PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO
I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH,

ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYR. W PETERSBURGU,
TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO

ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOW. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO

REDAKTOR GŁÓWNY:

PROF. DR STANISŁAW CIECHANOWSKI.

ROK XLIX — 1910.

KRAKÓW,
NAKŁADEM TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO
ODBITO W DRUKARNI UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO POD ZARZĄDEM JÓZEFA FILIPOWSKIEGO.
1910.

SPIS RZECZY

zawartych w Tomie XLIX „Przeglądu Lekarskiego“.

(Liczby oznaczają stronice).

B. Inne artykuły oryginalne.

II. Oceny i sprawozdania.

III. Piśmiennictwo bieżące (Streszczenia).

W każdym numerze.

IV. Odcinek.

V. Życiorysy.

VI. Sprawozdania ze zjazdów naukowych.

VII. Sprawy Towarzystw naukowych.

Akademia Umiejętności w Krakowie. Wydz. matem.-przyr.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Sekcya jarosławska Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu.

Wydział lekarski.

Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół nauk w Poznaniu.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie z dn.: 4 i 18 maja 1909—15; 25 maja 1909—25; 1 czerwca 1909—42; 15 czerwca 1909—56 7 grudnia 1909—56; 22 czerwca 1909—71; 30 czerwca 1909—102; 7 września 1909—103; 21 września 1909—00; 28 września 1909—116; 5 października 1909—117; 10 października 1909—132; 26 października 1909—144; 2 października 1909—145; 16 listopada 1909—162; 18 stycznia 1910—162; 23 listopada 1909—177; 21 grudnia 1909—177; 25 stycznia 1909—178; 1 luty 1910—193; 15 luty 1910—221; 22 luty 1910—44; 1 marca 1910—256; 15 marca 1910—309; 5 kwietnia 1910—180; 19 kwietnia 1910—408; 26 kwietnia 1910—452; 3 maja 1910—465; 17 maja 1910—510; 25 maja 1910—519; 7 czerwca 1910—528; 21 czerwca 1910—537; 28 czerwca 1910—584; 6 września 1910—610; 20 września 1910—639; 27 września 1910—640; 4 października 1910—779; 18 października 1910—44.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Sprawozdanie sekretarza z działalności T-wa za rok 1909—145. Posiedzenia: 5 stycznia 1910—295; 19 stycznia 1910—33; 2 lutego 1910 310; 16 lutego 1910—325; 3 marca 1510—423; 16 marca 1910—436; 20 kwietnia 1910—437; 4, 18 i 25 maja 1910—452. 828; 20 czerwca 1910 520; 22 czerwca 1910—667; 7 września 1910—682; 21 września 1910—763; 5 października 1910—780.

Sekcya neurologiczno-psychiatryczna Posiedz. 8 czerwca 1909—477; 13 lipca 1909—538. 555. 585. 598; 14 września 1909—611; 28 października 1909—627; 7 listopada 1909—655; 14 grudnia 1909—669; 28 grudnia 1909—689.

Sprawozdanie z działalności Sekcyi pedyatrycznej w 2-im roku jej działalności (od października 1909 do czerwca 1910)—511.

Towarzystwo lekarskie radomskie.

Ogólne zebranie dnia 23 października 1909—464; 20 listopada 1909—475; 5 marca 1910—44; 30 kwietnia 1910—489; 21 maja 1910—15 czerwca 1910—490; 17 września 1910—640; 15 października 1910 764; 26 listopada 1910—765.

Towarzystwo lekarskie częstochowskie.

Posiedzenie z dn. 15 stycznia 1910—311; 19 marca 1910—326; 19 lutego 1910—381; 23 kwietnia 1910—423; 21 maja 1910; 18 czerwca 1910—463.

Towarzystwo lekarzy gub. Kieleckiej.

Posiedzenie dnia 15 stycznia 1910—490; 19 lutego 1910—00; 19 marca 1910—503; 16 kwietnia 1910—503; 21 maja 1910—503.

Polskie Towarzystwo lekarskie w Kijowie.

Posiedzenie dnia 4 listopada 1909—132; 2 grudnia 1909—147; 26 stycznia 1910—242; 10 marca 1910; 7 kwietnia 1910—670; 22 września 1910; 13 października 1910—683.

Towarzystwo lekarzy polskich w Chicago.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 27 XII 1909—15.

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna.

Obowiązki sędziego przysięgłego a zawód lekarski. Dr Adolf Klęsk 74.
Nadzwyczajne zebranie Słowiańskiego Komitetu lekarskiego dnia 5 września 1909 r. we Wiedniu 226.
Uwagi pod przedłożeniem rządowem w sprawie t. zw. dentystów. Dr Edward Szalit 613.
Zebranie Komitetu lekarskiego słowiańskiego w Sofii. Prof. Wicherkiewicz 420.
O projekcie wstępnym do austryackiej ustawy karnej z punktu widzenia interesów lekarskich. Stahr 440. 454. 466.
W sprawie organizacyi piśmiennictwa lekarskiego. Dr Adolf Klęsk 765.
Kasa chorych. Opodatkowanie lekarzy. Proces o cuda w Lourdes 17.
Czasopismo prawnicze i ekonomiczne. Inspektoraty przemysłowe. Dolnoaustryackie „sanitarne ministeryum krajowe" 29.
Lekarze szkolni. Projekt ustawy o chorobach zakaźnych. Ankieta w sprawie wychowania fizycznego 43.
Uwagi o leczeniu ludu. Walka z partactwem. Dobra woda w kraju 58. 59.
Dyskusya sanitarna w Sejmie. Sprawozdanie sanitarne m. Mielca. Ustawa o usypianiu 88.
Zaopatrzenie ludności w dobrą wodę. Opodatkowanie wód mineralnych 104.
Lekarze a ustawa o ubezpieczeniu społecznem. Wydział wykonawczy Izb lekar. austr. 163.
Kom. sanitar. parlamentu austryac. W sprawie wychowania fizycznego. Stowarzyszenie lekarzy polskich w Warszawie. Telefoniczne zamawianie leków 164.
Stan sanitarny m. Suchej. Stowarzyszenie lekarzy polskich. Wolny wybór lekarzy 180.
Kongres higieny szkolnej w Paryżu. Stosunki lekarskie w Stanach Zjednoczonych 195.
Ankieta w sprawie lekarzy szkolnych 210.
Zużyte opatrunki. Lekarze wojskowi. T-wo domu lekarskiego. Zakaz sprzedaży przyrządów „Sanitas". Wiec, zwołany przez Izbę lekarską. Ważny wyrok Sądu powiatowego karnego. Partacze-masażyści. Rozporządzenie o wizytacyi aptek. Fałszowanie środków spożywczych. Higiena w galicyjskich szkołach rządowych. Książeczki zdrowia dla dzieci szkolnych. Seminaryum położnicze. Lekarze i kasy chorych 228.
Warszawskie T-wo higieniczne. Cofanie się gruźlicy we Lwowie 243.
Wiec lekarzy salzburskich. Krajowa Rada Zdrowia. Stosunek liczebny lekarzy do ludności. Z niwy piśmiennictwa partackiego 244.
Kary sądowe za przekroczenia sanitarne. W sprawie uczęszczania do szkół dzieci cierpiących na jaglicę. Częstość cukrzycy w różnych wielkich miastach świata 259.
Szkoła dla dzieci gruźliczych. Wpływ mieszkań na rozwój dzieci. Medycyna w Chinach 273.
Wiec lekarzy 283.
Zasadnicze znaczenie bojkotu. Krajowa Rada Zdrowia. Kilka przypadków duru brzusznego 284.
Towarzystwo higieniczne lwowskie. Lekarze w Stryju. O Towarzystwie ratunkowem krakowskiem. Stowarzyszenie lekarzy polskich w Warszawie. W obronie felczerów. Narodowe Towarzystwo zwalczania gruźlicy w Stanach Zjednoczonych 298.
Ulgi dla lekarzy 299.
Gromadne ustąpienie lekarzy z posad 313.
Komisya sanitarna parlamentu austr. Miejska kasa chorych w Krakowie. Związek lipski. Sanatoryum dla piersiowo chorych w Szczawnicy. Niemiecki Związek dla higieny ludu. Walka z gruźlicą. Centralny Komitet niemiecki walki z gruźlicą. Statystyka nowotworów w Danii 367.
Polikliniki w Berlinie. Spędzanie płodów. Komisya w sprawie usypiania. Sprawa braku lekarzy wojskowych w Austryi. Nowa ustawa szwajcarska o ubezpieczeniu społecznem. Walka z partactwem lekarskiem. 360.
Ankieta w sprawie lekarzy szkolnych. Niemiecki centralny Komitet badania raka 382.
Opinia Towarzystwa lekarskiego łódzkiego w sprawie ogłoszeń lekarzy w prasie peryodycznej 427.
Subkomitet Komisyi dla ubezpieczenia społecznego. Projekt wskrzeszenia dentystów 441.
W sprawie roznosicieli dwoinek zapalenia opon. Zwalczanie błonicy. Odkażanie wozów kolejowych. W sprawie wychowania fizycznego. Biuro pośrednictwa Związku lipskiego. Zwalczanie partactwa w Niemczech 567.
Sprawa ubezpieczenia społecznego. Zmniejszenie się liczby porodów. Państwowe bezpłatne dyspensatorya dla chorych wenerycznych. Zboczenia psychiczne jako choroby zawodowe 480.
Opinia Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej w sprawie techników dentystycznych 491.
Ustawa o ubezpieczeniu społecznem. Konferencya w sprawie walki z gruźlicą. Towarzystwo przeciwgruźlicze warszawskie 492.
Cholera w Rosyi 493.
Stowarzyszenie lekarzy polskich w Warszawie 503.
Komisya dla ubezpieczenia społecznego 504.
Kasy chorych w Europie. Lekceważenie stanu lekarskiego. Cholera 512.
Ugrupowanie uczniów wiedeńskich szkół ludowych. Wprowadzone w Niemczech sądy dla nieletnich. T-wo ratunkowe. Porady lekarskie. Konieczny zabieg operacyjny. Cholera w Rosyi 521.
Zakażenie gruźlicą służby szpitalnej. Międzynarodowy Zjazd dla higieny szkolnej. Zatrucie arszenikiem. Komisya słownikowa 529.
Śmiertelność w Łodzi 530.
Kurs choleryczny. Epidemia cholery w Rosyi 539.
Przeciw nadużywaniu środka Ehrlicha przez niektórych lekarzy 559.
Sprawy sanitarne w Sejmie galicyjskim 573. 586. 599.
W sprawie lekarzy cholerycznych. Sprawa Krynicy w Sejmie 615.
Wiec galic. dentystów-techników 616.
Szpitalnictwo prowincyonalne w Królestwie a samorząd. Ochrona młodocianych robotników i kobiet. Praca nocna. Fałszowanie środków spożywczych. Ile godzin snu potrzebuje dziecko. Częstość chorób wenerycznych 628.
Rada Zdrowia. Krajowy Zjazd balneologiczny. Ministerstwo zdrowia publicznego 656.
Biurokracya kolejowa w sprawach sanitarnych. Lekarze dentyści. Wolny wybór lekarzy 671.
Zapisywanie specyfików. Polityka a sprawy zawodowo-lekarskie 684.
Lekarskie Towarzystwo ubezpieczeń „Kosmos" 765.
Dla zapobieżenia brakowi lekarzy. Większa częstość tężca. Badania uzębienia dzieci szkolnych w Anglii. Liczba urodzeń w Anglii. Partackie ogłoszenia 780.
Walka z Kasami chorych. Walka z gruźlicą w Galicyi 793.

IX. Statystyka i epidemiologia.

W każdym numerze.

X. Wiadomości bieżące.

W każdym numerze.

XI. Nekrologia.

Dr Adam Karczewski. Dr Paweł Lewandowski 18. Prof. Brissaud 30. Dr L. Malasez. Prof. Nicolaysen. Dr Henryk Sokołowski 44. Doc. Kölpin. Prof. Widmark. Dr Markus Apte. Dr Czesław Bitner 60. Dr Michał Glaubicz-Rokossowski 89. Dr Leon Jakliński. Dr Stanisław Klikowicz 105. Prof. Wilhelm Krause. Prof. Zaufal. Prof. Sergiusz Botkin 180. Prof. Rona. Prof. Windscheid. Prof. Ogden 136. Dr Karol Bleireit-Trotenich. Dr Ziemiais Sabiański 149. Dr Sviljuga. Dr Karol Obuchowicz 166. Dr Władysław Nawrocki 182. Dr Stanisław Steiner 197. Dr Wacław Honwald. Dr Piotr Laskowski. Dr Józef Swiątkowski. Dr Jan Głogowski. Prof. Pflüger 212. Dr Julian Staniszewski. Dr Teofil Tyszecki 230. Dr Kazimiesz Wołowski. Dr Roman Morozewicz. Dr Władysław Cennere. Dr Roman Romme 246. Dr Antoni Elsenberg. Dr Bazyli Łada. Dr Roman Morozewicz. Dr Bronisław Ciunkiewicz 260. Prof. Lenhartz. Dr Edward Uściński. Dr Jakób Mahl 274. Dr Władysław Lewoniewski. Dr Teodor Stępnicki. Dr Franciszek Błoński 286. Dr Maksymilian Kaufmann. Dr Władysław Freudenson 300. Prof. Curschmann. Prof. Affanasiew. Prof. Edlefsen. Prof. Mibelli 314. Doc. Grünfeld 330. Dr Zygmunt Swięcicki. Dr Ludwik Forsteter. Dr Mieczysław Waryński. Dr Adolf Podbielski. Dr Józef Rogoziński. Dr Bronisław Olszewski. Dr Kazimierz Czerwiński. Prof. Zuckerkandl 369. Prof. Pick 383. Dr Elżbieta Blackwell 400. Dr Aleksander Vacqueret 413. Dr Aleksander Tumpowski. Dr Ludwik Zbierzchowski 428. Doc. Zajacky. Prof. Mori. Dr Maryan Cywiński 452. Dr Kazimierz Dąbrowski 456. Dr Leopold Breszel. Gustaw Fischer 481. Prof. Dufour 494. Mg. chir. Szymon Adler 51. Prof. Leopold Oser 522. Prof. Edward Henoch. Prof. Herman Schwartze. Prof. Farabeuf. Prof. Rechlinghausen. Dr Józef Facyna. Dr Szczełkonowcew. Prof. Wasiljew 532. Dr J. Mniszek Tchórznicki. Dr Gustaw Moynier 539. Dr Mayer Zygmunt. Prof. Zdenko Skraup 560. Prof. Dr Andrzej Obrzut. Dr Feliks Głogowski. Dr Franciszek Froer. Prot. S. Mayer. Prof. Chrobak. Prof. Leyden 588. Prof. Raymond 601. Dr Edmund Gajzler. Dr Józef Szymański Dr W. Godlewski 616. Dr Władysław Paszkiewicz. Dr Feliks Głogowski. Prof. Forster. Doc. Lacetti 629. Dr Michalewski 641. Prof. Krönlein. Dr Aleksander Podciechowski 657. Dr Adam Sapacz-Sapoczyński. Dr Wincenty Mikucki 658. Dr Władysław Neumann. Henryk Durand. Dr Lancereaux 672. Dr Kazimierz Sakowicz 685. Dr Jakób Szostakowski 986. Dr Józef Rogalewicz. Dr Lucyan Niewnierzycki. Dr Szymon Portner. Dr Władysław Szymański 767. Prof. Mosso. Dr Stanisław Blaim. Dr Ignacy Rybiński. Prof. Huchard 781. Prof. Fr. König 794.

XII. Bibliografia.

W każdym numerze; zawiera tytuły prac oryginalnych, pomieszczonych we wszystkich czasopismach lekarskich polskich.

Alfabetyczny spis rzeczy zawartych w pracach oryginalnych i sprawozdawczych.

(Liczba tłusta oznacza artykuł oryginalny).

SPIS AUTORÓW

Nr 1 Kraków, 1 stycznia 1910. Rok XLIX.

Redakcya: ulica Wielopole 4. Telefon 2002. VIII.
Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.
Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt ponosi w całości autor. Koszta klisz ponoszą autorowie w połowie.

Ogłoszenia przyjmują: w Krakowie Administracya, w Paryżu V. de Raczkowski, 14 cite de Trevise. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY
TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZ. LEKARZY GALICYJSKICH,
ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODN. W PETERSBURGU,
TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO
ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.
WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., w Paryżu V. de Raczkowski, 14 cite de Trevise; nadto urzędy pocztowe w Austryi, Niemczech i Rosyi.

Przedpłata wynosi: w Austryi rocznie 20 koron, półrocznie 10 kor., kwartalnie 5 koron. — W Król. Polskiem i Ces. Rosyjskiem rocznie 7 rubli, półrocznie 3·50 rb. — W Niemczech rocznie 16 marek, półrocznie 8 marek. — We Francyi rocznie 30 franków, półrocznie 15 fr. — W Ameryce północnej rocznie 4½ dolarów.

Jeden numer osobno kosztuje 50 hal. numer podwójnej objętosci 1 kor.

Ten numer ma podwójną objętość.

Do dzisiejszego [numeru] załącza się tylko dla prenumeratorów zamiejscowych jako bezpłatny dodatek zeszyt VI. „Rocznika Lekarskiego".

Rok XLIX. Kraków, dnia 1. stycznia 1910. Nr 1.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z oddziału II. w szpitalu Wolskim w Warszawie.

O zmianach chemicznych w mięśniu sercowym w chorobach serca.

Podał

Kazimierz Rzętkowski,

ordynator oddziału.

(Przedstawione na posiedzeniu klinicznem warszawskiego Towarzystwa lekarskiego d. 16. XI. 1909).

Sprawa zmian w mięśniu sercowym, znajdującym się w stanie niedomogi, o ile dotyczy t. zw. zmian »czynnościowych«, jest dziś jeszcze bardzo niedostatecznie wyjaśniona. Że takie zmiany »czynnościowe« rzeczywiście istnieją w mięśniu sercowym, to zdaje się nie ulega żadnej wątpliwości. Codzienna obserwacya kliniczna poucza nas bowiem, że przy pomocy odpowiedniego leczenia udaje się bardzo często doprowadzić działalność serca, będącego w stanie wybitnej niedomogi, do zupełnej niemal sprawności, w której serce działa całkiem dostatecznie przez czas długi. Gdyby podstawą owej niedomogi, przez nas pomyślnie usuniętej, były jakieś zmiany organiczne, jak np. zwyrodnienie tłuszczowe lub szkliste komórek mięsnych tej lub owej części serca, zanik mięśnia sercowego z rozwojem tkanki łącznej, lub coś podobnego, to nie ulega najmniejszej wątpliwości, że poprawa sprawności mięśnia sercowego byłaby w tych warunkach chyba niemożliwa, a w każdym razie nie tak łatwa stosunkowo do osiągnięcia. Z drugiej zaś strony widujemy bardzo często na autopsyach, że mięsień sercowy żadnym zmianom zwyradniającym nie uległ, a jednak za życia mieliśmy wybitną niedomogę mięśnia sercowego na tle wady zastawkowej lub obwodowego stwardnienia tętnic. Tego rodzaju przypadki pouczają bardzo wyraźnie, że pomiędzy niedomogą mięśnia sercowego, nawet znacznego stopnia, a zmianami w nim, niema żadnego związku równoległości, że istnieć musi jakiś stan, czy stany, »wyczerpania« czy też »przemęczenia« mięśnia sercowego, doprowadzające krążenie do zupełnej dezorganizacyi, które nie posiadają dotychczas — oczywiście przy obecnym stanie techniki badania mikroskopowego — żadnego wykładnika morfologicznego.

Zachodzi pytanie, czy szukając zmian morfologicznych w mięśniu sercowym, będącym w stanie niedomogi, nie popełniamy błędu, obarczając całą odpowiedzialnością za niedomogę mięsień sercowy, nie zaś narządy nerwowe jego. Czy, innemi słowy, przyczyna nie tkwi raczej gdzieindziej nie w mięśniu samym, lecz w układzie nerwowym serca? Odpowiadać na to pytanie tak lub inaczej, byłoby dziś, przedwczesnem. O roli splotów nerwowych serca wiemy dziś jeszcze wogóle bardzo niewiele. Co więcej — od czasu badań Engelmanna, Gaskella, Wenckebacha i in., które stanowią mocną podwalinę dla mięśniowej teoryi czynności mięśnia sercowego, fizyologia serca i wiele zjawisk z zakresu jego patologii obywa się zgoła bez współudziału czynnego narządów nerwowych serca, których zmiany w patologicznych stanach ustroju są nam dziś jeszcze zupełnie nieznane. Mięśniowa teorya czynności mięśnia sercowego nadaje komórce jego zupełną autonomię w kierunku najistotniejszych własności tej komórki, jak zdolność wytwarzania bodźców skurczowych, zdolność oddziaływania na nie, kurczenia się, przewodzenia podniet skurczowych. Owe własności czynnościowe opierają się o pewien układ molekularny, o pewien skład chemiczny komórek mięsnych serca, zależny od dowozu materyału odżywczego do serca z krwią oraz od prawidłowej przeróbki tego materyału i wydalania części zużytych. Pojęcia takie, jak »skład chemiczny», jak »układ molekularny«, są zbyt subtelne dla oceniania ich drogą mikroskopowego badania. Zmiany w nich zachodzące — niech to będą np. jakieś zmiany w ugrupowaniu części molekułu białkowego — pod względem biochemicznym wystarczające do zdezorganizowania czynnościowego komórki mięśnia sercowego, nie dadzą się dziś żadną miarą poznać i ocenić morfologicznie przy pomocy mikroskopu i barwików. To też przyznać należy, że mięśniowa teorya czynności mięśnia sercowego, otwierająca szerokie horyzonty dla biochemii normalnej i patologicznej tego mięśnia, nietylko nie przeczy w zasadzie teoryi o istnieniu zmian t. zw. »czynnościowych« w chorym mięśniu sercowym, ale owszem przemawia raczej na jej korzyść. Jej uzupełnieniem i rozwinięciem są właśnie zajmujące badania Loeba nad wpływem pewnych jonów na sprawność komórki mięśnia sercowego, badania, które zresztą dla patologii klinicznej mięśnia sercowego nie przedstawiają dziś jeszcze większego znaczenia praktycznego.

Celem prac moich, z których zamierzam zdać poniżej sprawę, było zbadanie, czy w mięśniu sercowym, będącym

w stanie przerostu lub rozszerzenia (dilatatio), dadzą się zauważyć jakieś zmiany pod względem zawartości białka, suchej substancyi i soli kuchennej. Ten ostatni składnik komórki mięśnia sercowego wybrałem umyślnie wobec coraz to wybitniej uwydatniającego się wpływu soli kuchennej w patogenezie niektórych stanów chorobowych, zwłaszcza w zakresie układu krążenia. Muszę tu zaznaczyć z góry, że w samych badaniach tego rodzaju, dotyczących składu chemicznego tkanek czy narządów, drogą autopsyi otrzymanych, tkwią pewne źródła błędów, niedających się uniknąć. Przedewszystkiem bowiem nie wiemy, czy sprawy bakteryjne, autolityczne, lub inne zmiany w osmozie tkanek i komórek martwych, w kilkanaście godzin po śmierci same przez się nie wywołują pewnych modyfikacyi w składzie chemicznym badanego materyału, który *in vivo* posiadał skład chemiczny inny. A następnie, w warunkach mych badań, trudno mi było usunąć minimalną choćby domieszkę krwi z cząstek mięśnia sercowego, badanych przezemnie. Przemywanie serca *in toto* jakimś płynem »obojętnym« może wystarczyłoby, gdybym poprzestał był na oznaczaniu białka, ale niewątpliwie wpłynęłoby na ilość suchej substancyi lub zawartość w niej Na Cl drogą osmozy przez martwe, zwiotczałe, a może popękane ściany naczyń włosowatych. Jedynym sposobem uniknięcia tych i tym podobnych błędów było zupełnie identyczne wykonywanie wszystkich badań tak, iżby wielkość ewentualnego błędu była zawsze ta sama, a wpływ jego na wyniki ostateczne przez to nieznaczny. Co do serca, to i ten wzgląd odgrywa poważną rolę, że o ile chodzi o serce ludzkie, to prawie niepodobieństwem jest stwierdzić, jaki jest skład chemiczny mięśnia zdrowego serca ludzkiego. Materyał bowiem uzyskujemy na autopsyi ze zmarłych na jakąś dłuższą chorobę, mniej lub więcej wyczerpującą ustrój, mogącą mniej lub więcej wpłynąć na skład chemiczny tych lub owych narządów. Stąd też za punkt wyjścia do porównań bierzemy nie zdrowe serca, lecz serca zmarłych na choroby nie serca.

Po zastrzeżeniach powyższych zaznaczyć jeszcze pragnę, że metodyka mych badań była następująca. Brałem do badania cząstki mięśnia sercowego osobno z prawej i osobno z lewej komory. Chcąc uniknąć domieszki tłuszczu, nieraz w znacznej ilości wrastającego w obwodowe zewnętrzne części mięśnia, zwłaszcza komory prawej, wykrawałem ostremi nożyczkami i nożem z rozmaitych miejsc prawej i lewej komory (nie z przegrody!) kawałki mięśnia sercowego. Do oznaczenia suchej substancyi brałem za zwyczaj około 1—2 grm. mięśnia z miejsc różnych, do oznaczenia białka, ew. do oznaczenia N metodą Kjeldahla, około 2—4 grm., — do oznaczenia Na Cl (po zwęgleniu i wytrawieniu węgla wodą zakwaszoną HNO_3) 6—10 grm. Kawałki mięśnia po wycięciu z serca, świeżo wyjętego ze zwłok, i lekkiem obtarciu bibułką, niezwłocznie odważałem i niezwłocznie używałem do badań, chcąc w ten sposób skrócić do minimum postępowanie spraw pośmiertnych, mogących wpływać na zmianę w składzie chemicznym badanego materyału.

Po tych uwagach przystępuję do omówienia wyników mych badań [1]), w sposób powyższy dokonywanych.

[1]) Badania te rozpoczęto d. 20. IV. 1907.

I.

Mięsień sercowy ludzi, zmarłych na choroby ogólne, nie sercowe.

Tablica I obejmuje wyniki badań chemicznych mięśnia sercowego ludzi, zmarłych na choroby niesercowe. Ułożona jest ona w ten sposób, że numera z tablicy I A. odpowiadają numerom z tablicy I B, dotycząc lewej i prawej komory tych samych serc. To pozwoli nam na porównanie składu mięśnia komory lewej i prawej tego samego serca.

A. Mięsień komory lewej.

Nr	N	Na Cl	Sucha substancya	Uwagi
1	2·46	0·0586	18·000	Tuberculos. pulmonum
2	2·44	0·0736	16·190	Tuberc. pulm. incip. Mening. tbc.
3	2·53	0·0330	18·740	Carc. mammae. Cachexia.
4	2·41	—	17·910	» » »
5	2·564	0·0135	19·351	Carcinoma ventriculi.
6	2·875	0·0631	19·425	Tuberculos. pulmonum.
7	2·329	0·0149	17·004	Typhus abdominalis.

B. Mięsień komory prawej.

Nr	N	Na Cl	Sucha substancya	Uwagi
1	2·470	0·0729	19·570	Tuberculos. pulmonum.
2	2·180	0·0682	15·150	Tuberc. pulm. incip. Mening. tbc.
3	2·350	0·012	15·880	Carc. mammae. Cachexia.
4	—	—	—	» » »
5	2·987	0·0599	18·424	Carcinoma ventriculi.
6	2·481	0·1180	16·145	Tuberculos. pulmonum.
7	2·009	0·1390	14·500	Typhus abdominalis.

Średnie.

I N	II Białko	III Na Cl	IV Sucha sub.	V Sucha sub. — Na Cl i Białko	VI Uwagi
2·558	15·9875	0·0431	18·089	2·0584	Lewa komora.
2·413	15·08125	0·0783	16·610	1·4514	Prawa komora

Druga rubryka zestawienia powyższego wyraża ilość substancyi pracującej serca; piąta zaś — pozostałość suchej substancyi po odciągnięciu od niej części, przypadającej na białko i chlorki — może być przyjęta z pewnem prawdopodobieństwem za przybliżony wskaźnik materyału energetycznego, opałowego, który serce zużywa na pracę pożyteczną (tłuszcz, pozostałość po zapasie glikogenu i t. p.). Oczywiście, rubryka ta nie ma żadnej ścisłości i oceniać ją należy jako bardzo przybliżoną.

Rozpatrzmy poszczególne rubryki zestawień powyższych.

Przedewszystkiem zaznaczyć tu wypada, że naogół dane moje dla N są nieco wyższe od danych J. Bencea, ogłoszonych w ostatnich czasach [2]), o czem poucza zestawienie liczb tego autora dla N mięśnia lewej i prawej komory.

[2]) Die Verteilung des Stickstoffes im hypertrophischen Herzmuskel. Zeitschr. f. klin. Med. T. 66, str. 441. 1909.

Przypadek	N mięśnia komory prawej	lewej
1	1·93	2·44
2	2·17	2·40
3	1·96	2·53
4	2·27	2·56
5	2·19	2·39
6	2·32	2·41
Średnie	**2·19**	**2·45**

Dane J. Bencea dotyczą wprawdzie mięśnia w stanie przerostu, o czem dalej będzie mowa. Są one, jak widzimy, wogóle niższe, acz zresztą dosyć blizkie moich liczb. I tu jednak widzimy, że liczby dla komory prawej i lewej nie są identyczne.

Na zasadzie danych moich dojść musimy przedewszystkiem do tego wniosku, że mięsień komory lewej zawiera więcej białka, więcej istoty kurczliwej, niż mięsień komory prawej. Odnosi się tu wrażenie, że różnica pomiędzy mięśniem komory prawej i komory lewej jest prawdopodobnie taka, jakaby była pomiędzy mięśniem szkieletowym atlety i człowieka fizycznie niedołężnego. Okoliczność powyższa jest zgodna z tą ilością pracy, jaką mięsień lewej komory wykonywa w porównaniu z mięśniem komory prawej. Jest ona jednak w sprzeczności z pojęciem naszem, jakoby mięsień sercowy człowieka dorosłego stanowił pod każdym względem jedną całość. Tak jest może u zarodka przed zróżniczkowaniem się poszczególnych części serca, wówczas, gdy redukuje się ono do prostej rury naczyniowej, której górny koniec jest tętniczym, dolny żylnym. Atoli u człowieka dorosłego, jak widzimy, przynajmniej pod względem chemicznym owo pojęcie o sercu, jako o jednej i wszędzie jednolitej całości, utrzymać się nie da. Zresztą i teorya mięśniowa czynności mięśnia sercowego uznaje pewne różnice w poszczególnych jego częściach, przypisując np. komórkom mięśnia przedsionka prawego w okolicy wpustu wielkich żył większą zdolność do wytwarzania automatycznych bodźców skurczowych, niż innym częściom mięśnia, natomiast obdarzając większą kurczliwością te części mięśnia, które leżą bliżej ku koniuszkowi.

Ale mięsień lewej komory zawiera nietylko więcej elementów kurczliwych (t. j. białka), lecz również rozporządza, zdaje się, większą ilością materyału energetycznego, o ile za taki uznać nam wolno dane z rubryki piątej zestawienia powyższego. Natomiast mięsień prawej komory zawiera z górą półtora raza tyle Na Cl, co mięsień lewej komory, a nadto nieco więcej wody, przytem w poszczególnych przypadkach (np. Nr 7, tabl. I. A i I. B) ilość Na Cl w mięśniu komory prawej nieomal dziewięćkrotnie przewyższa ilość Na Cl w mięśniu komory lewej. Zjawisko to postaramy się należycie oświetlić poniżej.

II.

Mięsień sercowy w chorobach serca.

A. Stany przebiegające z rozszerzeniem komory prawej.

Przypadki zestawione w tablicy poniższej dotyczą wyłącznie zmarłych — po dłuższej chorobie — na wady ujścia żylnego lewego (zwężenie lub niedomykalność zastawki dwudzielnej), oraz niepowikłanej rozedmy płuc. Grubość mięśnia prawego serca w najgrubszem miejscu we wszystkich tych przypadkach była znacznie mniejsza, niż w lewem sercu, przyczem nieraz połowa grubości ściany prawej komory przypadała zazwyczaj na tłuszcz, który starano się jaknajdokładniej odpreparować; kawałki brano od wnętrza ściany. Stosunkowo niezbyt wielkie różnice w cyfrach, zgrupowanych w tablicy poniższej, świadczą, jak się zdaje, że udawało się uniknąć błędów, wynikających z trudności technicznych uzyskiwania materyału jednolitego.

Tablica II.

Nr	N komora prawa	N komora lewa	Sucha substanc. komora prawa	Sucha substanc. komora lewa	Na Cl komora prawa	Na Cl komora lewa	Uwagi
1	2·190	2·510	17·95	17·24	0·1040	0·082	Emph. pulm. Insuf. tric. rel.
2	2·20	2·550	15·33	17·19	0·1058	0·0975	» »
3	1·950	2·490	16·58	17·91	0·1780	0·107	» »
4	2·430	2·480	10·29	18·12	0·120	0·068	Stenos. mitralis. Insuf. tric. rel
5	2·083	2·380	14·32	10·08	0·196	0·0791	Sten. et ins. mitr. Ins. tr. r. h. c
6	2·286	2·418	17·209	18·704	0·0916	0·0509	» »

Średnie.

N	Białko	Na Cl	Sucha substanc	Sucha sub. Białko i Na Cl	Uwagi
2·191	13·6938	0·1338	16·28	2·4524	Mięsień k. prawej.
2·438	15·2375	0·0808	17·574	2·2557	Mięsień k. lewej.

Zestawiamy tu mięsień rozszerzonej komory prawej, będący w stanie wyczerpania krańcowego, z mięśniem komory lewej, stosunkowo, jak to z danych klinicznych wynika, mało dotkniętym. Widzimy tu różnice wybitne, znacznie przewyższające to, cośmy stwierdzili w zestawieniu średnich na zasadzie tablicy I. A i B (str. 2). Z powyższych danych wynika, że »rozszerzeniu« mięśnia sercowego towarzyszy przedewszystkiem zmniejszenie w nim odsetki białka, t. j. istoty czynnej, pracującej, zmniejszenie w nim ilości substancyi suchej, oraz, co zastanawia tutaj, wzmożenie się tej ilości pozostałości z substancyi suchej, którą za wskaźnik materyału energetycznego uznaliśmy. Możliwem jest, że liczba ta wzrosła skutkiem niedostatecznego usunięcia tłuszczu, chociaż błąd ten nie może tu chyba być zbyt znaczny, na co wskazują dosyć jednolite wyniki dla N, Na Cl i suchej substancyi wogóle.

Najbardziej atoli jest uderzająca znaczna zawartość Na Cl w wyczerpanym mięśniu rozszerzonej komory prawej. Zanim scharakteryzujemy bliżej własności wyczerpanego mięśnia prawej komory, zestawimy tylko co otrzymane średnie ze średniemi dla serca osób, zmarłych na choroby ogólne, nie sercowe. Zestawienie takie uważam za najzupełniej uzasadnione, albowiem i tu i tam mamy zgubny wpływ na serce długotrwałego cierpienia, a nadto tu mamy jeszcze zmiany swoiste w samym mięśniu. Wolno nam tedy mięsień sercowy osób zmarłych na choroby ogólne uznać za normę do porównań.

Średnie dla mięśnia komory prawej.

N	Białko	Na Cl	Sucha substanc.	Sucha sub. — Białko i Na Cl	Uwagi
2·413	15·08125	0·0783	16·611	1·4514	Choroby ogólne.
2·193	13·6938	0·1338	16·28	2·4524	Choroby serca. (Rozszerzenie prawej komory).

Na zasadzie zestawienia powyższego możemy sobie uprzytomnić w zarysie zmiany, jakie zachodzą w mięśniu serca »wyczerpanym«, w stanie całkowitej niedomogi będącym. Przedewszystkiem zmniejsza się w nim zapas substancyi białkowych — samej istoty pracującej. Określenia przeto »rozszerzenie serca« (dilatatio cordis), które każe się domyślać tylko rozszerzenia, t. j. raczej mechanicznego rozciągnięcia włókien mięsnych serca, nie zaś zmian ilościowych w samej substancyi mięśniowej, za zupełnie słuszne uznać niepodobna. Istota kurczliwa nie ulega tu wyłącznie wpływom mechanicznym, lecz po części zanika (o 1·3% białka mniej w rubryce 2). Mimo to wydaje się, że ilość materyału energetycznego nietylko nie zmniejsza się w mięśniu w stanie niedomogi, lecz może nawet wzrasta (rubr. 5). Znaczy to, że nieco zmniejszona ilość substancyi kurczliwej mięśnia nie zdoła przerabiać na pracę pożyteczną zebranego w niej materyału energetycznego. Istota przeto niedomogi tkwi nie w braku dowozu do mięśnia sercowego materyału energetycznego, którym mięsień rozporządza w ilości aż nadto wystarczającej, lecz w zmianach ilościowych w samym mięśniu, w zaniku samej substancyi kurczliwej.

Z zestawienia widzimy dalej, że chodzi tutaj nietylko o zmiany ilościowe w mięśniu. Wybitny wzrost w nim Na Cl w porównaniu z »normą« świadczy, że mamy tu do czynienia z zatrzymywaniem Na Cl w mięśniu sercowym, czemu też towarzyszy wzrost ilości wody. Sprawia to wrażenie pozornie obrzęku mięśnia sercowego. W każdym razie możnaby tu dopatrywać się trującego wpływu nadmiaru Na Cl na mięsień sercowy. Kto wie przeto, czy w niedomodze mięśnia sercowego trujący wpływ uległego w nim zatrzymaniu Na Cl nie odgrywa pewnej roli? Do wniosków, jakie z tego wysnuć się dadzą, powrócimy jeszcze poniżej.

Zestawmy z kolei wyniki naszych badań mięśnia komory lewej w stanach niedomogi przeważającej mięśnia prawej komory.

Średnie dla mięśnia komory lewej.

N	Białko	Na Cl	Sucha substanc.	Sucha sub. — Białko i Na Cl	Uwagi
2·438	15·2375	0·0808	17·574	2·2557	Choroby serca.
2·558	15·9875	0·0431	18·089	2·0584	Choroby ogólne.

W zestawieniu tem widzimy co do mięśnia chorego serca zmniejszenie się we wszystkich rubrykach z wyjątkiem rubryki 3, dotyczącej zawartości Na Cl w mięśniu. Niepodobna tu przeto nie uznać, że w tych stanach, w których niedomoga prawego serca przeważa, i lewe serce ulega zmianom biochemicznym, z których na plan pierwszy wysuwa się zatrzymanie w nim Na Cl.

B) Przejdźmy z kolei do rozpatrzenia danych, dotyczących mięśnia sercowego w stanie przerostu.

Zestawienie poniższe dotyczy przypadków przerostu lewego serca, przeważnie wskutek zmian w ścianach tętniczych na obwodzie (arteriosclerosis).

Tablica III.

Nr	N v. sinist.	N v. dextr.	Na Cl v. sinist.	Na Cl v. dextr.	Sucha subst. v. sinist.	Sucha subst. v. dextr.	Uwagi
1	2·57	2·19	0·129	0·198	17·36	16·11	l. 56. Cor bovinum.
2	2·37	2·06	0·108	0·141	15·54	15·36	l. 60.
3	2·60	2·11	0·0624	0·119	17·87	16·15	l. 73.
4	2·55	2·21	0·097	0·106	17·19	15·33	Insuf. aortae arterioscl. Mors subita in statu mel. post therap. digitali l. 42.
5	3·08	2·66	0·0964	0·128	19·69	19·29	l. 58. Apoplexia cereb.
6	2·46	2·22	0·0184	0·110	20·67	18·51	l. 56.
7	2·52	2·11	0·0675	0·0914	18·32	16·19	l. 20. Insuf v. s. aortae.

Średnie.

N	Białko	Na Cl	Sucha substanc.	Sucha sub. — Białko i Na Cl	Uwagi
2·59	16·188	0·0827	18·09	1·7193	komora lewa.
2·22	13·875	0·1276	16·74	2·7275	komora prawa.

Widzimy tu, że w stanach przerostu mięśnia lewej komory serca istnieją wybitne różnice pomiędzy prawą a lewą komorą. lewa posiada znacznie większy zapas substancyi białkowej, pracującej, nieco mniej Na Cl, którego powiększenie się w mięśniu sercowym zdaje się towarzyszy zjawisku wyczerpania tegoż, a nadto ilość materyału energetycznego (rubr. V.) w mięśniu przerosłym jest wyraźnie zmniejszona. Chcąc dokładniej uprzytomnić sobie zmiany w przerosłym mięśniu lewej komory serca, zestawmy tu dane, jakie wogóle dla mięśnia lewej komory dotychczas otrzymaliśmy:

Mięsień lewej komory serca.

N	Białko	Na Cl	Sucha substanc.	Sucha sub. — Białko i Na Cl	Uwagi
2·558	15·9875	0·0431	18·089	2·0584	Choroby ogólne nie serca.
2·438	15·2375	0·0808	17·574	2·2557	Lewe serce przy stanach rozszerzenia prawego.
2·590	16·188	0·0827	18·09	1·7193	Przerost lewego serca.

W zestawieniu tem największe liczby otrzymujemy w szeregu ostatnim (z wyjątkiem rubr. V.), odpowiadającym przerostowi lewego serca. Atoli większej różnicy odsetkowej pomiędzy mięśniem lewego serca w chorobach ogólnych, a mięśniem lewego serca w stanie jego przerostu, nie stwierdzamy. Chodzi tu więc prawdopodobnie o przerost ilościowy, nie zaś, że tak powiem, o zwiększenie się w komórce mięsnej koncentracyi białka. Już wybitniejszą różnicę widzimy pomiędzy lewem sercem przerosłem, a lewem sercem w stanach rozszerzenia prawej komory. Komora przerosła posiada mięsień nieco bogatszy w białko, równie dużo Na Cl i mniej materyału energetycznego.

Zastanawiającą jest duża stosunkowo odsetka Na Cl w mięśniu przerosłym. Czy ma to oznaczać, że mięsień ten

już był wyczerpany, że bądź co bądź śmierć chorych nastąpiła wówczas, gdy w mięśniu przerosłym pojawiły się oznaki niedomogi, wystąpiło osłabienie? Rozporządzając zaś tu z konieczności wyłącznie materyałem pośmiertnym, nie możemy oczywiście rozstrzygać, czy i o ile w zgrubiałym i przerosłym mięśniu lewej komory nie istnieją już oznaki osłabienia.

Co się tyczy »materyału energetycznego«, to zdaje się, że stosunkowo najmniejsza ilość jego znajduje się w tych stanach, kiedy mięsień serca ulega przerostowi. Należy więc prawdopodobnie mniemać, że mięsień w stanie przerostu najskuteczniej wyzyskuje zapas energii utajonej, jaka w postaci materyału energetycznego ze krwią doń dopływa.

Dla uzupełnienia całokształtu zjawisk biochemicznych, jakie zachodzą w mięśniu sercowym w stanach zaburzenia jego czynności, zanim przejdziemy do sformułowania ostatecznych wniosków, jakie z badań powyższych wysnuć się dadzą, musimy zestawić jeszcze skład chemiczny mięśnia prawego serca w ten sam sposób, jak to przed chwilą uczyniliśmy dla mięśnia lewego serca.

Mięsień prawego serca.

N	Białko	Na Cl	Sucha substanc.	Sucha sub. Białko i Na Cl	Uwagi
2·413	15·08125	0·0783	16·610	1·4514	Choroby ogólne nie serca.
2·22	13·875	0·1276	16·73	2·7274	Stany przerostu lewego serca.
2·191	13·6938	0·1338	16·28	2·4524	Stany rozszerzenia prawego serca

Zestawienie to poucza, że pomiędzy składem mięśnia prawej komory podczas przerostu lewej i podczas rozszerzenia prawej różnicy wybitniejszej niema. Natomiast w obu tych stanach mięsień komory prawej różni się dosyć znacznie od tych stanów, w których serce jest »zdrowe«, zarówno swą zmniejszoną zawartością substancyi pracującej (białko), jak i zapasem materyału energetycznego, jako też zwłaszcza znacznie wzmożoną ilością chlorku sodu.

III.

Na zasadzie przytoczonych powyżej wyników mych badań uważam za właściwe wypowiedzieć tu kilka wniosków ogólniejszych, dotyczących zmian w chemizmie mięśnia sercowego w stanach chorobowych.

1) Skład chemiczny obu komór serca u ludzi, zmarłych naturalną śmiercią po dłuższej lub krótszej chorobie, nie jest zupełnie jednolity. Mięsień komory lewej zawiera więcej białka (istoty kurczliwej), więcej substancyi suchej i prawdopodobnie więcej materyału energetycznego. Natomiast zawiera on znacznie mniej chlorku sodu. Trudno powiedzieć tu, czy wniosek ten da się rozciągnąć na serce zupełnie zdrowe, serce »żywe« człowieka w pełni sił i zdrowia? Czy mianowicie i takie serce nie jest jednolite pod względem składu chemicznego mięśnia obu połów? Na to pytanie nie mogę tu odpowiedzieć, ponieważ badania moje wykonywałem z mięśniem serca, otrzymanym w 12—20 godzin po śmierci osób, zmarłych na rozmaite choroby. Sprawę tę możnaby chyba rozstrzygnąć, badając wyłącznie serca osób młodych i zdrowych, zmarłych śmiercią przypadkową. Takich badania moje nie dotyczyły. Sądząc wszelako ze składu chemicznego serc zwierzęcych — króliczych —, o ile oczywiście wyniki badań na zwierzętach wolno bez zastrzeżeń przenosić na narządy ludzkie, skład ten mięśnia obu komór serca jest dosyć jednolity. Rozporządzam mianowicie badaniami 2 serc króliczych, w których średnio otrzymałem wyniki następujące:

N	Na Cl	Sucha subst.	Mięsień
2·65	0·076	10·30	komora lewa.
2·61	0·069	10·37	komora prawa.

Różnice, jak widzimy, są tu minimalne. Jeżeli więc dane te możnaby było przenieść i na serca ludzkie, i na ich zasadzie uznać, że skład chemiczny obu połów serca zdrowego pod każdym względem jest jednolity, to bądź co bądź, na zasadzie danych moich, należałoby dojść do wniosku, że w stanach chorobowych wogóle jednolitość ta ulega zakłóceniu, przyczem to zakłócenie występuje przeważnie w postaci nagromadzania się znaczniejszej ilości Na Cl w tej części mięśnia sercowego, która pracuje nie tak intenzywnie, mianowicie też w mięśniu prawej komory. Jednocześnie zaś i zawartość w tym mięśniu materyału energetycznego zmniejsza się nieco.

2) W chorobach, dotykających pierwotnie serca, owa niejednolitość w składzie chemicznym mięśnia obu komór serca uwydatnia się jeszcze bardziej.

Jeżeli za wytyczne dla wyczerpanego mięśnia sercowego uznamy te dane, które otrzymaliśmy dla komory prawej w stanach przebiegających z jej rozszerzeniem, to tu zaznaczyć powinniśmy przedewszystkiem dosyć wyraźną różnicę w odsetkowej zawartości białka — substancyi kurczliwej — w mięśniu (około 1,4%). Jest to wyrazem pewnego, acz nieznacznego jakościowego zaniku mięśnia, ubytku w komórce substancyi kurczliwej. Czy posiada to jakiś wpływ większy na wydajność mięśnia serca, jest wątpliwe. Nie możemy tu też odpowiedzieć na to pytanie, czy mięsień komory rozszerzonej, mięsień wyczerpany o zmniejszonej zawartości białka, z chwilą poprawy, po usunięciu niedomogi, posiada zdolność wyrównywania swych braków jakościowych. Aby na to pytanie odpowiedzieć należałoby zbadać mięsień sercowy tego samego chorego w stanie niedomogi i po jej przeminięciu, co oczywiście jest zupełnem niepodobieństwem.

Z badań moich zdaje się wynikać, że mięsień komory rozszerzonej, będący w stanie wyczerpania i zaniku częściowego, posiada wszakże dostateczny zapas materyału energetycznego. Jeżeli tak jest istotnie, to wynika stąd, że niedomoga mięśnia sercowego nie jest skutkiem braku w nim materyału do pracy pożytecznej; przeciwnie nawet materyału tego jest w nim nieco więcej. Zdaje się przeto, że mięsień sercowy w stanie niedomogi traci własność należytego przerabiania zebranego w nim zapasu energii potencyalnej w kinetyczną, w pracę pożyteczną.

Doświadczenie kliniczne pospolicie uczy, że w wielu razach udaje się przy pomocy t. zw. środków sercowych usuwać na czas dłuższy niedomogę sercową. Jeżeli przeto

uznamy za zjawisko rzeczywiste wynikającą z badań powyższych utratę przez mięsień sercowy zdolności przerabiania nagromadzonej w nim energii potencyalnej w kinetyczną, to wynika stąd, że zjawisko to bywa nieraz przejściowe, że udaje się nieraz usuwać je przy pomocy środków leczniczych. Owa przejściowość tego zjawiska najlepiej dałaby się wyjaśnić jakiemś chwilowem zatruciem komórki mięśnia sercowego »wyczerpanego«, zatruciem, które potrafimy usuwać przy pomocy środków sercowych.

3) Pewne światło na to zjawisko rzuca, być może, stwierdzona przez nas powyżej znaczna zawartość NaCl w mięśniu, będącym w stanie niedomogi. Zachodzi przeto pytanie, czy wzmaganie się ilości NaCl w mięśniu sercowym, będącym w stanie niedomogi, nie wywołuje upośledzenia komórki tego mięśnia pod względem przerabiania materyału energetycznego w pracę pożyteczną, skąd słabość skurczów i mały ich wynik ze wszelkiemi płynącemi stąd dla krążenia krwi następstwami. Moje badania w każdym razie upoważniają do takiego przypuszczenia. Chodzi tu przecież o dosyć znaczne wzmożenie się ilości NaCl w mięśniu prawej komory w stanie niedomogi w porównaniu z mięśniem sercowym, pochodzącym ze zmarłych na choroby ogólne, nie serca: 0,1338%, zamiast 0,0783%, t. j. o 42% niespełna. Być przeto może, że owo nagromadzanie się NaCl w mięśniu sercowym w stanie niedomogi wywołuje w nim stan zatrucia, skąd osłabienie jego działalności (discompensatio). Zachodzi teraz pytanie, czy zachodzi tu historetencya NaCl, jako takiego, czy też zatrzymanie się NaCl w rozczynie; innemi słowy, czy wzmożonemu zatrzymaniu się NaCl w mięśniu niedomożnym towarzyszy także zatrzymanie wody w stosunku odpowiednim? Tak, zdaje się, nie jest. W pierwszym bowiem razie (choroby ogólne) w 100 grm mięśnia znaleźliśmy 83 grm H_2O i 0,0783 grm NaCl (t. j. 0,09% rozczyn NaCl), w drugim zaś (rozszerzenie prawej komory i niedomoga mięśnia) w 100 grm mięśnia tyleż prawie wody — 83 grm — i 0.1338 grm NaCl (t. j. 0,16% rozczyn NaCl). Mamy więc tu najzupełniejsze prawo mówić o historetencyi NaCl, jako takiego, t. j. nie o »obrzęku« mięśnia sercowego rozczynem solnym o słabem zgęszczeniu, lecz o zatrzymywaniu się cząsteczek NaCl w samych komórkach mięśnia sercowego.

Zjawisko powyższe rozpatrywać można dwojako, a mianowicie: zatrzymywanie się NaCl w mięśniu sercowym w niczem działalności jego nie narusza, lecz jest pospolitym skutkiem zaburzenia wymiany w mięśniu, w stanie niedomogi będącym, lub też — zatrzymywanie to czynnie wpływa na słabszą wydajność roboczą komórek mięsnych, działając na nie trująco. Oczywiście trudno z całą pewnością odpowiedzieć twierdząco na jedno z tych pytań, a odrzucić drugie. Stojąc atoli na gruncie codziennej obserwacyi klinicznej, skłaniałbym się bardziej do poglądu, że nagromadzający się w mięśniu sercowym NaCl działa trująco na jego komórki, osłabiając ich czynność. Za tem przemawia bowiem dobroczynny wpływ, jaki wywiera t. zw. dyeta bezsolna w stanach niedomogi. Widzimy tu, że podczas stosowania dyety mlecznej, n. p. dyety Karella, ilość wydalanego z moczem chlorku sodu szybko wzrasta, do kilkudziesięciu grm na dzień. Stąd wniosek, że nie może być tu mowy o niedomodze nerek w kierunku wydalania NaCl, skoro potrafią one wydalać tyle chlorków. Gdzieindziej przeto, a nie w nerkach, należy poszukiwać przyczyny zatrzymywania chlorków. Możliwe jest zatem, że w okresie zatrzymywania chlorków w stanach niedomogi wzrasta ilość NaCl i w mięśniu sercowym, co trująco działa na jego komórki, wiodąc do osłabienia serca i do niewyrównania. Z chwilą zastosowania dyety bezsolnej ilość NaCl w sokach ustroju spada, więcej NaCl z mięśnia sercowego przenika do krwi, szkodliwy wpływ nadmiaru w mięśniu sercowym NaCl zmniejsza się coraz bardziej, przez co też mięsień coraz skuteczniej pracować zaczyna i jeszcze więcej NaCl z ustroju przez nerki wydala. Stąd też przyczyna tak obfitej dechloruracyi w okresie ustępującej pod wpływem dyety bezsolnej niedomogi serca tkwi nie w poprawie sprawności nerek, lecz pierwotnie we wzmocnieniu się działalności mięśnia sercowego, a dyeta bezsolna nie jest skierowana ku poprawie sprawności nerek, lecz przedewszystkiem dobroczynnie wpływa na mięsień sercowy, odtruwając go, że tak powiem. Środki zaś takie, jak naparstnica i t. p., ułatwiają tylko z jednej strony irrygacyę mięśnia sercowego, z drugiej zaś — może wskutek ujemnych wpływów chromotropowych lub batmotropowych, zmniejszają w nim zdolność do wytwarzania zbyt pośpiesznie bodźców skurczowych, osłabiają jego pobudliwość, stwarzają jednem słowem warunki, sprzyjające powstawaniu skurczów wolniejszych i skuteczniejszych, mocniejszych. To wszystko razem poprawia warunki krążenia, usuwa niedomogę. Tak więc pomiędzy niedomogą mięśnia sercowego, a zatrzymywaniem się w nim chlorku sodowego istnieje zdaje się blizki związek. Zatrzymywanie NaCl w mięśniu sercowym jest w świetle rozważań powyższych czynnikiem osłabiającym pracę tegoż mięśnia, dechloruracya zaś zjawiskiem, które powraca mięśniowi sercowemu jego dawną sprawność.

4) Przejdźmy wreszcie do rozważenia zmian, jakie stwierdziliśmy w mięśniu przerosłym.

Widzimy tu, że pod względem zawartości odsetkowej białka — istoty pracującej — większych zmian niema. Chodzi tu przeto wyłącznie o wzrastanie w nim komórek, o przerost istotny, nic zaś o jakąś zmianę w samej zawartości białka w tych komórkach. W przeciwieństwie do tego, w stanach, którym towarzyszy rozluźnienie komory, widzieliśmy wyraźne, acz niewielkie zmiany w samej zawartości białkowej części protoplazmy komórek mięsnych. Stąd wniosek, że komórka mięśnia sercowego niezdolna jest wzmagać w swej protoplazmie ilości białka, że ilość substancyi kurczliwej, pracującej w niej, może ulegać zmniejszeniu, nie może wszakże powiększać się. Ilość materyału energetycznego w mięśniu przerosłym jest zdaje się wyraźnie zmniejszona w porównaniu z tem, cośmy widzieli dla mięśnia w stanie osłabienia, który rozporządzał większą ilością tej frakcyi suchej pozostałości, którą za »materyał energetyczny« uznaliśmy. Jest przeto prawdopodobnem, że w mięśniu, działającym słabo, występuje nadmiar nie ulegającego zużyciu materyału energetycznego, którego w mięśniu przerosłym znajduje się mniej, być może skutkiem żywszej czynności mięśnia i wzmożenia się w nim ilości komórek pracujących. Czy owo przeładowanie osłabionego mięśnia materyałem energetycznym, które w okresach cięższych uwydatnia się w postaci stłuszczenia, nie jest na równi z Na Cl czynnikiem, wielce utrudniającym prawidłową

pracę mięśnia, na to pytanie pewnej odpowiedzi dać tu oczywiście niepodobna; wolno mniemać, że jest to bardzo możliwe.

W mięśniu przerosłym serca lewego wzrasta nieco ilość Na Cl w porównaniu z mięśniem w stanie zwykłym (0·0827% Na Cl przerost, 0·0431% stan zwykły). Na zjawisko to, w świetle rozważań naszych, musimy patrzeć jako na objaw okresu schyłkowego w czynności mięśnia przerosłego, kiedy poczynają uwydatniać się w nim objawy powolnego wyczerpywania się, będącego, jak wiadomo, przyczyną zejścia śmiertelnego w sprawach, z przerostem serca lewego przebiegających.

Z oddziału chorób wewnętrznych szpitala krajowego w Sarajewie.

Kilka uwag o kiłowych schorzeniach narządu krążenia.

Skreślił

Prof. Dr L. Korczyński.

Kiła narządu krążenia, a szczególnie samego serca, należy do rzędu tych spraw, o które w minionem stuleciu, prawie za naszej pamięci, toczyły się rozprawy o cechach istotnego sporu naukowego. Jakie panowały pojęcia, obowiązujące do pewnego stopnia ogół lekarzy, jeszcze około r. 1865, objaśniają bardzo dobrze słowa Virchowa[1]: »Während die früheren Autoren mancherlei von syphilitischen Auswüchsen (Condylomen) des Endocardiums zu erzählen wussten, so ist man in neuerer Zeit, vielleicht etwas zu ausschliesslich, davon zurückgekommen, und man hatte sich daran gewöhnt, die ganze Geschichte von der Herz-Syphilis als eine Fabel zu behandeln. Inzwischen ist im Laufe weniger Jahre eine ganze Reihe von Fällen zusammengekommen, welche das Vorkommen gummöser Knoten im Herzfleisch dartun. Ich selbst habe einen solchen Fall schon früher genauer beschrieben; seitdem habe ich noch einen anderen sicheren gesammelt«.

Wzmianki o »całym szeregu przypadków« nie należy bynajmniej brać dosłownie. W czasie, kiedy Virchow pisał powyższe słowa, przedstawiała się kazuistyka kiłowych schorzeń serca, o ile chodziło o przypadki, zbadane należycie pod względem klinicznym i anatomicznym, bardzo jeszcze skromnie. Przypadków takich znano zaledwie kilka. Pierwszym z nich było spostrzeżenie Riccorda[2]) z roku 1845, o tyle ważne, że badania anatomiczne wykazały stanowczo obecność cechujących zmian kiłowych w sercu, obok takichże zmian w innych narządach, przedewszystkiem w płucach, w niektórych mięśniach ciała i na prąciu.

W ciągu lat następnych ogłosili podobne spostrzeżenia Lebert[3]) w roku 1849 (jeden przypadek), Dittrich[4]) w r. 1852 (dwa przypadki), Friedreich[5]) w r. 1855 (jeden przypadek), L'Honneur[6]) w r. 1856 (jeden przypadek), wreszcie sam Virchow[7]) w r. 1858. Bardzo dokładne badanie samego serca, zwłaszcza zaś szczegółowe badania drobnowidowe, wykonane w tym właśnie przypadku, mają ogromnie doniosłe znaczenie naukowe dla rozwoju naszych pojęć o istnieniu i o istocie zmian kiłowych w mięśniu sercowym. Dopiero po tej publikacyi, jak niemniej po wydaniu obszernego dzieła »Die krankhaften Geschwülste«, w którem osoby ustęp poświęcił Virchow kiłowym guzom serca, zaczęto pilniejszą zwracać uwagę na zmiany kiłowe w narządzie krążenia. Pośrednio przyczyniły się do rozbudzenia większego zajęcia w tym kierunku także badania Heubnera, ogłoszone w r. 1874, przez które rozjaśnione zostały ciemne dotychczas zmiany w mózgu, powstające na tle zboczeń w krążeniu mózgowem, wywołanych przez przewlekłe zapalenie drobnych i najdrobniejszych tętnic, pochodzenia kiłowego.

Wyrazem większego zajęcia się sprawą kiły narządu krążenia, przedewszystkiem serca, są liczniejsze sprawozdania ze spostrzeżeń klinicznych i badań pośmiertnych, oraz streszczenia tych spostrzeżeń, zebrane w dwóch obszerniejszych pracach T. Langa[8]) i Mračka[9]). Pierwsza z nich, z r. 1889, przyniosła 44, druga z r. 1894 już 102 opisów przypadków kiły serca. W latach następnych, zwłaszcza zaś w ostatnich, powiększyła się jeszcze wcale znacznie ich liczba. Do dawniejszych dodać możemy 76 nowych spostrzeżeń, rozrzuconych w całem piśmiennictwie lekarskiem. Należą tu sprawozdania Curschmanna[10]), Rollestona[11]), Kockela[12]), A. Fränkla[13]). Lorraina[14]), Kröniga[15]), De Massary'ego[16]), Rendusa[17]), Duckwortha[18]), Stolpera[19]), Philipsa[20]), Jodlbauera[21]), Genersichta[22]), Moritza[23]), Loomisa[24]), Coggeshalla[25]), Adlera[26]), Hartgego[27]), Schünemanna[28]), Sie-Shava[29]), Lazarus-Barlowa[30]), Maya[31]), Thorela[32]), Sie-

---

[1]) Virchow. Die krankhaften Geschwülste. Berlin 1864—1865. T. II. S. 441.
[2]) Riccord. Gazette des hopiteaux. 1845. Cyt. według Virchowa l. c.
[3]) Lebert. Iconographies pathologiques 1849. Cyt. wedł. Virchowa.
[4]) Dittrich. Prager Vierteljahresschrift f. prakt. Heilkunde 1852. cyt. według Langa: Die Syphilis des Herzens. Wien. 1889
[5]) Friedreich. Krankheiten des Herzens w Virchow's Handbuch der Path. u. Ther. Erlangen 1855. Cyt. przez Langa l. c. i Mračka w Arch. f. Dermat. u. Syph. 1893.
[6]) L'Honneur. Cyt. według Virchowa. l. c.
[7]) Virchow. Virchow's Archiv 1858. T. 15. S. 217.
[8]) T. Lang. Die Syphilis des Herzens. Wien 1889.
[9]) Mraček. Die Syphilis des Herzens. Archiv f. Dermat. u. Syph. II. Erg. Heft. S. 279 1894.
[10]) Curschmann. Schmidts med. Jahrbüch. T. 247. S. 97.
[11]) Rolleston. ibidem.
[12]) Kockel. ibidem.
[13]) A. Fränkel. Berl. klin. Wochenschrift. 1894. S. 296.
[14]) Lorrain: Schmidts med. Jahrb. T. 258. S. 257.
[15]) Krönig. Berl. klin. Wochenschrift. 1895. S. 969.
[16]) Massary. Schmidts med. Jahrb. T. 258. S. 199.
[17]) Rendus. Ref. Arch. f. Dermat. u. Syph. T. 36. S. 304.
[18]) Duckworth. Cyt. przez Stockmanna l. c. Nr 39.
[19]) Stolper. Cyt. przez Stockmanna.
[20]) Philipps. ibidem.
[21]) Jodlbauer. ibidem.
[22]) Genersicht. ibidem.
[23]) Moritz. Petersburger med. Wochenschrift. 1897. Nr 32.
[24]) Loomis. Schmidts med. Jahrb. T. 258. str. 198.
[25]) Coggeshall. ibidem.
[26]) Adler. Schm. med. Jahrb. T. 284. S. 132.
[27]) Hartge. Petersb. med. Wochenschrift. 1899. Nr 42.
[28]) Schünemann. Allgem. med. Centr. Zeitung. 1901. Nr 51 i 52.
[29]) Shav. Cyt. przez Stockmanna.
[30]) Lazarus-Barlow. ibidem.
[31]) May. ibidem.
[32]) Thorel. Virchows Archiv. T. 158. S. 271.

versa[33]), Rauschera[34]), Quensla[35]), Bussego i Hochheimera[36]), Wagnera i Qwiatkowskiego[37]), Woltkego[38]), Stockmana[39]), Webera[40]), Reittera[41]), Cleckasa[42]), Hucharda i Fiessingera[43]), Takeya'ego[44]), Fischera[45]), Buschkego i Fischera[46]), wreszcie polskich autorów Krokiewicza[47]), Żydłowicza[48]) i Renckiego[49]).

W liczbie 76 przypadków, zebranych z przystępnego dla mnie piśmiennictwa, nie mieszczą się jeszcze zapewne wszystkie spostrzeżenia kiły serca, opisane w okresie czasu od r. 1894 do chwili obecnej. Zastęp ich możnaby niewątpliwie powiększyć. Ale i wtedy jeszcze nie mielibyśmy właściwej miary dla ocenienia częstości zmian kiłowych w sercu, a tem samem dla należytego poznania etyologicznego znaczenia kiły dla schorzeń serca. Jest ono niewątpliwie większe, schorzenia na tem tle powstające są niewątpliwie częstsze, aniżeli wnosić można na podstawie tego, co nam daje w ręce piśmiennictwo kazuistyczne i oparte na niem prace statystyczne. A sprawa ta jest w każdym razie nader ważna, jeśli już nie powszechnie, to przynajmniej dla pewnych krajów i okolic, w których kiła pojawia się znacznie częściej i w cięższych postaciach, oraz dla pewnych warstw społecznych, nie dość oświeconych, nie znających następstw zakażenia kiłowego i nieumiejących ocenić doniosłości należytego leczenia. O ile więc znajdzie się potemu sposobność, jest poniekąd społecznym obowiązkiem lekarskim nie pomijać jej i dążyć do rozpowszechnienia wiadomości o schorzeniach serca, mających swe źródło w zmianach kiłowych. Podobnie działo się z kiłą mózgu, której znaczenia tak długo nie doceniano, mimo przekonywających prac Fourniera.

Syfilidologom znany jest dokładnie związek między przypadłościami sercowemi, a pojawieniem się drugorzędnych objawów kiły. Niekiedy bywają one tak znaczne i tak przykre, że są bezpośrednią przyczyną, która każe szukać pomocy lekarskiej.

Jeden z takich przypadków miałem sposobność spostrzegać na wiosnę 1907 r. Zakażenie powstało poza sferą płciową; pierwotne owrzodzenie rozwinęło się na migdałku i chory nie domyślał się jego przyrody. Dopiero po dłuższym czasie, jak podawał po dwóch mniej więcej miesiącach od chwili, kiedy spostrzegł owrzodzenie, zaczął doznawać duszności, bicia serca, bolu w okolicy serca, uczucia ogólnego niedomagania. Przy pierwszem badaniu stwierdziłem rozległą osutkę kiłową i znaczne podniesienie ciepłoty ciała. Uderzenie końca serca było przesunięte nieco poza linię sutkową, obszar stłumienia był większy od prawidłowego; nad lewą komorą słychać było, w miejsce I. tonu, miękki szmer; zresztą wszędzie czyste tony, jakkolwiek nieco głuche.

Chorego tego spostrzegaliśmy przez dłuższy przeciąg czasu wspólnie z ówczesnym kierownikiem oddziału chorób skórnych, Dr Glückiem. Pod wpływem leczenia przeciwkiłowego, przy zachowaniu zupełnego spokoju przez chorego, zmniejszyły się dość rychło objawy sercowe. Zupełny wszakże powrót do stanu prawidłowego odbywał się bardzo powoli. Jeszcze w późnej jesieni tego samego roku doznawał chory po nieco forsowniejszym ruchu uczucia duszności i bicia serca. Badanie serca, wykonane w spokoju, nie wykazywało pozornie ważniejszych zmian. Mimo to można było stwierdzić po krótkiej, 1—2 minut trwającej, gimnastyce pokojowej nadmierne przyspieszenie tętna z równoczesnem jego osłabieniem, przyspieszenie ruchów oddechowych, wyraźne zblednięcie skóry twarzy.

Jeśli uwzględnimy, że chory ten, doskonale zbudowany, z narządem krążenia dobrze rozwiniętym i wyćwiczonym już z tytułu zawodu — jako leśnik —, przed zakażeniem się kiłą nie doznawał żadnych przypadłości ze strony serca, to stanowczo uzasadnionem jest zapatrywanie, że jad kiłowy był tą istotną przyczyną, która w sercu wznieciła ważniejsze i trwalsze zmiany. Ocenione ze stanowiska klinicznego, przedstawiały one obraz zapalenia mięśnia sercowego w tej postaci, w jakiej je spotykamy w toku lub nawet już po przebyciu wielu chorób zakaźnych.

Jak często w przebiegu wczesnej kiły przydarzają się zmiany w czynności i w stanie serca, wykazuje na podstawie liczb Grassmann[50]) w pracy, opartej na spostrzeżeniach z kliniki monachijskiej. Między 288 chorymi, u których na serce szczegółową zwracano uwagę i szczegółowo je badano, było mniej, aniżeli czwarta część, bo tylko 23%, wolnych od jakichkolwiek przypadłości ze strony narządu krążenia. U reszty stwierdzano mniej lub więcej wyraźne objawy nieprawidłowej czynności serca, nierzadko nawet objawy względnej niedomykalności zastawki dwudzielnej.

Przyroda anatomiczna tego rodzaju schorzeń nie jest dotychczas dokładnie poznana. Według Grassmanna przypuszczać można zmiany albo w nerwach, względnie w splotach nerwowych, jak to już dawniej twierdził Sacharjin[51]), albo też w samym mięśniu sercowym.

Ranvers[52]), zabierając głos w tej samej sprawie przed kilku laty, objaśnia zaburzenia czynności serca, zjawiające się we wczesnych okresach kiły, powstaniem zakaźnych miąższowych zapaleń włókien mięsnych, a więc w ten sposób, w jaki zazwyczaj pojmujemy zapalenia, spostrzegane w toku całego szeregu chorób zakaźnych, jak dur, płonica, błonica, zapalenie płuc, grypa i. t. d.

Wobec tego, że badania osutek kiłowych, przedsiębrane wielokrotnie przez rozmaitych lekarzy, między innymi przez Fr. Krzyształowicza[53]), wykazały dowodnie, jak wielką rolę pod względem anatomicznym odgrywają w powstaniu tej sprawy zmiany w naczyniach włosowatych, możnaby

33) Sievers. Zentralblatt f. inn. Med. T. 24. S. 632.
34) Rauscher. Cyt. przez Stockmanna.
35) Quensl. ibidem.
36) Busse i Hochheimer. Schm. med. Jahrb. T. 279. S. 211.
37) Wagner i Qwiatkowski. Schm. med. Jahrb. T. 279. S. 236.
38) Woltke. Ref. Monatsh. f. prakt. Derm. 1904. Nr 1.
39) Stockmann. Ueber Gummiknoten im Herzfleische der Erwachsenen. Wiesbaden 1904.
40) Weber. Zentralblatt für innere Medizin. T. 24. S. 881.
41) Reitter. Schmidts med. Jahrb. T. 290. S. 227.
42) Cleckas. Zentralblatt für innere Medizin. T. 27. S. 13.
43) Huchard i Fiessinger. Zentralblatt für innere Medizin. T. 29. S. 148.
44) Takeya. Schmidts med. Jahrbuch. T. 301. S. 124.
45) Fischer. Münch. med. Wochenschrift. 1894. Nr 15.
46) Buschke i Fischer. Deutsche med. Wochenschrift. 1906. Nr 19.
47) Krokiewicz. Przegląd lek. 1894. Nr 18. (demonstracya).
48) Żydłowicz. Przegląd lek. 1900. S. 649.
49) Rencki. Przegląd lek. 1900. S. 30 (demonstracya).

50) Grassmann: Deutsches Archiv. f. klin. Med. T. 48 49.
51) Sacharjin: Deutsches Archiv f. kl. Medic. T. 46.
52) Ranvers: Therapie der Gegenwart 1904.
53) Fr. Krzyształowicz: Przegląd lek. 1900 str. 635.

z pewnem prawdopodobieństwem przypuścić, że i w sercu powstają w drobnych gałązkach tętnic wieńcowych, oplatających pęczki mięśniowe, nacieki, i że pierwotne zmiany rozwijają się nie w samym mięśniu. Niejakich podstaw do wypowiedzenia tego przypuszczenia dopatrywać się mogę w szczegółach, dostrzeżonych w sercu przy oględzinach pośmiertnych zwłok chorego z mojego oddziału, który zmarł na dur brzuszny. Chory ten przebył niedawno kiłę i okazywał jeszcze dowody tego zakażenia w postaci plamistych i odbarwionych zupełnie blizn na skórze i małych twardych gruczołów na karku, pod pachami i w przegubach łokciowych. Innych chorób zakaźnych miał nie przechodzić. Przy badaniu serca zwróciły uwagę drobne, zaledwo dostrzegalne ogniska tkanki łącznej, rozrzucone tu i owdzie wśród mięśnia. Tętnica główna i tętnice obwodowe nie okazywały żadnych zmian. Nie można ich było dostrzedz także w grubszych gałązkach tętnic wieńcowych serca. Natomiast w drobnych rozgałęzieniach ramienia zstępującego lewej tętnicy wieńcowej stwierdzono pewne zgrubienie ścian, a w preperatach drobnowidowych znamiona przewlekłego zapalenia tętnic końcowych. W otoczeniu tych właśnie naczyń rozwinęła się tkanka łączna. O zmianach w naczyniach wieńcowych serca w toku chorób zakaźnych mówi także Wiesel [54]).

Jakiekolwiek zresztą zmiany anatomiczne są podstawą wybuchu wtórorzędnych objawów kiły, to w każdym razie uwzględniać trzeba samo istnienie tego niedomagania i jego wielką częstość. I trzeba dalej z logiczną koniecznością uznać, że kiłowe schorzenia serca zasługują i z naukowego i w wyższym jeszcze stopniu z praktycznego stanowiska na pilniejszą uwagę, aniżeli się dziać zwykło. Zapatrywanie to toruje sobie coraz więcej drogę, a wyrazem jego są poważne prace i rozprawy, ogłaszane zwłaszcza w niemieckiem piśmiennictwie. Autorowie ich jak Neumann [55]), v. Düring [56]), Runeberg [57]) i i. występują bardzo gorąco za wielkiem etyologicznem znaczeniem kiły dla powstawania chorób serca i starają się o przekonywające na to dowody. Bezpośrednich, jak dotychczas, przytoczyć jeszcze nie można. Ale nie jest bez znaczenia to, co udało się Runebergowi uzyskać po przejrzeniu sprawozdań Towarzystwa ubezpieczeń »Kalewa« o przyczynie śmierci ubezpieczonych osób w przeciągu kilku lat. Wśród 734 zmarłych było 84 osób, które przebywały kiłę. Z tej liczby nastała śmierć w 33 przypadkach skutkiem choroby serca, a co najważniejsza, w 24 skutkiem porażenia serca. (C. d. n.).

Wpływ kąpieli gazowych mineralnych na krążenie krwi.

Podał

Dr Witold Skórczewski

z Krynicy.

Ułatwienie wessania świeżych wysięków śródsierdziowych było zdaniem Benekego u leczonych przez niego chorych gośćcowych naukowem uzasadnieniem świetnych wyników leczenia kąpielami z cieplicy gazowo-solankowej nauheimskiej. Zwiększenie się jednak materyału chorób sercowych w Nauheim w przeciągu następnych lat dziesięciu wykazało bezpodstawność pierwotnej hipotezy, a zarazem dało powód do postawienia przez braci Augusta i Teodora Schottów do dziś dnia głównie uznawanej teoryi o działaniu tychże kąpieli na podniesienie się ciśnienia krwi. Według nich w odpowiedni sposób dawkowane kąpiele w połączeniu z zabiegami mechano-terapeutycznymi mogą zastąpić działanie naparstnicy i z jej działaniem się upodabniają. Uważając bezwodnik węglowy za czynnik, głównie tutaj działający, rozszerzono teoryę braci Schottów na kąpiele gazowe, soli kuchennej nie zawierające, tak rodzime, jak i sztuczne.

Mimo, iż od czasu pierwszych prac braci Schottów upływa lat 25, tonizujące działanie kąpieli bezwodnikowych nie jest stwierdzonym dogmatem. I obecnie przy całym szeregu prac, potwierdzających zapatrywania braci Schottów na sprawę podniesienia ciśnienia krwi podczas kąpieli (Stifter, Saundby przyt. przez Müllera, Bezby-Thorne przyt. przez Müllera, Kinkskote przyt. przez Müllera, Campell przyt. przez Müllera, Heineman, Hensen, Kowalski, Battistini i Rovere, Ottfried Müller, Huchard przyt. przez Pawińskiego, Wybauw przyt. przez Pawińskiego, Pawiński), mamy zdania poważnych i sumiennych badaczy, znajdujących wyniki wprost przeciwne, t. zn. obniżenie ciśnienia. Tutaj należą: Ewald, Graupner, Graigner (przyt. przez Pawińskiego), Leith (przyt. przez Pawińskiego), Baltuszewicz, Schlesinger, De la Harpe, Strassburger. Wyniki zmienne, to obniżanie, to podwyższenie ciśnienia stwierdzali Jacob, Reisner i Grote, Laussedat (przyt. przez Pawińskiego), Stillmark.

Tak różne wyniki objaśniać można stosowaniem przez rozmaitych autorów w ich badaniach, czy to cieplic gazowo-solankowych, czy wód żelazistych, czy wreszcie kąpieli sztucznych z bezwodnikiem węglowym samym i razem z solą kuchenną. Dalej, pomiary wykonywano w rozmaitych ciepłotach kąpieli, co wpływa na znalezione wyniki; wreszcie posługiwano się przyrządami rozmaitymi, nie zawsze zbyt pewnymi, jak sfigmomanometrem Bascha, Riva-Rocciego pierwotnym modelem lub z manszetem według Recklinghausena, tonometrem Gärtnera. Nie obojętną również ze względu na wyniki jest rzeczą, czy badania podejmuje się u ludzi z chorem lub zdrowem sercem.

Nie będę przytaczać poszczególnych wyników różnych autorów, odsyłając czytelników do specyalnie sprawami kąpieli gazowych zajmujących się wydawnictw, a zwłaszcza do skrzętnie zebranego piśmiennictwa w pracy Pawińskiego; zwrócę tylko uwagę na prace z lat ostatnich i tak na badania Otfrieda Müllera u ludzi zdrowych, wykonane sfigmomanometrem Riva-Rocciego z manszetem Recklinghausenowskim; stwierdził on podnoszenie się ciśnienia powyżej 32° R i poniżej 28° R. Zmienne wyniki, otrzymane przez Reisnera i Grotego w Nauheim u 43 chorych na serce przy mierzeniu tonometrem Gärtnera przemawiają raczej za przewagą wpływu obniżającego ciśnienie. Również obniżenie ciśnienia stwierdzał de la Harpe przy ciepłocie kąpieli od 31—33° C. Natomiast Battistini i Rovere, dalej Hensen przy ciepłocie 24—28° R, wreszcie Kowalski z iden-

[54]) Wiesel: Wiener med. Wochenschrift 1906 Nr 1 i Wiener klin. Wochenschrift 1906 Nr 24.
[55]) Neumann: Syphilis, Nothnagels: Spez. Pathologie u. Therapie T. 23.
[56]) v. Düring: Deutsche med. Wochenschrift 1904.
[57]) Runeberg: Deutsche med. Wochenschrift 1903.

tycznie zachowującemi się porównawczemi kąpielami wodnemi stwierdzali stale podniesienie się ciśnienia. Wspomnieć dalej muszę o pracy Strassburgera z wynikiem doświadczeń, przeprowadzonych na osobnikach zdrowych, a mianowicie obniżeniem ciśnienia poniżej 40° C, zmniejszającem się z obniżaniem się ciepłoty kąpieli. Tak więc przegląd piśmiennictwa z lat ostatnich budzi pewien sceptycyzm dla teoryi o wzmaganiu się ciśnienia krwi, jako skutku działania kąpieli gazowych, a natomiast na pierwszy plan wysuwa się podkreślane przez tak dzielnych balneologów, jak Jacob i Kisch, rozszerzenie naczyń skórnych podczas kąpieli, zwolnienie czynności serca przy użyciu kąpieli dość chłodnych, jako warunków do oszczędzania wyczerpanego mięśnia sercowego i wypoczynku tegoż przez umniejszenie mu pracy.

Rozstrzygnięcie tutaj panujących niepewności ma dla balneologii nietylko teoretyczne znaczenie; powinno ono wpłynąć na uzasadnienie wskazań i przeciwwskazań przy stosowaniu kąpieli gazowych i dać wskazówki co do ich dawkowania tak pod względem czasu kąpieli, jej ciepłoty, jak i obfitości składników mineralnych, w wodzie zawartych. I te również praktyczne cele skłoniły mnie, iż przebywając w Krynicy i przypatrując się stosowaniu tamecznych kąpieli gazowych, widząc nieraz ich korzystne wyniki, postanowiłem powtórzyć doświadczenia nad wpływem kąpieli gazowych na obieg krwi przy użyciu naturalnej wody mineralnej i najnowszych dostępnych mi przyrządów, a układając doświadczenia w pewien dogodny dla wysnuwania wniosków system.

Doświadczenia wykonywałem w łazienkach mineralnych krynickich w wodzie, pochodzącej ze zdroju Słotwińskiego. Zdrój ten został w roku 1906 na nowo ujęty, nakryty taflą szklaną, sprowadzony rurociągiem do szczelnego zbiornika żelaznego, skąd woda dostaje się do miedzianych wanien, ogrzanych systemem Schwartza, t. zn. parą wodną, krążącą między podwójnem dnem wanny i ogrzewającą w wannie zawartą wodę.

Rozbiór wody ze zdroju Słotwińskiego według wyników, otrzymanych przez Prof. Dra Marchlewskiego w roku 1906, przedstawia się następująco:

Ciepłota wody w zdroju 7·37° C. powietrza 10·20° C.

A. Sucha pozostałość z 1000 gramów wody zawiera:

1.	Chlorku sodowego $NaCl$	0·004040
2.	Węglanu potasowego K_2CO_3	0·023430
3.	» sodowego Na_2CO_3	0·608460
4.	» litowego Li_2CO_3	0·001624
5.	» wapniowego $CaCO_3$	0·486600
6.	» barowego $(BaCO_3)_2$	0·028726
7.	» strontowego $(S_2CO_3)_2$	0·018400
8.	» magnezyowego $(MgCO_3)_2$	0·785000
9.	Tlenku żelazowego Fe_2O_3	0·013397
10.	» manganawo-manganowego Mn_3O_4	0·001562
11.	Fosforanu glinowego $Al_2(PO_4)_2$	0·000774
12.	Bezwodnika krzemowego SiO_2	0·019550
13.	Siarczanu barowego $BaSO_4$	0·000570
	Ogółem	1·992133

Bezpośrednio otrzymano ciał stałych gr. 2·009230

Powyższe składniki z wyjątkiem wymienionych pod 9—12 przeliczone na siarczany dają 2·726140

Bezpośrednio otrzymano siarczanów 2·732100

B. 1000 gr. wody zawiera w stanie rozpuszczonym

1.	Chlorku sodowego $NaCl$	0·004040
2.	Dwuwęglanu potasowego $KHCO_3$	0·033940
3.	» sodowego $NaHCO_3$	0.863100
4.	» litowego $LiHCO_3$	0·002984
5.	» wapniowego $Ca(HCO_3)_2$	0·788060
6.	» barowego $Ba(HCO_3)_2$	0·037750
7.	» strontowego $Sr(HCO_3)_2$	0·026150
8.	» magnezyowego $Mg(HCO_3)_2$	2·362100
9.	» żelazowego $Fe(HCO_3)_2$	0·029830
10.	» manganowego $Mn(HCO_3)_2$	0.003622
11.	Fosforanu glinowego $Al_2(PO_4)_2$	0·000774
12.	Kwasu krzemowego H_2SiO_3	0·025380
13.	Siarczanu barowego $BaSO_4$	0.000570
	Ogółem składników stałych	3·279300

Oprócz tego zupełnie wolnego bezwodnika węglowego 2·86970, co odpowiada 1460·40 cm³ w 0° i 760 mm. ciśn. barometr., lub 1500·39 cm³ w 7·37° i 760 mm ciśn. barometr.

Bezwodnik węglowy w dwuwęglanach 0·90415 gr, co odpowiada 460·12 cm³ w 0° i 760 mm. ciś. bar.[1]).

Prof. W. Jaworski i K. Flis w pracy p. t. »Badania fizykalno-chemiczne polskich wód zdrojowych« obliczyli ciśnienie osmotyczne wody słotwińskiej w atm. 1·90, przewodnictwo elektryczne właściwe 0·002811, obniżenie punktu marznięcia 0·16°.

(C. d. n).

Oceny i sprawozdania.

Dr E. Kapelusch: **Grundlinien der speziellen Symptomatologie.** Wiedeń i Lipsk. Braumüller. 1909. 6 kor.

Potrzeby lekarzy praktykujących, a zwłaszcza rozpoczynających praktykę, w dziedzinie lecznictwa i receptury, znajdują dostateczne zaspokojenie w licznych, może nawet zbyt licznych zbiorkach recept, kalendarzach, wydawnictwach kieszonkowych, almanachach leczniczych itp. Natomiast zbyt mało uwzględniona jest w tym względzie semiotyka i dyagnostyka. Toteż kolega nasz z Białej (galicyjskiej), Dr Kapelusch, powziął szczęśliwą myśl zebrania w sposób zwięzły i treściwy szczegółowej symptomatologii ze szczególnem uwzględnieniem dyagnostyki. Dzieło to o 380 stronach stanowi podręcznik, względnie rodzaj »repetitorium«, ułożonego alfabetycznie według nazw chorób, a zajmuje się wyłącznie znakami rozpoznawczymi i etyologią chorób z pominięciem leczenia. Przez zebranie różnorodnych objawów i cierpień oraz przez odpowiednie ich zestawienie zmusza autor niejako czytelnika do wciągania w krąg rozpoznawczy całego szeregu możliwości, by uchronić go przed omyłkami rozpoznawczemi. Pomimo powyższych zalet, dostrzegamy w podręczniku pewne wady i braki, zresztą nieznaczne. Tak np. autor przyjmuje (str. 15) jeszcze trzy postacie białaczki, który to podział dziś jest zarzucony. Pomiędzy szczegółowemi przyczynami, wywołującemi centralne porażenie nerwu twarzowego (str. 101) opuszczono nowotwory, usadowione w korze mózgowej i w przebiegu włókien kojarzących. Dalej nie można odnaleść ogólnej symptomatologii nerwobolów i bolów mięśniowych i wogóle innych bolów, które przecież lekarzowi praktykującemu w pierwszym rzędzie każą się zwrócić do takiego dzieła o poradę. Również brak uwzględnienia kurczów klonicznych, »tików«, nasieniotoku i t. p. Są to jednak braki, które na ogół nie odbierają wartości powyższemu dziełu. Stanowi ono przytem dobry i pożyteczny

[1]) Rozbiór wody podany został przez Adama Grabowskiego w czasopiśmie »Krynica« w roku 1908.

punkt oparcia dla studentów, lekarzy początkujących, oraz dla lekarzy, skazanych z konieczności na samych siebie w praktyce prowincyonalnej. Zaznaczyć również należy, że oprócz oparcia się o zasady, głoszone w wykładach tak znakomitego klinicysty, jakim był Nothnagel, uwzględnił autor także najnowsze, skąpe piśmiennictwo niemieckie w tym kierunku. Dr Blassberg.

Dr med. i fil. Georg Buschan. **Menschenkunde. Ausgewählte Kapitel aus der Naturgeschichte des Menschen.** Stuttgart 1909. str. 255. Cena 2 Mk. 80 fen.

W szeregu wydawnictwa »Naturwissenschaftliche Wegweiser« pojawiła się książka niewielka, z pożytkiem mogąca być czytana nietylko przez fachowych antropologów, przyrodników i lekarzy, lecz i przez szersze koła inteligencyi. Autor jej, z zawodu lekarz, służąc w marynarce, zwiedził wiele krajów, w których badał różne plemiona, a od lat kilkunastu jako redaktor »Centralblatt für Anthropologie« miał możność poznać całe współczesne piśmiennictwo antropologiczne i z niego stworzył obraz historyi naturalnej człowieka, mistrzowsko zestawiając w niem wydatniejsze fakta, zgodnie z ostatnimi wynikami wiedzy.

Po wstępie historycznym, pierwszy rozdział poświęcony jest antropologii ogólnej, teoryi rozwoju, zapłodnieniu i dziedziczności. Następnie traktuje dzieło o metodzie badań antropologicznych, kształtach budowy człowieka, wzroście, wadze, prawach wzrostu, powłokach ciała, owłosieniu, barwach włosów i oczu, różnicach płciowych. Antropologia szczegółowa rozpatruje budowę kośćca, a w szczególności czaszki, jak i części miękkich. Inne części książki są poświęcone antropologii oddzielnych części ciała, właściwościom płciowym, wpływom trzebienia, wreszcie następują rozdziały o mańkutach i nakoniec o stanowisku, zajmowanem przez człowieka w świecie zwierzęcym.

Dziełko bogato jest ilustrowane wizerunkami wielkich przyrodników, którzy badaniami swemi przyczynili się do stworzenia nauki o człowieku i wielu rysunkami, odnoszącymi się do fizycznego ustroju człowieka. Książkę wogóle, dzięki umiejętnemu wyłożeniu i stylowi, czyta się z wielkiem zajęciem.

Przy trudności wogóle ułożenia małego podręcznika antropologii, wobec dzisiejszego stanu tej wiedzy, obejmującej tak szeroki zakres, zwiększające się w ostatnich czasach zainteresowanie się nauką o człowieku czyni dziełko Buschana cennym nabytkiem.

Ponieważ naszego ubogiego społeczeństwa długo nie stać będzie na większe dzieło z zakresu antropologii, przeto przetłomaczenie na język polski książki Buschana byłoby bardzo na czasie; mogłoby ono liczyć na popyt naszych sfer inteligentnych, nietylko lekarzy i przyrodników, lecz i uczącej się młodzieży, poświęcającej się studyom o człowieku, czy to w celu poznania go, czy też w celu utylitarnym niesienia mu pomocy w dolegliwościach fizycznych. J. Talko Hryncewicz.

Dr Władysław Hojnacki. **Hygiena kobiety.** Wydanie III, powiększone. Lwów. Gubrynowicz i Sp. 1910.

Z istotną przyjemnością należy powitać pojawienie się nowego wydania dziełka Dra Hojnackiego. W naszych warunkach dotychczas jeszcze ruch na polu higienicznem jest wśród społeczeństwa niestety bardzo słaby; to też trzeciego wydania w krótkim stosunkowo czasie dochodzi tylko książka bardzo dobra, a w zakresie higieniczno-popularnym bywa to u nas już niezwykłem zdarzeniem. Ale też dziełko Dra Hojnackiego jest rzeczywiście bardzo dobre; w niewielkich stosunkowo ramach umiał autor zmieścić wszystkie zasadnicze wiadomości, a przytem nadać książce ponętną szatę stylistyczną, świadczącą o prawdziwym temperamencie pisarskim, w dziełkach popularnych tak potrzebnym, a tak rzadkim. Toteż autor może być pewnym uznania zarówno swoich czytelniczek, jak i kolegów, zyskujących w tem dziełku nieraz ułatwienie wobec klientek, którym mogą książkę gorąco polecić. Z.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Choroby narządu krążenia.

Finck. **Znaczenie stosunku ciśnienia krwi w tętnicach i naczyniach włosowatych w miażdżycy tętnic.** (Rev. de Med. 1908, Nr 8). Autor przeprowadził badania u przeszło 200 chorych, z tej liczby 15 spostrzeżeń podaje w swej pracy. Ciśnienie krwi w tętnicach mierzył F. przyrządem Basch-Potaina, a ciśnienie krwi w naczyniach włoskowatych tonometrem Gaertnera. Z badań F. wynika, że ciśnienie krwi w tętnicach może być prawidłowe przy objawach stwardnienia i odwrotnie zwiększone przy braku wszelkich objawów stwardnienia tętnic. Słowem niema żadnego stałego stosunku między wysokością ciśnienia w tętnicach, a ciężkością objawów klinicznych, pochodzących ze stwardnienia naczyń. Natomiast istnieje bardzo wyraźna, chociaż niestała zależność między wysokością ciśnienia w naczyniach włosowatych, a obrazem klinicznym miażdżycy. Wreszcie istnieje bardzo wyraźny stosunek, prawie stała równoległość, między wskaźnikiem ciśnienia, a zaburzeniami w krążeniu krwi. (Wskaźnik ciśnienia jest to stosunek ciśnienia w tętnicach do ciśnienia w naczyniach włosowatych; w warunkach prawidłowych równa się 1,50—2).

Śledząc w ciągu dłuższego czasu osoby chore na stwardnienie naczyń, można zauważyć, zdaniem F., że podniesienie ciśnienia w naczyniach włosowatych stale poprzedza podniesienie ciśnienia w tętnicach. Gdy pojawia się pierwsze, serce walczy z przeszkodą przy pomocy zwiększenia swej siły skurczowej. Hypertensya tętnic jest przeto aktem obronnym i wprost przeciwnym hypertensyi naczyń włosowatych. Ciśnienie krwi w tętnicach zwiększa się równolegle do zwiększenia ciśnienia w naczyniach włosowatych. Gdy nakoniec mięsień serca nie podoła pracy, następuje niedomoga, wskaźnik ciśnienia spada niżej prawidła i występują obrzęki. L. Mańkowski.

Huchard. **O stwardnieniu tętnic.** (Międzynarodowy Zjazd lekarski w Peszcie, 1909. Sekcya medycyny wewnętrznej). Autor zbiera wszystkie dane kliniczne, doświadczalne i anatomo-patologiczne, których rozbieżność czyni dotąd pojęcie stwardnienia tętnic niejasnem i bałamutnem, a leczenie tegoż cierpienia chaotycznem i bezradnem. Według Hucharda jest stwardnienie tętnic chorobą najczęściej rozsianą, rzadko tylko miejscową, atoli zawsze ma dążność do szerzenia się albo szybkiego, albo powolnymi etapami. Pod względem anatomicznym cechują to cierpienie stwardnienia narządów, wywołane przez zmiany tętnicze. Aczkolwiek te zmiany mogą być niekiedy pierwotne w aorcie, a nawet w zastawkach sercowych, to jednak najczęściej dotyczą naczyń średniego i drobnego kalibru. Pod względem klinicznym znamienne są objawy toksyczne, których wyrazem są kurcze (spasmes) naczyniowe i zmiany w napięciu naczyń, duszność, bezsenność, przyspieszenie tętna, połączone z niemiarowością lub bez niej, zawroty i zaburzenia mózgowe. Pierwotnem i przez cały czas choroby górującem zjawiskiem przy stwardnieniu tętnic jest zawsze zatrucie ustroju, wywołane przez nadużywanie pokarmów lub błędne odżywianie się. Tą drogą dostają się do ustroju liczne istoty trujące, które nadto nie mogą być dobrze wydzielane wskutek równoczesnej niesprawnej czynności nerek. Niedrożność nerek bowiem odgrywa zasadniczą rolę w rozwoju klinicznym tej choroby, a nawet całe leczenie skupia się w jej zwalczaniu. Zatrucie ustroju, wykazane przez Hucharda i innych autorów,

przejawia się na zewnątrz dusznością (dyspnée toxi-alimentaire), bezsennością, wzmożeniem parcia tętniczego, przyspieszeniem tętna i zawrotami głowy. Nadto pojawiają się kurcze naczyń (»spasmes« względnie »crises vasculaires«), które bywają ciągłe lub też napadowe. Tym kurczom odpowiada cały szereg objawów klinicznych, które Josué opisał w r. 1907. jako »drobne oznaki stwardnienia tętnic«. (Zobacz: Przegląd lekarski 1908, Nr 2. Przyp. sprawozd.). Dalej następują objawy zatrucia ze strony nerek, a mianowicie zmiany dna oka i wzmożenie się parcia tętniczego. Wzmożone parcie tętnicze jest już następstwem zatrucia i częstokroć stanowi obraz samoobrony ustroju i zbawienny odczyn przeciw przeszkodom obwodowym. Zwalczanie tego objawu nie jest istotnem zwalczaniem samej choroby, która może przebiegać także z obniżonem parciem. Te początkowe objawy, zwane przez Hucharda »praesclerosis«, a przez Bascha »sclerangia«, »angiorhigosis« i »angiosclerosis latens«, są zdaniem Hucharda napewno uleczalne. W dalszym przebiegu klinicznym można wyróżnić 3 typy tej choroby: 1) Nerkowo-sercowy, najczęstszy, połączony z dusznością i przyspieszeniem tętna, któremu także może towarzyszyć niemiarowość tętna. 2) Typ sercowo-zastawkowy ze zmianami na zastawkach, w miąższu sercowym i w nerkach. 3) Typ sercowo-opuszkowy. — Ośrodki nerwowe nie mają bezpośredniego wpływu odżywczego na tkanki, lecz działają tylko na nie pośrednio przez wpływ na naczynia. Huchard podnosi zasadniczą różnicę między stwardnieniem tętnic (arteriosclerosis) a miażdżycą (atheroma). Miażdżyca bowiem w przeciwieństwie do stwardnienia tętnic sadowi się głównie w dużych i średnich naczyniach, jest chorobą wieku starczego, dotyczy wyłącznie naczyń, ale nie trzew, i ogranicza się do naczyń przez cały czas trwania. Zmiany w naczyniach, wywołane doświadczalnie n. p. przez adrenalinę, tworzą miażdżycę, a nie stwardnienie tętnic. Aby wywołać stwardnienie tętnic, należy wstrzykiwać do ustroju, jak to czynił Boveri, istoty trujące n. p. mięso gnijące. Co do etyologii, to na 15.000 przypadków Hucharda (w tem czystych 2680) na pierwszem miejscu była skaza moczanowa łącznie z ołowicą, potem kolejno: gościec, kiła, dyeta nieodpowiednia, palenie tytoniu, choroby zakaźne, wyskok, zimnica, przekwitanie płciowe, przyczyny moralne i nerwowe.

Leczenie stwardnienia tętnic daje w pierwszych okresach korzystne rokowanie i powinno być zwrócone w kierunku zwalczania objawów zatrucia przez dyetę mleczno-jarską lub czysto mleczną, przez kąpiele gazowe, gimnastykę, miesienie, wody mineralne, oraz podawanie środków moczopędnych, kwasu tyminowego i tyreoidyny. W tym okresie, oraz w okresach bardzo późnych jest podawanie jodu przeciwwskazane. Objawy następowe sercowe i tętnicze można zwalczać małemi dawkami jodu, trójazotynem, tetranitrolem, azotynem sodowym i teobrominą, a nadto zawsze stosować należy dyetę bezsolną, mleczną. W trzecim okresie, zastawkowym, stosować można oprócz dyety teobrominę i digitalinę. W czwartym okresie, rozszerzenia serca i obrzęków, należy ograniczyć ilość przyjmowanych płynów. Dr M. Blassberg.

Prof. Henschen. **O skurczowych czynnościowych szmerach serca.** (Zjazd lekarski w Peszcie, 1909. Sekcya medycyny wewnętrznej). Autor przechodzi kolejno wszystkie dotychczasowe hypotezy, tłómaczące przypadkowe (accidentalis) szmery sercowe, i zarzuca te wszystkie teorye jako bezpodstawne. Natomiast twierdzi on, że szmery te zawsze pozostają w związku, i to przyczynowym, z rozszerzeniem serca. Wybitność szmeru bywa stale proporcyonalna do stopnia rozszerzenia serca. Przypadki przejściowe odznaczają się wprawdzie bardzo słabym szmerem, ale i nieznacznem rozszerzeniem. Szmer, zwany anemicznym, różni się według H. tylko stopniem i etyologią od wszystkich innych szmerów czynnościowych i organicznych, powstających przy niedomykalności zastawki dwudzielnej. Jest on zawsze wyrazem niedomagania lewej komory i lekkiej, choćby czasowej, niedomykalności zastawki dwudzielnej. Opierając się na istotnem znamieniu tych szmerów, t. j. na rozszerzeniu serca, nazywa H. szmery przypadkowe szmerami z rozszerzenia (Dilatationsgeräusche), co stanowi nazwę anatomiczną. Można też je nazwać szmerami czynnościowymi. Nazwa »przypadkowy« jest błędna, bo szmery te często utrzymują się stale. Według etyologii dzieli H. szmery z rozszerzenia na anemiczne, gośćcowe, septyczne, nerkowe (nephritisch) i t. p. Szmer jest według H. wprawdzie zawsze wyrazem rozszerzenia serca, ale zdania tego odwrócić nie można, bo często rozszerzenie przebiega bez szmerów, o ile towarzyszący przerost wyrównuje w zupełności dane rozszerzenie. Zazwyczaj powodem rozszerzenia, sprowadzającego szmery, bywa zaburzenie odżywcze lub zatrucie mięśnia sercowego. Bicie serca przy niedokrwistości i błednicy, przy której taki szmer znajdujemy, jest, zdaniem H., objawem wyrównawczym niedomogi lewej komory, zupełnie takim samym, jak przy organicznych wadach serca. Stąd wysnuwa H. ważny wniosek dla praktyki, że chorych z takimi szmerami należy przy wzmaganiu się objawów niedomogi położyć na dłuższy czas do łóżka. Postępując w ten sposób w licznych przypadkach, spostrzegał H. zmniejszanie się serca, znikanie szmeru, poprawę stanu ogólnego i ustępowanie bicia serca.

Dr M. Blassberg.

Neurologia i psychiatrya.

Todt. **Przyczynek do nauki o omamach.** (Klinik für psych. und nerv. Krank. 1909. T. IV. Z. 3.). Autor przytacza dwa przypadki: Chory, 20-letni młodzieniec, dziedzicznie nie obciążony. W dzieciństwie puchlina, żółtaczka; uczył się dobrze. Od 1904 r. miewa napady z 2—6 tygodniowemi przerwami, trwające 1—2 min., podczas których staje się uderzająco bladym, lub żółtym, dostaje nudności, a na zakończenie występuje uczucie bezsilności i ból głowy. Kurczów i utraty przytomności nie miewa. Podczas napadów widzi chory zawsze »postacie« ludzi lub zwierząt bardzo wyraźnie, jak żywe, — zdaje sobie jednak sprawę, że są to omamy. Napady następują nawet podczas rozmowy, której chory nie przerywa. Badanie fizyczne wykazało oprócz lekkiego wzmożenia odruchów — krótkowzroczność.

Drugi przypadek: kobieta 20-letnia, zdrowa. Noc spędziła przy ciężko chorej, która miała utrudniony oddech (jęczała, szlochała i t. p.). Na drugi dzień, siedząc sama w pokoju i czytając, usłyszała głośne, regularne oddychanie. Po sprawdzeniu nikogo w pokoju nie znaleziono. Podczas dalszego czytania usłyszała znowu głośne oddychanie ze szlochem i jękiem, które jej przypomniało oddychanie owej chorej. Zjawisko powtórzyło się jeszcze kilka razy podczas zajęć domowych. Dotknięta omamami, jasno zdawała sobie sprawę z tego, że to omam, nie rzeczywistość.

Na zasadzie tych przypadków dochodzi autor do wniosku, że omamy pod względem psychologicznym są zjawiskiem, podobnem do normalnego postrzegania (Wahrnehmung), pozbawionego tylko zewnętrznego bodźca. Normalne postrzeganie ma następujący przebieg: Dzięki jakiemukolwiek procesowi, odbywającemu się zewnątrz nas zostaje podrażniony odpowiedni narząd czucia i oddziaływa na odpowiednią część kory mózgowej, wywołując w niej cząsteczkowe lub podobne do nich zmiany. Na tem kończy się część czuciowa postrzegania. Intelekt nasz zapomocą właściwych naszej psychofizycznej konstytucyi pojęć o czasie i przestrzeni przyobleka te zmiany w sferze czuciowej w formę pojęcia o przedmiocie (Objectbegriff) i segreguje na zasadzie podobieństwa lub niepodobieństwa do poprzednich lub jednoczesnych postrzeżeń. A więc każde postrzeganie składa się z dwu części: czuciowej i intelektualnej. Z każdego postrzeżenia pozostaje ślad, obraz pamięciowy, dzięki któremu jest możliwe »poznawanie« dalszych przedmiotów, jako czegoś znajomego. Omamy w dwu opisanych przypadkach niewątpliwie są skutkiem jakiegoś

podrażnienia w odpowiednich sferach kory półkuli mózgowych; — wszelkie zewnętrzne podrażnienie musi być wyłączone. Czem zostały wywołane podrażnienia kory mózgowej, autor nie określa, zwraca tylko uwagę na to, że w obydwu przypadkach była zachowana świadomość tego, że są to omamy, nie rzeczywistość. Tylko z utratą krytycyzmu, a więc zaburzeniami w sferze intelektualnej, co wyraźnie występuje u chorych umysłowo, omamy mogą być uważane za rzeczywistość. J. Bednarz.

Kurt Halbey. **Leczenie padaczki bromglidyną.** (Psychiatr. neurol. Wochenschr. 1909/10, Nr 35). Autor stosował bromglidynę 2–8 razy dziennie po 0·05 u 10 chorych na padaczkę w ciągu dni 40. Wyniki streszcza autor w 4 punktach: 1) Ogólna suma napadów u chorych trochę się zmniejszyła. 2) Wskutek szybkiego wessania się bromglidyny, napady nawiedzały chorych przeważnie w nocy, pozwalając im pracować w dzień. 3) Ujemnych skutków używania bromu (t. zw. bromicy) nie było. 4) Drażliwość i popędliwość chorych wcale się nie zwiększyła, jak to bywa zwykle przy stosowaniu soli bromu. J. Bednarz.

Hösslin. **W sprawie przebiegu i zejścia obłąkania maniakalno-depresyjnego.** (Zentralbl. für Nervenh. und Psych. 1909, Z. 22). Autor zebrał obfity materyał, 228 chorych (83 m. 145 kob.), których obserwowano od kilku do kilkudziesięciu lat. 81 chorych autor badał osobiście i obserwował przez czas dłuższy. Wszystkich chorych dzieli na 2 grupy: 1) Chorych, już poprzednio przechodzących maniakalną lub melancholijną psychozę 31,5%. 2) Chorujących po raz pierwszy 63·5%. Z pierwszej grupy wyzdrowiało lub doznało znacznego polepszenia 96·7%, z drugiej zaś — 74·6%. W rokowaniu obciążenie dziedziczne nie gra tej roli, jaką zwykle mu przypisują. Na zasadzie przebiegu choroby, który bywa dość rozmaity, nie można przewidzieć, jak się choroba zakończy. Autor twierdzi, że 1) oprócz przewlekłej manii lub melancholii istnieje przewlekłe obłąkanie maniakalno-depresyjne; 2) następowe otępienie w tych przypadkach, wbrew zdaniu większości autorów, nie da się wykazać; 3) da się wykazać upośledzenie uczuciowe w postaci większego lub mniejszego przytępienia uczucia; 4) jeżeli choroba następuje po 40. r. ż. i trwa ponad pięć lat, rokowanie musi być oględne, szczególnie, gdy po ustąpieniu ostrych objawów ujawnia się stępienie uczuciowe. J. Bednarz.

Prof. Voss. **Na czem polega i co osiąga reforma nauki głuchoniemych Bezolda?** (Med. Klinik 1909, Nr 32). Niezapomnianą zasługą Bezolda jest odkrycie, że między t. zw. głuchoniemymi znajduje się przeszło $1/3$ osobników, które posiadają pewne resztki słuchu, pozwalające im z czasem rozumieć mowę. Resztki te wykrywa się zapomocą przyrządu Edelmanna, przedstawiającego całą skalę tonów. Głuchoniemych z resztkami słuchu pomieszcza się zupełnie osobno i uczy mowy inaczej, mianowicie nietylko przez odczytywanie mowy z warg, ale także przez równoczesne mówienie im słów do ucha, przyczem w lusterku obserwują oni zarazem ruchy warg. Dotychczasowe wyniki tego leczenia są świetne. Przedewszystkiem przekonano się, że chorzy z resztkami słuchu uczą i rozwijają się umysłowo znacznie prędzej i lepiej, a dalej uczą się mówić wcale dobrze, a mowa ich nie jest monotonna, lecz modulowana. Uczeń, wyszedłszy z zakładu, może zupełnie dobrze nietylko porozumieć się z otoczeniem, ale nawet studyować w szkołach wyższych, i często nikt nie przypuszcza, że ma do czynienia z byłym głuchoniemym. O ile głuchoniemi zwykli sprawiają wrażenie automatów, o tyle uczeni metodą Bezoldą nie różnią się wiele od ludzi zdrowych. A.

Pedyatrya.

A. Aurnhammer. **Różnice w trawieniu żołądkowem przy naturalnem i sztucznem żywieniu.** (Arch. f. Kinderh. T. 51., Z. 4). Doświadczenia przeprowadzał A. u zdrowych osesków w wieku od $1^1/_2$—$6^1/_2$ miesięcy, podając w 8 godzin po ostatniej porcyi mleka śniadanie próbne w postaci 100 gr herbaty, poczem w 30—45 minut wydobywał zgłębnikiem treść żołądkową. Autor postępował w ten sposób, że najpierw badał treść żołądkową u oseska karmionego naturalnie, później odłączał go nagle od piersi i żywił jakiś czas sztucznie, poczem przeprowadzał zupełnie analogiczne badanie. Wynikiem tych badań, przeprowadzonych na 13 oseskach, jest stwierdzenie, że ilość wydobytego z żołądka płynu w 30—45 min. po śniadaniu próbnem waha się w granicach od 0 do 60 cm³ i nie zależy od sposobu karmienia. Podobnie niestałą jest ilość kwasu solnego i stopień kwaśności. Natomiast podpuszczka wydziela się tylko przy sztucznem żywieniu, a wydzielania się jej nie powstrzymuje przywrócenie do piersi przez 14—21 dni. Ilość pepsyny w soku żołądkowym osesków karmionych piersią jest zawsze niższa, niż przy karmieniu sztucznem. Bujak.

L. Baron. **Przypadek złożonego schorzenia serca u oseska.** (Archiv f. Kinderh. T. 51., Z. 4.). U 6-miesięcznego oseska, dotkniętego charłactwem i obustronnem zapaleniem ropnem ucha środkowego, wystąpiły objawy posocznicy. Fizyczne badanie serca stwierdziło uderzenie koniuszkowe w 5. międzyżebrzu, na wewnątrz linii sutkowej, wstrząśnienie skurczowe całej okolicy serca i dołka podsercowego, obok tego skurczowe zaciąganie międzyżebrzy. Stłumienie serca sięgało na szerokość palca poza linię sutkową i przekraczało na $1/2$ palca prawy brzeg mostka; tętno miarowe, ton skurczowy nad koniuszkiem serca nieczysty, z biegiem czasu przybrał charakter szmeru; tętno miarowe, przyspieszone. Sekcya wykazała zrost osierdzia całkowity z wyjątkiem koniuszka serca, złogi włóknikowe na zastawkach dwudzielnej i trójdzielnej, oraz skrócenie i zgrubienie mięśni brodawkowych lewej komory serca. Bujak.

H. Rosenhaupt. **Żyjący płód bez kończyn; w sprawie powstawania tej zmiany.** (Arch. f. Kinderh. T. 51., Z. 4.). Przypadek opisany dotyczy dziecka, którego matka cierpiała na przewlekły gościec stawowy i raz poroniła. Dziecko nie okazywało bezpośrednio po porodzie żadnych zboczeń, oprócz braku wszystkich kończyn, zaznaczonych tylko krótkimi kikutami, nie zawierającymi kości, jak to uwidacznia załączony rentgenogram. W 3. tygodniu życia pojawiła się u dziecka pęcherzyca przymiotowa, która pod leczeniem maścią resorbinową wkrótce ustąpiła. Dziecko zmarło w 6. miesiącu życia skutkiem zaburzeń trawienia. Powstanie opisanej wady rozwojowej przypisuje autor zmianom w owodni na tle przymiotowem, za którem przemawia gościec przewlekły i poronienie u matki, a pęcherzyca i ustąpienie jej pod wpływem swoistego leczenia — u dziecka. Bujak.

H. Vogt. **Rodzinne niedołęstwo umysłowe ze ślepotą; badania histologiczne i histopatyczne.** (Archiv f. Kinderheilkunde T. 51., zeszyt 4.). Autor podaje dokładny opis 3 przypadków wspomnianej choroby, badanych klinicznie, a później mikroskopowo w kierunku zmian histologicznych w układzie nerwowym ośrodkowym. Jeden przypadek dotyczył $1^1/_2$-rocznego dziecka (forma dziecięca), z pozostałych jeden 15-letniego, drugi 21-letniego chłopca (forma młodzieńcza). We wszystkich przypadkach stwierdzono zanik władz umysłowych, ślepotę i porażenia wiotkie lub kurczowe. Mikroskopowo stwierdził autor zmiany rozsiane w całym ośrodkowym układzie nerwowym, polegające na nabrzmieniu i balonowatem rozdęciu ciał komórek nerwowych, na rozpadzie treści komórkowej, występowaniu siateczkowania w ciałkach Nissla i układzie włókienkowym; osłonka rdzeniowa okazywała w komórce ciemne ziarna, które prawdopodobnie wypełniają oka wspomnianej siateczki. Zmiany te wiodą w wielu miejscach do zupełnego zaniku komórek, na których miejscu buja włóknisto glej. W przypadkach formy dziecięcej zmiany były dalej posunięte, niż w formie młodzieńczej, co zgadza się z przebiegiem klinicznym obu form. Na podstawie tych wy-

ników uważa autor przypadki, opisane przez Spielmeyera, za należące do tej samej grupy, a formę dziecięcą i młodzieńczą za odmiany tej samej jednostki chorobowej.
Bujak.

Higiena.

Haselberg. **Tak zwane zatrucie ziemniakami, albo solaniną.** (Med. Klinik 1909, Nr 32). Już od 100 lat znane są masowe zatrucia po spożyciu ziemniaków. Zwłaszcza podobne przypadki spostrzegano w wojsku. H. miał także sposobność spostrzegać takie schorzenia masowe w wojsku po spożyciu sałaty ziemniaczanej. W celu wyjaśnienia rzeczy zajął się H. dokładniej tą sprawą, albowiem wydawało mu się to nieprawdopodobnem, by zatrucie pochodziło z większej zawartości solaniny w ziemniakach. Ziemniaki są bowiem dla wielu ludzi jedynym pokarmem, zatrucia więc powinny być spostrzegane na każdym kroku, tymczasem występują one stosunkowo bardzo rzadko. Przedewszystkiem więc wypróbował H. działanie czystej solaniny Mercka (polecanej przy nerwobolach, drżączce, dychawicy i t. p.) na sobie. Doszedł do dawki 0,2, którą brał dłuższy czas bez żadnych przypadłości. Tymczasem najwyższa zawartość solaniny w ziemniakach podług Pfuhla wynosi na kilgr. 0·24, a przecież nikt zwykle więcej nad kilogram ziemniaków na raz nie spożywa. Jedni twierdzą, że ziemniaki mogą wywołać zatrucie, gdy są za młode, inni znów — gdy są za stare i przechowywane w piwnicy, tymczasem spostrzegano zatrucia bardzo często pomimo, że dana sorta ziemniaków okazała się zupełnie zdrową. Wobec tego H. zwrócił swą uwagę w inną stronę, mianowicie na sposób przyrządzania ziemniaków. W wielu przypadkach podano, że zatrucie wystąpiło po spożyciu sałaty, lub też ziemniaków gotowanych przed kilku dniami. Dowodzi to, że nie ziemniaki jako takie są powodem zatrucia, lecz raczej ugotowane ziemniaki stają się pożywką dla drobnoustrojów i zatrucie »ziemniakami« nie jest niczem innem, jak zakażeniem drobnoustrojami lub zatruciem ich toksynami, podobnie jak to wykazano co do mięsa (epidemie paratyfusu i t. p.). Potwierdzają to także badania Schülla, który dowiódł, że zawartość solaniny w ziemniakach nie zwiększa się nigdy ani przez dłuższe przechowywanie, ani pod wpływem drobnoustrojów. Natomiast ziemniaki gotowane są znakomitą pożywką dla drobnoustrojów gnilnych, odmieńca, duru i prątka okrężnicy. Praktyczny wniosek z tego następujący: ziemniaki spożywać należy jedynie świeżo ugotowane, gdyż już po 24 godzinach mogą być one ze względu na zawartość drobnoustrojów i toksyn trujące. K.

Conradi. **Przechowywanie mięsa w lodzie, a zatrucie mięsem.** (Münch. med. Wochs. 1909, Nr 18). O ile nie ulega wątpliwości, że mięso żywych zwierząt zawiera nieraz prątki paratyfusu B., b. enteritidis Gärtnera, to z drugiej strony nie da się zaprzeczyć, że częściej ulega mięso zakażeniu dopiero po zabiciu zwierzęcia, n. p. zakażając się przez ręce osobników, będących roznosicielami prątków, a wreszcie, co właśnie C. stara się wykazać, przez umieszczanie mięsa celem przechowania na lodzie naturalnym. C. badał różne próby lodu naturalnego, pochodzącego ze stawów i rzek i przekonał się, że zawiera on bardzo często wyżej wymienione, a żywotne drobnoustroje, i to po kilku nawet jeszcze miesiącach. Za tem przemawia także spostrzeżenie, że zatrucia mięsem zaczynają właśnie występować z chwilą nastania pory ciepłej, t. j. w okresie, gdy zaczyna się przechowywanie mięsa w lodowniach. Wynika z tego, że do przechowywania mięsa używać się powinno tylko lodu sztucznego i to czysto wyrabianego, i że unikać należy napojów z naturalnym lodem sporządzanych. A.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie d. 1. XII. 1909.

Przewodniczy: Prof. Dobrowolski. Obecnych członków 96.

Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

Prof. Browicz wygłosił wykład: **Etyologia raka.** (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi wskazuje Prof. Kostanecki na analogie między rozwojem komórki zarodkowej a komórki rakowej. Te same analogie wykazuje się w eksperymencie. Uważa również, że rozwiązania problemu nowotworu wogóle i raka specyalnie należy szukać w chemizmie tkanek. Po odpowiedzi Prof. Browicza, z powodu spóźnionej pory odłożono dalszą dyskusyę do przyszłego posiedzenia.

Sekretarz: Dr Morawski.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

XXXVI. posiedzenie naukowe z d. 17. XII. 1909.

I. Kol. O. Litwinowicz przedstawia i omawia **przypadek śluzowiaka (mucocele) zatok klinowych i sitowych.** Choroba trwa od lat 16, a zaczęła się prawie nagle. Wkrótce chory zaniewidział. W kilka miesięcy zaczął się wydzielać obfity płyn ropiasty z nosa, a wzrok się poprawił. Obecnie znaczne pogorszenie wzroku oka lewego. Badaniem można wykazać guz w tylnem nozdrzu, a podstawą jego jest podstawa jamy nosowo-połykowej. Przy nakłuciu otrzymano brudny cuchnący płyn, w którym stwierdzono gronkowce. Prelegent w celu leczniczym otworzył szeroko torbiel, przyczem nastąpiło wypadnięcie bocznej ściany torbieli. Oddziaływanie źrenic na światło wkrótce po zabiegu wróciło. Przypadek przedstawiony jest jedynym w piśmiennictwie, inne bowiem znane różnią się od przedstawionego znacznie. — W dyskusyi zaznacza kol. Orzechowski, że w przypadku tym wszystko przemawiało za nowotworem mózgu; właściwe rozpoznanie ustaliło badanie nosa. — Kol. Stachiewicz zauważa, że jednak mimo stwierdzenia torbiela nie jest wyłączona obecność guza mózgu, uciskającego na nerwy wzrokowe, na co odpowiada kol. L. uwagą, że ucisk na nerw wzrokowy jest tu następstwem rozdęcia jamy klinowej.

II. Kol. Blaim przedstawia **chrzęstniaka ręki** u 60-letniego starca. — W dyskusyi przemawiał kol. Ziembicki sen.

III. Kol. Herman: **O krwotokach z sutka.** Prelegent podnosi rzadkość tego rodzaju krwotoków, mówi o ich przyczynie (nowotwory). Następnie omawia 2 przypadki przez siebie spostrzegane (kob. 35 l. i 30 l.), w jednym stwardnienie ograniczone, zdaje się nie nowotworowe, w drugim gruczolak, a zastanawiając się nad przyczyną krwawień w tych przypadkach, dochodzi do wniosku, że jest nią najprawdopodobniej miejscowa miażdżyca tętnic, i to prawdopodobnie na tle kiłowem. — Dyskusya: Kol. Ziembicki widział krwawienie z sutka w przypadkach łagodnych nowotworów (dziewcz. 18 l.). — Kol. Szulisławski zapytuje, czy możliwa jest taka miejscowa miażdżyca tętnic sutka. — Kol. Hermelin zwraca uwagę na krwawienie ze sutka po wycięciu macicy i jajników, i to kiedy powinna wystąpić miesiączka. — Kol. Hornowski, poświęcając kilka słów patogenezie miażdżycy, jest zdania, że nie można zaprzeczyć możliwości miejscowej miażdżycy tętnic, n. p. sutka, co do którego brak specyalnych badań. Nowicki.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie z dn. 4 maja 1909.

1) Kępiński przedstawia i omawia trzy przypadki **usunięcia soczewki celem wyleczenia** bardzo znacznego **krótkowidztwa.**

2) Karwacki przedstawia hodowle i preparaty **ziarenkowca czworaczego** z przypadku **zapalenia przyusznic** i jąder, podnosząc, że mikrob ten jest swoistym zarazkiem nagminnego zapalenia przyusznic.

3) Bartkiewicz. **Poszukiwania nad przeszczepianiem nowotworów złośliwych z człowieka na zwierzęta.** Dodatni wynik takiego przeszczepiania mógłby tłómaczyć tylko teorya pasorzytowego pochodzenia nowotworów; odrzucając tę teoryę, możnaby się spodziewać dodatnich wyników tylko przy przeszczepianiu w obrębie takich gatunków, które dają ze sobą potomstwo, np. koń i osioł, zając i królik. Inne ustroje są zanadto od siebie odległe, aby się przeszczepienie udać mogło. Dotychczas nie ogłoszono też ani jednego niewątpliwego przypadku przeszczepienia nowotworu złośliwego z człowieka na zwierzę. Również i próby B. (szczepienie raków sutka ludzkiego królikom w wątrobę) wypadły ujemnie. Wprawdzie przeszczepione kawałki powiększały się, ale powiększenie to zależało tylko od nacieku wtórnego i t. zw. króliczego zapalenia serowatego; zresztą zawsze stwierdzano tylko zmiany wsteczne. W sąsiedniej tkance wątroby stwierdzał B. zmiany zanikowe z gruczolakowatem bujaniem przewodów żółciowych. Powstające niekiedy po przeszczepieniu guzki na otrzewnej były przyrody zapalnej.

Dyskusya: Prof. Kryński wbrew zdaniu prelegenta uważa zagadnienie przeszczepialności raka za rozstrzygnięte w kierunku dodatnim, co zresztą zgadzałoby się z danemi, uzyskanemi przy przeszczepianiu tkanek prawidłowych; jednakże przeszczepione nowotwory rozwijają się w ustroju obcym tylko czas krótki, a potem ulegają zmianom wstecznym. Zupełnie ujemne wyniki B. tłómaczą się tem, że króliki stoją w szeregu zoologicznym zbyt daleko od człowieka, przyczem wątroba nadaje się mniej do przeszczepiań, zwłaszcza, że u królików ulega ona często samorodnym sprawom chorobowym przypominającym nowotworowe. Zmiany, znalezione przez B. w wątrobie królików po przeszczepieniu nowotworu, przypominające zapalenie śródmiąższowe wątroby, nie stoją z przeszczepianiem w związku. — Janowski podnosi, że bujanie przewodów żółciowych w wątrobie nie jest niczem dla raka swoistem i zdarza się często także u człowieka w różnych sprawach patologicznych. — Rejchman zauważa, że na królikach szczepienia raka wogóle się nie udają, a B. wykonał wogóle niewiele (tylko 10) doświadczeń. — Rzętkowski uważa zmiany, znalezione przez B. w wątrobie królików po szczepieniu, za zmiany zapalne około ciała obcego; zapytuje, czy B. często widywał marskość wątroby u królików prawidłowych i czy mu się nie powiodło wywołać jej przez proste nacięcie i utrudnienie doraźnego gojenia się. — Stanisław Mutermilch zaznacza, że dotychczasowe pomyślne przeszczepienia raka u zwierząt nie przyczyniły się wiele do wyjaśnienia patogenezy raka. Udają się one tylko u zwierząt tegosamego gatunku, a czasem nawet tylko w obrębie tegosamego szczepu; przeszczepiony rak rozwija się tylko z komórek przeszczepionych, obcych; komórki samego ustroju nie biorą przytem żadnego udziału. — W końcu przemawia prelegent, obstając przy przekonaniu, że przeszczepianie nowotworów na ustroje innogatunkowe jest niemożliwe. Do doświadczeń wybrał króliki, jako materyał najodpowiedniejszy. Zmian w wątrobie, znalezionych po szczepieniu, również za swoiste nie uważa, podzielając w tym względzie zapatrywanie Janowskiego i Rzętkowskiego. Z.

Posiedzenie z dn. 18 maja 1909.

1) A. Sokołowski i A. Tuchendler przedstawili 22-letniego suchotnika z guzami parafinowymi na karku, naśladującymi gruźlicze powiększenie gruczołów karkowych.

2) W. Starkiewicz i M. Eiger przedstawili okaz wielkiego **tętniaka aorty,** wywołującego zamknięcie światła tętnicy bezimiennej i zarośnięcie żyły głównej, a pochodzącego ze zwłok 59-letniego alkoholika.

3) St. Mutermilch przedstawił **prątki gruźlicze, zabarwione sposobem Gasisa** (zabarwienie eozyną, odbarwienie ługiem sodowym, podbarwienie błękitem metylenowym; por. Berl. klin. Wochenschrift 1909 Nr 18), który pozwala odróżnić prątki gruźlicze od innych prątków kwasoodpornych.

4) W. Łapiński i A. Kozerski przedstawili 15-letniego chorego, **wyleczonego z gruźlicy żuchwy i gruczołów szyjnych zapomocą rentgenizacyi.**

5) Karwacki przedstawia preparaty wykrytego przez siebie w 4 przypadkach posocznicy, dotąd nieopisanego mikroba: **coccobacillus fusiformis.**

W dyskusyi podnosi S. Mutermilch, że do badań bakteryologicznych powinno się brać krew wyłącznie z żyły i powtarzać badania kilkakrotnie dla wyłączenia zanieczyszczeń przypadkowych, zwłaszcza jeśli znaleziono gronkowca.

6) Hewelke: **Metoda genealogiczna w medycynie** (Rzecz. drukowana w »Przeglądzie lek.« 1909).

Dyskusya: — Żurakowski zaznacza, że badania dziedziczności w kierunku potomków są ściślejsze, niż w kierunku przodków; w znaczeniu biologicznem oba kierunki mają znaczenie jednakowe. Sprawę kazirodztwa należy brać bardzo ostrożnie; u roślin jawnokwiatowych jest ono niemożebne, u owadów niektórych jest zjawiskiem stałem, u kręgowców nic nie przemawia za jego pożytkiem. Usposobienie do pewnych chorób, jako cecha somatyczna, może się dziedziczyć. — S. Mutermilch podnosi, że wyzyskanie danych genealogicznych, oceny ich są nie trudne: toteż musimy polegać na danych, dotyczących najbliższych krewnych chorego. Higier podnosi rozwój piśmiennictwa niemieckiego w kierunku, wskazanym przez Lorenza; sądzi jednak, że dotychczasowe badania genealogiczne nie mają wartości naukowej ze stanowiska biologicznego. — Lubliner przypomina, że znacznie wcześniej od Niemców zajął się sprawą badań genealogicznych lekarz - Polak, Dr Antoni Józef Rolle z Kamieńca podolskiego, który bardzo ciekawe swe badania przedstawił Zjazdowi lekarzy i przyr. polskich w r. 1888.

7) Konwerski: **Emanacya radu w lecznictwie.** Omówiwszy obecne wiadomości o emanacyi i jej fizyologicznem działaniu (wpływ utleniający i wzmacniający przemianę materyi), przedstawił K. sposoby określania ilości i mierzenia t. zw. jednostek emanacyi, dawkowanie i wskazania przy stosowaniu emanacyi. Z.

Towarzystwo lekarzy polskich w Chicago.

Posiedzenie zwyczajne w dn. 27. listopada 1909.

Zebranie zagaił przy nader licznym udziale członków prezes Tow. Dr Dobija i powołał niżej podpisanego do zastąpienia nieobecnego z powodu zajęć sekretarza.

Przedstawiono i przyjęto dwóch kandydatów, a to Drów Jana P. Stawickiego i A. Balcerzaka.

Komitet korespondencyi referuje los komunikatu Tow. Lekarzy Pol. do Sejmu Zjedn. P. R. K. Zebrani piętnują wystąpienie w tej sprawie Dra B. Klarkowskiego, nie-członka Towarzystwa, uważając, że Dr Klarkowski, czyniąc Tow. L. P. niesłuszne i niezasłużone zarzuty, wystawił sobie świadectwo, że dla osiągnięcia osobistej korzyści gotów jest, nie licząc się z prawdą, oczernić nawet i jedyną polską organizacyę lekarzy, która, niemając nic wspólnego ani z polityką, ani z religią, a będąc tylko ściśle naukową, dla niego, jako lekarza, powinna być przedmiotem szacunku i serdecznego poparcia, a nie oszczerczych zarzutów. Uważamy zresztą pocisk ów za chybiony, a postąpienie Dra K. pozostawiamy ocenie opinii publicznej.

Dr K. Żurawski, który na tem zebraniu miał się podzielić swemi wrażeniami z odbytej świeżo podróży naukowej po Europie, z powodu spóźnionej pory nie mógł tego uskutecznić, ale przyrzekł opisać tę podróż i swe spostrzeżenia na następnem zebraniu. Jako nowoobrany lekarz naczelny Z. N. P., prosił kolegów o wskazówki w sprawie udoskonalenia formularzy egzaminacyjnych tej organizacyi.

Sprawę odczytów popularnych postanowiono lepiej przedyskutować, a sprawę czasopism lekarskich odłożono do przyszłego zebrania.

Postanowiono urządzić zebranie towarzyskie i zaprosić do współudziału w urządzeniu Tow. dentystów i aptekarzy polskich. Do komitetu dla tej sprawy przeznaczył prezes Drów Statkiewicza, Pietrzykowskiego i Bożyncza.

W dyskusyach zabierali głos Drowie Boguszewski, Bożyncz, Ostrowski R., Pietrzykowski, Stupnicki, Szwajkart, Xelowski, Żurawski. Sek. posiedzenia: Dr W. Statkiewicz.

Cesare Lombroso.

Zestawił

Prof. Wachholz.

Zmarły przed kilku tygodniami rozgłośny profesor medycyny sądowej Lombroso, urodził się w Weronie w r. 1836 z matki Zefiry Levi i z ojca Arona Lombroso. Po matce odziedziczył zamiłowanie do pracy naukowej i poczucie wielkiej obowiązkowości. Studya lekarskie odbył w latach 1853—1859 w Padwie, Wiedniu i Pawii. Do roku 1863 pełnił obowiązki lekarza wojskowego, od r. 1864 zaś poświęcił się studyom nad psychiatryą w zakładzie dla obłąkanych w Pawii, następnie w Pessaro, gdzie rozpoczął swe klasyczne badania nad rumieniem lombardzkim (pellagra). W r. 1876 zwyciężył na konkursie na profesora medycyny sądowej w Turynie pracami o zachowaniu się ciepłoty w zwłokach, o ranach postrzałowych, a nadewszystko pracą o człowieku-zbrodniarzu, która w r. 1878 pojawiła się już w drugiem wydaniu i zdobyła jej autorowi wszechświatowy rozgłos. Obok dzieł jak »Medycyna sądowa zwłok« (1871) i »Wykłady z medycyny sądowej« (1909) poświęcił pracę całego swego życia sprawie badania świata zbrodni, zakładając w tym celu swe »Archivio di Psichiatria, Scienze penali ed Antropologia criminale« i zachęcając licznych swych uczniów do wspólnej pracy. I tak z Laschim wydaje »Zbrodnię polityczną«, z Ferrero i Tarnowskim z Petersburga »Kobietę jako zbrodniarkę i prostytutkę«, pod jego kierunkiem wydaje Balestrini »Dzieciobójstwo i spędzenie płodu«, Ferri »Morderstwo«, Maro i Drill »Zbrodniczość młodzieży« i t. d.

Owoce tej jego mrówczej pracy postaramy się w dalszym ciągu treściwie omówić. Lombroso zmarł 18. października b. r. z powodu zwyrodnienia mięśnia sercowego i miażdżycy aorty i tętnic wieńcowych, jak to wykazała sekcya jego zwłok, wykonana wskutek jego ostatniej woli przez profesora Tovo w zakładzie sądowo-lekarskim w Turynie, dokąd zaraz po śmierci zwłoki jego przeniesiono. Koło zwłok pełniła młodzież akademicka straż honorową. W myśl ostatniego jego zarządzenia przechowano mózg jego, ważący 1308 gr. i wolny zupełnie od zmian chorobowych (nawet tętnice wolne były od miażdżycy), w zbiorach zakładu anatomii opisowej. Zarząd miasta Turynu zezwolił, aby zwłoki pochowano w części Campo santo, przeznaczonej dla sławnych mężów. Lombroso, choć może utopista, dążył do osiągnięcia sprawiedliwości bezwzględnej, hołdując zasadzie pani de Staël: »Tout connaitre, c'est tout pardonner«.

Każdy postęp w nauce opiera się na hypotezie, która stanowi niejako rusztowanie jej przyszłego kształtu i rozwoju. A choć się hypoteza w dalszym ciągu badań okaże mylną, znaczenia nie traci, była bowiem czynnikiem, działającym płodnie na rozwój nauki w tym jej okresie, w którym się nie mogła oprzeć na żadnej pewniejszej podstawie.

Na luźnych spostrzeżeniach ze świata zbrodni, poczynionych przez Feuerbacha, Holtzendorfa, Laurenta, Despinea i innych, oparł Cesare Lombroso swą hypotezę o urodzonym zbrodniarzu, t. j. o człowieku, który na podstawie swych cielesnych i psychicznych, a wrodzonych mu właściwości musi się stać zbrodniarzem, choćby niewykrytym. Hypoteza Lombrosy upadła po kongresach antropologicznych w Paryżu i Brukseli, które nie uznały odrębnego typu antropologicznego w urodzonym zbrodniarzu włoskiego uczonego, niemniej jednak stała się podwaliną nowej nauki, zwanej antropologią kryminalną.

Antropologia kryminalna jest częścią ogólnej antropologii i zajmuje się badaniem zjawisk fizycznych, morfotycznych i czynnościowych, psychicznych i socyalnych, słowem wszystkich zjawisk, które mają związek ze zbrodniarzami. Nauka ta stara się wykazać, że zbrodnia łączy się ściśle z nieprawidłową budową organiczną zbrodniarzy, bo wypływa, jak każda czynność, z narządu, który nią zawiaduje. Zbrodnia posiada swe analogie w świecie zwierzęcym w zaciętych walkach, staczanych przez zwierzęta w celu zachowania jednostki, w celu zabezpieczenia sobie bytu, w celu zachowania gatunku (walka o samicę), a nawet w okrucieństwach, niczem nie wytłómaczonych, sprzecznych z instynktem zachowania gatunku, np. u wilczyc i suk, zabijających swe potomstwo. Zjawisk tych nie można nazywać u zwierząt zbrodnią, lecz tylko równoważnikiem zbrodni, niepodobna zarazem zapobiedz zjawiskom tym przez wymierzanie kar zwierzętom.

Te same zjawiska powtarzają się także i u ludzi dzikich, pierwotnych, wobec czego usprawiedliwione jest zapatrywanie, że zbrodnia jest zjawiskiem atawistycznem. Słuszności tego zapatrywania dowodziłyby także badania etymologiczne łacińskich mian zbrodni, t. j. »crimen« od »kri = czynić« i »facinus« od »facere=czynić«, przyczem zdaje się być niewątpliwem, że tak »crimen« jak i »facinus« znaczyły pierwotnie wogóle »czyn« i że dopiero później poczęto pewne czyny jako zbrodnicze temi mianami określać. Wiele czynów, piętnowanych obecnie jako zbrodnie, przedstawiało się dawniej jako czyny dozwolone, uświęcone zwyczajem i prawem, jak zabijanie starców, wątłych dzieci, jak spędzanie płodu, dzieciobójstwo, nierząd przeciwny naturze i t. d. Dla potwierdzenia zapatrywania na zbrodnię jako na zjawisko atawistyczne może posłużyć okoliczność, że nawet u ludzi kulturalnych spotykamy się z skłonnościami zbrodniczemi, choć przemijająco w wieku dziecięcym. Wiadomo, że dzieci wogóle nie znają litości i są dla słabszych od siebie i bezbronnych okrutne. Dzieciom zbywa na współczuciu, podstawie dzisiejszych społeczeństw i na powściągliwości, skutkiem czego poddają się gniewowi, zazdrości, zemście, kłamstwu i obłudzie. Te właściwości charakteru dzieci nikną zupełnie w miarę dojrzałości podobnie, jak pewne właściwości morfotyczne. Jeżeli zaś utrzymanie się pewnych właściwości embryologiczno-morfologicznych, np. niezamknięcie się w sercu otworu owalnego i t. d., w późniejszym wieku uważamy za wadę rozwojową wrodzoną, to logicznie rozumując, musimy także zachowanie się w dojrzałym wieku zbrodniczych skłonności, właściwych dzieciom, uważać za wrodzoną zbrodniczość. Ta wrodzona zbrodniczość jest zjawiskiem naturalnem, a wynika ze zwyrodnienia dotkniętych nią jednostek. Zdaniem Lombrosa zbrodniczość jest jedną z postaci zwyrodnienia, odznaczającą się wstrzymaniem w rozwoju, powrotem do stanu archaicznego ludzkości. Wstrzymanie w rozwoju wywołują u takich jednostek padaczka, alkoholizm, kiła i urazy. Lombroso przypisuje w tej mierze największe znaczenie padaczce psychicznej, która z jednej strony rodzi zbrodniarza, a z drugiej geniusza. Oba te krańcowe typy mają wspólne cechy, właściwe padaczce, t. j. obok znamion cielesnych zwyrodnie-

nia mają wspólne takie cechy psychiczne, jak peryodyczność i napadowość. Badanie cech tych, tak cielesnych, jak i umysłowych, jest zadaniem antropologii kryminalnej. Z cech anatomicznych zwyrodnienia, spotykanych u zbrodniarzy, ważne są zboczenia w szwach czaszkowych, prognatyzm, zbliżający twarz ich do zwierzęcej, wybujałości zatok czołowych, środkowe zagłębienie potyliczne, zboczenia w budowie kłykciów żuchwy, pochylona (uciekająca) broda, szerokie i odstające łuki policzkowe, wadliwości budowy nosa i podniebienia (torus i sutura transversa palati), luki międzyzębowe i t. d. Największe znaczenie przypisuje Lombroso średniemu zagłębieniu potylicznemu, które zaznacza miejsce usadowienia średniego płatu móżdżku, spotykanego u niższych zwierząt. (Dok. nast.).

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Wydział Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej ogłasza następujące

Ostrzeżenie.

Ostrzega się Kolegów, by się bez poprzedniego porozumienia z Izbą lekarską nie podawali o posadę lekarza filii Nowosądeckiej Kasy chorych w Grybowie.

Sekretarz: Dr Akerman. Prezydent: Dr Schoengut.

Wydział Związku krajowego lekarzy przypomina Kolegom uchwałę Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej z 13 kwietnia 1907 r., która opiewa: »Wobec gwałtownego ekonomicznego przewrotu, który zwłaszcza w ostatnich latach zaznaczył się podrożeniem tak wartości pracy w ogóle, jak i artykułów życia codziennego, żywności, mieszkań, opału i t. d. Izba lekarska zachodnio-galicyjska: 1) poleca lekarzom podwyższenie honoraryów lekarskich o 50% dotychczasowej wysokości; 2) wzywa wszystkich lekarzy, mających posady o ryczałtowem wynagrodzeniu w kasach chorych i tym podobnych instytucyach, by poczynili starania o odpowiednie podwyższenie płac; 3) oczekuje, że lekarze stosując się ściśle do tej uchwały, nie zaniechają nadal w poszczególnych, usprawiedliwionych wypadkach, kierować się względami humanitarnymi, których jednak bezwarunkowo uogólniać nie można. Prezydyum Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej«.

Wydział Związku Krajowego Lekarzy

Sekretarz: Dr Weinsberg. Prezes: Prof. Wicherkiewicz.

Związek państwowy organizacyi lek. austr. zwraca się do wszystkich organizacyi z wezwaniem, aby uchwalane przez siebie rezolucye w sprawie ubezpieczenia społecznego przesyłały niezwłocznie parlamentarnej komisyi ubezpieczenia społecznego i ministerstwu spraw wewnętrznych, oraz aby starały się o ogłoszenie i omówienie tych rezolucyi w prasie politycznej. Wszyscy bowiem interesowani w tej sprawie zasypują ministerstwo, parlament i prasę swemi uchwałami, rezolucyami i petycyami; jedni tylko lekarze nic nie czynią dla poparcia swych żądań. Równocześnie wzywa Związek wszystkich lekarzy w Austryi, aby w czasie feryi parlamentarnych starali się jak najusilniej zjednać posłów do parlamentu osobistymi zabiegami dla słusznych żądań lekarzy, w szczególności co do granicy dochodu ubezpieczonych (2400 K.) w zakresie prawa do bezpłatnej pomocy lekarskiej; natomiast co do zasiłków pieniężnych w chorobie i t. p., udzielanych ubezpieczonym, nie żądają lekarze ustanowienia żadnej granicy dochodu. *R.*

Lekarze powiatu brzeskiego, zebrani na Zjeździe powiatowym w d. 12. XII. 1909, uchwalili znieść bojkot posady lekarza okręgowego w Czchowie i polecają to miejsce jako przystępne do osiedlenia. Sekretarz: Dr Brzeski.

Kasa chorych z przystąpieniem dobrowolnem, nieograniczonem żadnemi zastrzeżeniami, zagraża lekarzom wileńskim. Jak bowiem donoszą dzienniki, organizuje się w Wilnie »Towarzystwo wzajemnego ubezpieczenia lekarskiego«. Celem towarzystwa jest leczenie bezpłatne członków. Ubezpieczenie zawiera się na rok, przyczem ubezpieczać się mogą oddzielne osoby, jak również całe rodziny, fabryki, zakłady przemysłowe i instytucye. Opłata za ubezpieczenie projektowana jest po 6 rb. od oddzielnych osób, 10 rb. od rodziny składającej się nie więcej niż z 4 osób, 12 rb. — od rodziny składającej się więcej, niż z 4 osób. Przy Towarzystwie będą lekarze wszelkich specyalności, nie wyłączając dentystów. — Rzecz ciekawa, czy i w jaki sposób reagować będzie ogół kolegów wileńskich na niebezpieczeństwo, jakiem taka kasa zagraża. R.

Przy opodatkowaniu lekarzy poleciło ministeryum finansów w Bawaryi uwzględniać następujące koszta wykonywania praktyki: opatrunki, narzędzia, pokój ordynacyjny, telefon, służba sanitarna, asystenci, koszta zastępstw w czasie urlopu lub choroby, spłaty za przyrządy i urządzenia kliniki, podróż lub automobil do przejazdów w praktyce i t. p. Natomiast nie mogą być uwzględnione następujące koszta: podróże dla przyjemności, dzienniki polityczne, służba domowa, koszta reklam, opłaty asekuracyjne i do towarzystw lekarskich i społecznych, maszyny do pisania, podróże naukowe, książki naukowe fachowe i czasopisma lekarskie (wyjątkowo te 2 pozycye mogą być uwzględnione). X.

Proces o cuda w Lourdes odbył się z końcem listopada w Monachium. Dr Aigner, autor artykułu zbijającego wiarygodność cudów w Lourdes, zaskarżył redaktora »Lothringer Volksstimme«, który zarzucił Dr A. nieuczciwe przekręcanie faktów. Sąd uznał artykuł Dra A. za naukowy i skazał redaktora na 30 dni aresztu, ewentualnie 300 marek grzywny. Mimo licznych świadków nie przytoczono przed sądem ani jednego przez lekarzy stwierdzonego cudownego wyleczenia. Wszystkie przypadki albo nie były przedtem badane przez lekarzy szczegółowo, albo też polegały na błędnem i powierzchownem rozpoznaniu. *X.*

Składka noworoczna na fundusz wdów i sierot im. śp. Jordana za rok 1909. (C. d.).

Po dziesięć koron nadesłali Drowie: B. Bieńkowski, prof. Schramm, Koncza, St. Kubisztal.

Po pięć koron nadesłali Drowie: S. Dwernicki, Fr. Gwozdecki, Rogalski, Steuermark, A. Knapczyk, K. Schneider, Brzeski, K. Dworzański, T. Koźniewski, K. Gerus, K. Bocheński.

Po cztery korony nadesłali Drowie: W. Świątek, P. Kepler, G. Dobrucki, Byliński, Trzaskowski, J. Jastrzębski, M. Bujalski, Mendlowski, H. Bobkiewicz, J. Scharf, St. Łapiński, prof. Jurasz, J. Gałuszka, Rzegociński, W. Arnold, Fr. Sobolewski.

Po trzy korony nadesłali Drowie: J. Świątkowski, M. Schlank, Halbazany, Gidlewski, W. Kobryński, St. Choróbski.

Po dwie korony nadesłali Drowie: A. Lewitner, doc. A. Gabryszewski, O. Loewy, M. Kohn, M. Elner, K. Podlewski, M. Teutelbaum, Hirschhorn, J. Puzdrowski, W. Pajączkowski, I. Schneider, Pordes, E. Rose, A. Winogrodzki, D. Hordyński, Nodzyński, St. Balicki, T. Rawski, Godłowski, prof. Hermann, A. Bukowski, M. Jaworowski, E. Zadurowicz, Cz. Waligórski, K. Birkenfeld, N. Herzig, W. Jüngst, prof. Gliński (2 Kor. 30 h.), H. Sokołowski, R. Zatłokal, K. Gołębiowski, L. Blumenfeld, Jabłoński (Sanok), Better, B. Jaworski, H. Rosmarin, I. Gozdecki, Gabel, Nüssenfeld, I. Smyczyński, S. Altmann, Sochanik, Miszke, L. Brudziński, W. Orłowski, E. Herz, doc. Traube, F. Fuchs, E. Siegel, L. Stein, Blumenfeld, R. Landau, M. Wachs, H. Chwalibóg, A. Kramarzyński, M. Moscer, A. Kocay, I. Szwarc, M. Nowosad, Ehrlich, M. Stein, Z. Wachsel sen., A. Rosen, B. Zaorski, I. Petersil, H. Kronfeld, Ackermann, I. Dadlec, O. Zion, N. Gertler, W. Stupiński, P. Kuźnierczyk, T. Soniewicki, I. Aussobsky, Kostecki, Fr. Janczy, H. Sikorska, I. Kreutz, Z. Bobrowski, N. Feuerstein, W. Skórski, G. Zaremba, Markiewicz (Kałusz), E. Piasecki, Ikałowicz, B. Tabor, K. Woynarowski, A. Vincenz, doc. Chlumsky, Habicht, Staszewski, Liebermann, Schumann, Pisarski, Jabłoński, S. Ruff, T. Lachs, W. Lustgartenówna, L. Lustgarten, A. Kasprzyk, D. Hirsch, Radecki, F. Eisenberg, Schellenberg, W. Bylicki, St. Breyer, Moszkowicz, E. Lateiner, Dattner, E. Müller, Kohlberger, St. Kwiatkiewicz, A. Rubin, R. Rencki, Z. Reinhold, M. Reichenstein, A. Zopoth, I. Grek, prof. Barącz, St. Zabłocki, Z. Wallach, A. Wolf, A. Wachtel, Cz. Górski, prof. Beck, prof. Ponikło, I. Herscheles, prof. Szymonowicz.

(Dokończenie nastąpi).

Choroby zakaźne w Warszawie. Od 5. XII. do 11. XII. 1909 r. przybyło do szpitali warszawskich przypadków: ospy 30 † 3, odry 2 † 1, płonicy 9 † 1, błonicy 8 † 2, róży 11 † 3, duru brzusznego 14 † 3, duru plamistego 11, grypy 7, czerwonki 2 † 1. (Gaz. lek. Nr 52).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Na posiedzeniu Wydziału Izby lekarskiej zach.-galic. w d. 2 grudnia 1909 r.: 1) Prezydent, jako Delegat Izby, zdał sprawę z XIV. Wiecu Izb lekarskich. 2) W sprawie podania Sekcyi Sanockiej Tow. lek. galic. przyjęto do wiadomości wywody referenta Prof. Dobrowolskiego, którego zdaniem Izby lekarskie nie mają obecnie powodu zajmować się sprawą położnych, gdyż w tej sprawie są w toku pertraktacye ze strony rządu i kraju, obejmujące daleko szerszy zakres. Referent oświądczył się przeciw dwutypowości szkół położnych. 3) Załatwiono szereg spraw drobnych. 4) Przewodniczący zawiadomił, że Administracya podatków w Krakowie zwróciła się do Prezydyum Izby lekarskiej z prośbą o przeprowadzenie dochodzeń, mających służyć za podstawę wymiaru podatku zarobkowego lekarzy, a to celem sprawiedliwego rozdziału tegoż podatku. Wydział Izby uchwalił zgodzić się na propozycyę Administracyi podatków, o ile ona dotyczy lekarzy krakowskich i o ile Administracya podatków da zapewnienie, że przedłożone przez Izbę lekarską daty nie będą poddane powtórnej ocenie przez mężów zaufania. Przytem zauważyć należy, że podatek zarobkowy nie bywa wymierzany ściśle według przychodu brutto. Ogólny przychód ma jedynie dać podstawę do ocenienia zakresu zarobkowania.

Na posiedzeniu Wydziału Izby w d. 21. XII 1909: 1) Rozdano szereg zapomóg wdowom i sierotom po lekarzach. 2) W sprawie posady prowizorycznego lekarza zarejestrowanej kasy zapomogowej Stowarzyszenia kupców i młodzieży handlowej w K. uchwalono odpowiedzieć, że Izba lekarska uważa za swój obowiązek zaznaczyć, iż wszyscy podający się o posadę lekarze są kandydatami ze wszech miar poważnymi i posiadają wymagane kwalifikacye. 3) Wydano orzeczenia w sprawie honoraryów lekarskich Drów W. i G. 4) Wydano opinie w sprawie koncesyi na nowe apteki. 5) Załatwiono szereg spraw drobnych. 6) W sprawie reprezentacyi Izb lekarskich w Sejmie uchwalono udać się gremialnie do dr. Leo, jako prezesa subkomitetu dla reformy ordynacyi wyborczej, celem wręczenia mu petycyi, która również podpisana została przez Izbę lekarską wschodnio-galicyjską.

— Wydział »Polskiego Towarzystwa Balneologicznego« odbył w tych dniach posiedzenie w Krakowie pod przewodnictwem Jana hr. Potockiego. Na tem posiedzeniu prócz szeregu spraw administracyjnych i redakcyjnych poruszono również szczegóły, odnoszące się do następnego Zjazdu, połączonego ewentualnie z wystawą. Sekretarz Dr Zanietowski zdał sprawę ze zleceń ostatniego Zjazdu, oraz ze zebranego osobiście w Wiedniu materyału do projektu opodatkowania wód mineralnych. Część tego materyału przekazano Centralnemu Związkowi przemysłu krajowego, a Wydział uchwalił gorące poparcie akcyi obronnej. Wreszcie uchwalił Wydział poprzeć podanie Wiecu odbytego w »Zakopanem« do władz, oraz ze swej strony poczynić kroki co do nieustającej wystawy balneologicznej.

Sekretarz Wydziału: Dr Józef Zanietowski.

— Dyplom doktorski otrzymał p. Wiktor Łabęcki, rodem z Warszawy.

Lwów. »Tygodnik lekarski« otwiera rubrykę krytyki poznania lekarskiego, metodologii i historyi medycyny. Redakcyę »Tygodnika« objął Doc. Dr Witold Nowicki, a pismo przeszło na własność Towarzystwa lekarskiego lwowskiego. Z »Gazetą lekarską« zawarł »Tygodnik« układ o wzajemne zniżenie prenumeraty.

Warszawa. Redaktorami »Gazety lekarskiej« obrani zostali przez grono współwłaścicieli Dr A. Puławski i W. Starkiewicz.

— Przedpłatę »Przeglądu lekarskiego« przyjmuje w Łodzi księgarnia St. Miszewskiego (Piotrkowska 87); najlepiej przesyłać przedpłatę przekazem pocztowym wprost do Administracyi w Krakowie.

— Dr Złobikowski, zmarły 20. XI. 1909, zapisał 20.000 rb. na fundusz opłaty wpisów szkolnych za dzieci i sieroty po lekarzach.

Z różnych stron. Członkami austr. Izby panów mianowani zostali m. i. Prof. Dr Horbaczewski i Prof. Dr Goll z Pragi.

— Otrzymujemy następujące pismo:

»W imieniu Paryskiego centralnego Komitetu międzynarodowych zjazdów elektrologii i radyologii mam zaszczyt zawiadomić, że piąty kongres odbędzie się w Barcelonie (w Hiszpanii) 13 września 1910. Ze względu na aktualną sprawę udziału Polaków w Zjazdach międzynarodowych, pozwalam sobie nadmienić, że na dotychczasowych Zjazdach elektrologii narodowości i nauce polskiej oddano, co się jej należy. Udzielam wszelkich informacyi. Dr Zanietowski. (Kraków, Batorego 1)«.

— Naczelną redakcyę »Dziennika elektrologii lekarskiej«, organu międzynarodowych Zjazdów elektrologicznych, powierzył komitet od r. 1910 Drowi Zanietowskiemu z Krakowa.

— Dr L. Zamenhof z Warszawy, twórca języka esperanto, ukończył 15. XII. z. r. 50-ty rok życia; z tego powodu urządziły towarzystwa esperanto w wielu krajach uroczyste obchody.

— Szefem sztabu generalnego armii Stanów Zjednoczonych został Dr Leonard Wood, z zawodu lekarz.

— Austryacka Izba Panów uchwaliła projekt ustawy o zwalczaniu chorób zakaźnych.

— Na czeski szpital dla dzieci w Pradze zapisał właściciel dóbr Stolz, Czech, 600.000 kor.

Zmarli: Dr Adam Karczewski, ordynator szpitala Dz. Jezus, wybitny chirurg, w 49 r. ż. w Warszawie; Dr Paweł Lewandowski, Warszawianin, adjutant Czachowskiego w r. 1863, w 61 r. ż. w Nowym-Jorku.

Redakcya otrzymała: Emil Godlewski jun.: Das Vererbungsproblem im Lichte der Entwicklungsmechanik betrachtet. Lipsk. 1909, str. 301, z 67 ryc. — W. Jaworski i E Męsowicz: Über den verderblichen Einfluss der gegenwärtigen Richtung in den chemischen Fabriken und Apotheken auf die praktische Medizin. (Münch. med. Wochens. 1909).

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

L. 4.700.

OGŁOSZENIE KONKURSU.

Wydział powiatowy w Stryju rozpisuje konkurs na posadę **lekarza okręgowego** z siedzibą w Ławocznem. Płaca roczna z funduszu powiatowego wynosi 1.500 Kor. Ryczałt na koszta podróży wynosi 800 Kor.

Okręg sanitarny obejmuje następujące gminy i obszary dworskie: Ławoczne, Chaszczowanie, Hrebenów, Hurar, Jelenkowate, Kalne, Karlsdorf, Klimiec, Libochora, Oporzec, Rożanka niżna, Rożanka wyżna, Sławsko, Tarnawka, Tuchla, Wołosianka, Wyżłów i Żupanie, razem 18 gmin z ludnością 15.534.

Ubiegający się o tę posadę mają przedłożyć:

1) Świadectwo dostatecznej fizycznej zdolności, wydane lub potwierdzone przez c. k. lekarza powiatowego;

2) Dyplom doktora medycyny uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej;

3) Dowód obywatelstwa austryackiego;

4) Świadectwo moralności; 402

5) Dowód znajomości języków krajowych;

6) Dowód przynajmniej dwuletniej praktyki w zawodzie lekarskim;

7) Dowód nieprzekroczonego wieku lat 40.

Między kandydatami mają pierwszeństwo ci, którzy udowodnią przynajmniej dwuletnią służbę w szpitalu powszechnym po uzyskaniu dyplomu doktorskiego, albo że złożyli z pomyślnym skutkiem egzamin fizykacki.

Po myśli rozporządzenia wykonawczego do § 7 ustawy z dnia 2 lutego 1891 Nr 17 żądanie dowodu, iż ubiegający się nieprzekroczył 40 lat życia, nie odnosi się do tych kandydatów, którzy już piastują posadę lekarza okręgowego.

Lekarz okręgowy w Ławocznem będzie obowiązanym utrzymywać aptekę domową.

Obowiązki służbowe określa ustawa z 2 lutego 1891 Nr 17 rozporządzenie wykonawcze do tej ustawy i instrukcya służbowa, wydana przez c. k. Namiestnictwo w porozumieniu z Wydziałem krajowym na zasadzie § 14 ust. kr. z 5 października 1906 Nr. 148 dz. u. kr.

Posada nadaną będzie tymczasowo na rok jeden, poczem Wydział krajowy orzeknie na wniosek Wydziału powiatowego o stałem jej nadaniu.

Podania ostemplowane marką stemplową na 1 Kor. należy wnosić do Wydziału powiatowego w Stryju w terminie do dnia 20 stycznia 1910 włącznie.

Stryj, dnia 15 grudnia 1909.

Z Wydziału powiatowego

Prezes:
Onyszkiewicz.

Do l. 998.

KONKURS.

Niniejszem rozpisuje się konkurs na posadę **lekarza domowego** przy szpitalu izraelickim fundacyi Maurycego Lazarusa we Lwowie.

Pobory wynoszą w pierwszym roku służby 1.200 Kor. wraz z całem utrzymaniem, w następnych latach 1.400 Kor. z utrzymaniem.

Podania należy wnieść do Zarządu szpitala izraelickiego najdalej do 15 stycznia 1910.

Bliższych wyjaśnień udzieli dyrektor szpitala radca ces. Dr. Henryk Mehrer w godzinach przedpołudniowych.

Lwów, dnia 30 listopada 1909. 461

Z Przełożeństwa Gminy wyznaniowej izraelickiej we Lwowie.

L. 2.258

KONKURS.

Gmina miasta Travnika w Bośni rozpisuje niniejszem konkurs na posadę **sekundaryusza** szpitala miejskiego w Travniku z roczną płacą 2.400 Kor., wolną praktyką w miarę, o ile służba szpitalna dozwoli, i wolnem mieszkaniem w szpitalu. Sekundaryusz liczy się w poczet urzędników gminnych jako drugi lekarz miejski.

Ubiegający się o tę posadę musi być stanu wolnego i winien wnieść należycie bośniackim stemplem zaopatrzone podanie do gminy miasta w Travniku najpóźniej do 1 lutego 1910 roku zarazem się wykazać, że posiada następujące warunki:

1) Prawo obywatelstwa austro-węgierskiego lub bośniackiego; 401

2) Dyplom doktora wszech nauk lekarskich i

3) Dowody znajomości języka serbsko-kroackiego lub innego języka słowiańskiego.

O bliższe wyjaśnienia można się udać do zarządu szpitala gminnego w Travniku.

KONKURS.

Wydział powiatowy kamionecki rozpisuje niniejszem konkurs celem obsadzenia posady **lekarza okręgowego** z siedzibą w miasteczku Witków nowy w powiecie tutejszym.

Z posadą tą połączona jest płaca roczna 1.300 Kor. i ryczałt na objazdy i rocznych 700 Kor.

Lekarz ten obowiązany utrzymywać aptekę domową.

Okręg sanitarny obejmuje miejscowości:

Witków nowy, Witków stary, Suszno, Wulka susz., Płowe, Józefów, Ordów, Stryhanka i Dobrotwór.

Ludność 10.775 dusz. Oprócz wymaganej fizycznej zdatności, kompetenci wykazać się mają:

1) Prawem obywatelstwa austryackiego;

2) Dyplomem doktora medycyny, upoważniającym do wykonywania praktyki lekarskiej; 465

3) Znajomością języków krajowych;

4) Nieprzekroczonym wiekiem 40 lat życia;

5) Praktyką najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim;

6) Odznaczać się nieskazitelnym charakterem.

Posada lekarza okręgowego połączona jest z prawem do emerytury a to w granicach postanowień ustawy z 12 maja br. Nr. 68 dz. ust. kr.

Między kandydatami przy równych zresztą warunkach, pierwszeństwo będą mieli ci, którzy wykażą się dwuletnią służbą w szpitalu powszechnym po uzyskaniu dyplomu doktorskiego, albo egzaminem fizykackim.

Podania wnosić należy tutaj najdalej do 10 stycznia 1910 r.

W Kamionce str. 27 listopada 1909 r.

Z Wydziału Rady powiatowej.

Prezes:
Thullie.

Treść:

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.

Rok XLIX. Kraków, dnia 8. stycznia 1910. Nr 2.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z oddziału chorób wewnętrznych (I. B.) krajowego szpitala Św. Łazarza w Krakowie.

Niezwykły przebieg kiły rdzenia kręgowego.

Opisał

Prym. Dr. A. Krokiewicz.

Kiła rdzenia kręgowego (Domański: Choroby mózgu. Kraków 1903), występuje w postaci ostrej lub przewlekłej i nie przedstawia tej rozmaitości co kiła mózgu.

W przypadku ostrego przebiegu ukazuje się jako rozlane zapalenie ostre rdzenia kręgowego (myelitis diffusa acuta), a rozpoczyna się od ciężkości i osłabienia zazwyczaj kończyn dolnych, z czego wkrótce powstaje porażenie ich zupełne. Wkrótce pojawia się niemożność dowolnego oddawania moczu, zaparcie stolca i utrata zdolności płciowej. Zależnie od siedziby zmiany chorobowej może porażenie objąć i kończyny górne. W niektórych przypadkach pojawiają się ostre zboczenia odżywienia w postaci odleżyn na częściach porażonych, jak pośladkach, piętach, nawet kolanach. Czasem występuje stan chorobowy, właściwy dla ostrego porażenia wstępującego Landry-Kussmaula (paralysis ascendens acuta).

O wiele częstsze są postacie przewlekłe. W przeważnej liczbie przypadków kiła rdzenia kręgowego występuje w postaci poprzecznego zapalenia rdzenia i opon (menigomyelitis transversa), nie różniącego się niczem pod względem objawów od zapalenia rdzenia skutkiem ucisku. Najczęstszą wszakże postacią zajęcia rdzenia kręgowego przez kiłę jest zbiór przypadów, oznaczony mianem kiłowego porażenia rdzenia (paralysis spinalis syphilitica).

Choroba ta rozpoczyna się powoli, nieznacznie, od zaburzeń w jakości czucia, bolów przemijających, osłabienia, stężenia nóg, tudzież utrudnienia chodu i oddawania moczu. Później wyrabia się zupełne porażenie z nieznacznemi zboczeniami w czuciu, stężeniem mięśni, znacznem wzmożeniem odruchów ścięgien i niemożnością albo oddawania albo zatrzymania moczu. Zwykle towarzyszy temu zaparcie stolca, rzadko zaś niemożność dowolnego zatrzymania kału.

W innych znów przypadkach kiła rdzenia kręgowego przybiera postać wiądu (pseudotabes syphilitica), tem tylko różniącego się od prawdziwego wiądu rdzenia, iż rozwija się znacznie prędzej i że mu towarzyszy nieraz znaczny ból samego kręgosłupa. Prawdopodobnie wiele przypadków takiego jakoby ostrego wiądu rdzenia kręgowego, dającego się nieraz zupełnie wyleczyć, odnieść trzeba do kiły.

Uwagi godną, a zarazem pod względem rozpoznawczym bardzo ważną jest okoliczność, iż wymienionym postaciom kiły rdzenia towarzyszą często rozmaite zboczenia ze strony mózgu i nerwów mózgowych, jak porażenia mięśni ocznych, porażenia nerwu twarzowego, zboczenia słuchu. Można też powiedzieć, że najczęściej objawy mózgowe towarzyszą kile rdzenia kręgowego.

Rokowanie w postaciach ostrych jest dosyć niepomyślne; śmierć następuje w $^1/_3$ przypadków w kilka tygodni lub miesięcy skutkiem równoczesnych zmian w mózgu lub rdzeniu przedłużonym, skutkiem odleżyn, zboczeń w oddawaniu moczu lub wreszcie skutkiem ogólnego wyniszczenia. Inne przypadki. szczęśliwsze, kończą się zupełnem wyzdrowieniem lub, co częściej, wyzdrowieniem niezupełnem i przejściem w postać przewlekłą.

We wrześniu b. r. miałem sposobność spostrzegania klinicznego niezwykłego przebiegu kiły rdzenia kręgowego, który niniejszem przytaczam:

E. F. l. 49 liczący nauczyciel ludowy w P., stanu wolnego, został przyjęty na mój oddział 15/9 1909. Według wywiadów był zawsze zdrów i dopiero w ostatnich dwóch latach miał odczuwać od czasu do czasu ogólne znużenie i krótkotrwałe przemijające zaparcie oddechu, co jednak nie przeszkadzało mu w wykonywaniu codziennych obowiązków zawodowych. Wogóle objawy te chorobowe były tak nieznaczne, iż lekarz ordynujący, pomimo kilkakrotnego badania, rozpoznawać mógł naówczas jedynie tylko histeryę. W sierpniu b. r. odbył chory nawet dalszą wycieczkę dla przyjemności i bawił kilkanaście dni w Wiedniu. Dopiero na dwa dni przed przybyciem do szpitala, t. j. 13/9 1909, wystąpiło u chorego nagle znaczne osłabienie kończyn dolnych, najpierw prawej, potem lewej, połączone z trętwieniem stóp, bezsennością, kaszlem i nieznacznym bólem w klatce piersiowej. Gdy nazajutrz, t. j. 14/9, chory prócz powyższych objawów zauważył i utrudnienie chodu, postanowił szukać pomocy lekarskiej w szpitalu. Napojów wyskokowych nie nadużywał; do przebytej kiły nie przyznaje się. Wywiady w kierunku obciążenia dziedzicznego ujemne. Stan chorego w dniu 16/9 1909 następujący: Budowa i odżywienie dobre. Skóra dość blada; na goleniach widoczne blizny powierzchowne, dość rozległe, nie przypominające wejrzeniem zmian kiłowych. Kościec prawidłowy. Ciepłota ciała 37.6° C. Gruczoły chłonne kar-

kowe, pachowe, pachwinowe nie powiększone. Gruczoł tarczowy prawidłowy. Klatka piersiowa ustawiona wdechowo. Dolna granica płuca prawego w linii sutkowej sięga do dolnego brzegu 6-go żebra, ruchoma; lewego do dolnego brzegu 4-go żebra; z tyłu w linii przykręgowej po obu stronach dolna granica płuc do dolnego brzegu 11-go żebra, ruchoma. Odgłos wszędzie jawny; szmery oddechowe zaostrzone, pokryte w tylnych i dolnych częściach płuc skąpemi furczeniami i rzężeniami. Liczba oddechów 30—36 na minutę.

Wymiary serca prawidłowe. Tony serca bardzo głuche. Tętno miękkie, regularne, 88 na minutę.

Język obłożony, wilgotny; ruchy języka prawidłowe. Brzuch miernie wzdęty, nie bolesny. W jelitach mierna ilość kału i gazów. Wątroba i śledziona nieznacznie powiększone, niebolesne. Stolec zaparty.

Pęcherz moczowy sięga na kilka centymetrów powyżej spojenia łonowego, wypełniony moczem w miernej ilości; za uciskiem tkliwy. Oddawanie moczu nieco utrudnione. Badanie moczu, dokonane w pracowni Chemii lekarskiej Uniwersytetu Jagiellońskiego, wykazuje: C. g. 1021; przezroczystość jasna, barwa winno-żółta; odczyn kwaśny; osad w ilości zwiększonej. Urochrom zwiększony; indykan zwiększony, mocznik prawidłowy; kwas moczowy zwiększony, chlorki prawidłowe; fosforany ziem alkalicznych zmniejszone; fosforany potasowców zwiększone; białka 0.005%. Badanie drobnowidowe osadu wykazuje: krwinki czerwone skąpe, śluz w ilości zwiększonej, cylindroidy śluzowe obfite.

Świadomość chorego zupełnie utrzymana; bezsenność. Źrenice równe, oddziałują prawidłowo na światło i akomodacyę. Czucie dotyku na całem ciele, a zwłaszcza na kończynach dolnych, upośledzone. Chory nie odróżnia ukłucia od dotyku, nie odróżnia należycie ciepłoty, jak również objawia opóźnione znacznie przewodnictwo czucia, t. j. ukłucie odczuwa jako dotyk tępem narzędziem dopiero po pewnym czasie. Odruchu Babińskiego brak; odruchy kolanowe, stopowe, skórne na kończynach dolnych upośledzone, prawie zniesione. Chory doznaje od 2 dni utrudnienia w chodzie; chodzi jednak o własnej mocy.

17/9. Ciepłota ciała: rano 36.1° C, wieczorem 37.6° C; tętno 100, miękkie, regularne. Kręgosłup za dotykiem niebolesny; zmian nie okazuje. Bezsenność; przytomność utrzymana zupełnie. Liczba oddechów 36. Brak zmian w narządach wewnętrznych. Brzuch miernie wzdęty. Mocz oddaje chory z trudnością, a stolec mimowolnie. Niedowład kończyn dolnych postępuje; chory nie może o własnej mocy stanąć i przejść kilku kroków.

18/9. Ciepłota ranna 37° C; wieczorem 37.4° C. Tętno 132, miękkie, drobne, regularne; liczba oddechów 36. Uczucie ogólnego niepokoju; utrudnienie oddawania moczu, a mimowolne oddawanie kału. Świadomość zupełnie utrzymana. Obie kończyny dolne w stanie zupełnego wiotkiego porażenia. Chory nie może usiąść i podnieść się w łóżku.

19/9. Stan taki sam, tylko można zauważyć już i częściowy niedowład kończyn górnych, tak iż chory musi być karmiony. Liczba oddechów 36; tętno 132, miękkie, drobne. Ciepłota ciała ranna 37.4° C. a wieczorem 38.4° C. Język wilgotny; ruchy języka i połykanie prawidłowe. Mierna puchlina brzucha; obrzęk nóg.

Wśród postępującego porażenia dalszych mięśni tułowia i powłok brzusznych i duszności, chory umiera nagle nad ranem przy utrzymanej świadomości.

Rozpoznanie kliniczne wahało się między ostrem zapaleniem rdzenia kręgowego w części piersiowej, a ostrem porażeniem wstępującem Landry-Kussmaula. Pomimo zaprzeczenia ze strony chorego przebytej kiły, podano wewnętrznie jodek potasu z kofeiną. Sekcya wykonana została w dniu 20/9 w Zakładzie anatomii patologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego, a protokół oględzin pośmiertnych pokrótce opiewa:

Caries gangraenosa corporis vertebrae V. dorsalis ss. meningitide spinali ichorosa circumscripta et myelitide e compressione. Perforatio parietis posterioris oesophagi. Gastroenterocatarrhus chronicus exacerbans. Gumma ossis occipitalis. Ascites. Anasarca.

Budowa i odżywienie dobre. Skóra blada; na goleniach powierzchowne blizny; w tkance podskórnej na goleniach mierny obrzęk surowiczy. Kości, stawy, mięśnie i naczynia obwodowe bez zmian. Na wewnętrznej stronie kości potylicznej widoczny guzek wielkości fasoli, pomiędzy oponą twardą a kością, wrastający w samą kość, która w tem miejscu jest głęboko nadżarta i o powierzchni nierównej, chropowatej, wypełnionej tkanką guzka. Naokoło guzka wytworzył się wał ze zbitej tkanki kostnej. Guzek na przekroju okazuje barwę białawo-żółtą, suchy, dość twardy. Opona w sąsiedztwie ściśle z kością zrośnięta. Guzek nie przechodzi poza oponę twardą; zresztą opony mózgowe prawidłowe. Mózg prawidłowej zbitości, miernie ukrwiony. Komórki mózgowe prawidłowo szerokie, wyściółka ich gładka. Móżdżek, most, rdzeń prawidłowe, bez zmian.

W śródpiersiu tylnem w tkance okołoprzełykowej na wysokości 5-go kręgu piersiowego znajduje się jama, wypełniona cieczą brudną, cuchnącą ze strzępkami tkanek martwych. Jama odpowiada umiejscowieniem okolicy zniszczonego trzonu 5-go kręgu piersiowego tak, iż na tylnej jej ścianie wyczuwa się opony i rdzeń. Resztki trzonu kręgowego pozbawione są okostnej, okazują powierzchnię nierówną, podziurawioną, brudno-zielonkawo zabarwioną. Rdzeń piersiowy w miejscu zniszczonego trzonu kręgowego wyraźnie rozmiękły; opona twarda i miękka przesiąkłe brudno-zielonkawą cieczą cuchnącą. Jama ta ku przodowi komunikuje przez otwór wielkości halerza o brzegach nierównych, strzępiastych, na tylnej ścianie przełyku ze światłem tegoż. Cała jama otoczona jest naokoło tkanką zbitą, twardą, jakby torebką włóknistą; w jej otoczeniu bardzo ścisłe i rozległe zrosty.

Śródpiersie przednie, jamy opłucne, miąższ płucny bez zmian.

Osierdzie, mięsień sercowy bez zmian. Naczynia wieńcowe serca ziejące, o ścianach niejednostajnie zgrubiałych. Tętnica główna okazuje dość liczne zgrubienia miażdżycowe na błonie wewnętrznej.

Jama brzuszna zawiera sporą ilość cieczy jasnej ze skąpymi skrzepami. Otrzewna nieco silniej nastrzykana. Ułożenie trzew prawidłowe. Wątroba o brzegu zaokrąglonym; na rozkroju wyraźnie żółto zabarwiona, o zatartym rysunku. Śledziona prawidłowa.

Nerki wielkości prawidłowej; zbitość miąższu prawidłowa. Na powierzchni rozrzucone dość liczne pozaciągania ciemno-czerwone, miejscami dość głęboko drążące; zresztą powierzchnia nerek gładka, torebka tylko w miejscu zaciągnięć silniej przylega. Odgraniczenie istoty korowej od rdzennej wyraźne.

Jak widzimy, przyczynę choroby, jak i zejścia śmiertelnego w danym przypadku stanowiła kiła. Oględziny pośmiertne stwierdziły nieznaczny kilak na wewnętrznej powierzchni kości potylicznej, a głównie sprawę kiłową, toczącą się w tylnem śródpiersiu w okolicy trzonu 5-go kręgu piersiowego, która w następstwie wywołała zniszczenie trzonu kręgowego, zmiany chorobowe na sąsiednich opo-

nach rdzenia kręgowego i w samym rdzeniu, tudzież przebicie tylnej ściany przełyku; zresztą brak innych zmian kiłowych w narządach wewnętrznych. Nie ulega wątpliwości, iż sprawa kiłowa w tylnem śródpiersiu toczyła się powoli od dłuższego czasu wśród tak nieznacznych objawów chorobowych przedmiotowych i podmiotowych, iż lekarz ordynujący nie mógł im przypisywać donioślejszego znaczenia, i dopiero w ostatnich 6 dniach z chwilą zajęcia rdzenia kręgowego sprawa chorobowa przybrała nagle przebieg groźny i śmiertelny. Wskutek bardzo powolnego zrazu rozwoju kiły i wytworzenia się zbitej tkanki włóknistej w sąsiedztwie kilaka, nie można było za życia wykryć zmian chorobowych w kręgosłupie pomimo tak znacznego zniszczenia trzonu 5-go kręgu piersiowego, gdyż ta zbita tkanka włóknista, naokoło wytworzona, wyrównywała poniekąd brak kręgu i zapobiegała powstaniu następowych zboczeń kręgosłupa. Okoliczność ta też tłómaczy, dlaczego chory aż do ostatnich 6 dni przed śmiercią mógł chodzić, nie doznając znaczniejszych dolegliwości.

Niemniej na uwagę zasługuje i przebieg kliniczny. Według bliższych wywiadów chory czuł się wcale dobrze i dopiero na 6 dni przed zejściem śmiertelnem zauważył trętwienie najpierw w prawej, a potem w lewej stopie, a następnie częściowy niedowład kończyn dolnych, który po trzech dniach przeszedł w stan wiotkiego porażenia. W ostatnich 3 dniach spostrzegania szpitalnego zauważono gwałtowne postępowanie porażenia mięśni w kierunku dośrodkowym, przyczem kolejno zajęte były mięśnie tułowia, brzucha i kończyn górnych przy zupełnie utrzymanej świadomości. W ostatnich 3 dniach wystąpiły też i objawy częściowej niedomogi mięśni pęcherza moczowego i odbytnicy, co się objawiło utrudnionem oddawaniem moczu i mimowolnem oddawaniem stolca. Ciepłota ciała w czasie pobytu w szpitalu wahała się od 36.4^0 C. do 37.6^0 C. i tylko raz przed samą śmiercią doszła do 38.4^0 C. Brak wszelkich zaburzeń odżywienia; odruchy kolanowe, stopowe, skórne zniesione; brak odruchu Babińskiego; upośledzenie czucia. Wogóle całokształt objawów klinicznych przemawiał w znacznej części za porażeniem ostrem wstępującem Landry-Kussmaula (czucia elekrycznego nie zdołano zbadać z powodu zbyt szybkiego zejścia śmiertelnego), i tylko zaburzenia ze strony pęcherza moczowego i odbytnicy, aczkolwiek schyłkowe, wskazywały na sprawę ostrą, toczącą się w rdzeniu kręgowym. Dopiero oględziny pośmiertne rzecz bliżej wyjaśniły.

Wpływ kąpieli gazowych mineralnych na krążenie krwi.

Podał

Dr Witold Skórczewski

z Krynicy.

(Ciąg dalszy).

Doświadczenia nad zachowaniem się krążenia podczas kąpieli bezwodnikowej nie miałyby należytej wartości, gdyby nie wykonano doświadczeń porównawczych z kąpielami z wody zwykłej. Dlatego wybrawszy 10 zdrowych mężczyzn w wieku od 16. do 49. lat, wykonałem u każdego z nich 6 doświadczeń, i to po 3 w kąpieli wodnej i mineralnej w ciepłotach 24^0 R, 27^0 R i 30^0 R. Kąpiel bowiem 27^0 uważają ogólnie za kąpiel obojętną dla ustroju, 24^0 za chłodną, a 30^0 za ciepłą. Podczas kąpieli cieplota wody ani nie podnosiła się znaczniej, ani nie opadała. Ciepłot jeszcze wyższych nie stosowałem, ponieważ obecnie takich kąpieli nie stosuje się u chorych.

Doświadczenia wykonywałem w godzinach rannych od 7—9., zazwyczaj na czczo w jednej i tej samej łazience. Polegały one na mierzeniu ciśnienia krwi przyrządem H. Recklinghausena, przyczem oznaczano najpierw ciśnienie palpacyjne, następnie dwukrotnie palpacyjne i oscylacyjne przed kąpielą, z początkiem kąpieli, z końcem kąpieli i po kąpieli, jakoteż niekiedy w pewien czas po kąpieli. Równocześnie przed kąpielą, w czasie kąpieli i po kąpieli zdejmowałem krzywą tętna i oddechów poligrafem Jaqueta. Czas kąpieli wynosił od 10—15 minut, zależnie od długości doświadczeń. Z otrzymanych wyników mierzenia ciśnienia obliczałem średnią w każdem z poszczególnych mierzeń, a z krzywych po sprawdzeniu czasomierza poligrafu obliczałem ilość tętna i oddechów. (Tabl. I.).

Podczas kąpieli mineralnej pojawia się stale bez względu na ciepłotę, czy to 24, 27, czy 30^0 R, wybitne zaczerwienienie skóry, zależne od działania na skórze osiadłych baniek bezwodnika węglowego. Zaczerwienienie to przy kąpieli cieplejszej jest silniejsze. Wyraźne jest już ono po kilku minutach kąpieli i zwiększa się aż do końca kąpieli; po kąpieli utrzymuje się przez czas jakiś, poczem naczynia ulegają zwężeniu, a skóra przybiera zabarwienie prawidłowe. Przy kąpielach wodnych, nieznaczne, ledwo spostrzedz się dające zaczerwienienie występuje przy kąpieli o 30^0 R, przy kąpielach o 24 i 27^0 skóra ma barwę białą, nieco kredową, zależną od zwężenia naczyń obwodowych.

Pod wpływem strumienia bezwodnika węglowego stwierdził mój ojciec Bolesław Skórczewski, rozszerzenie naczyń tętniczych, a zwężenie żylnych i przyspieszenie krążenia na uchu królika i języku żaby. Doświadczenia te ilustrują działanie tego gazu na skórę ludzką. Na jego wessalność zwraca uwagę w ostatnich czasach Winternitz i przypisuje jej niemałe znaczenie.

Przy pomiarach ciśnienia jednym z pierwszych warunków otrzymywania pewnych wyników jest wykonywanie poszczególnych mierzeń w tem samem położeniu osobnika. I tak, jak załączona tablica II. wskazuje, jest wysokość otrzymanego ciśnienia zależna od wysokości położenia mierzonego na ręce tętna w stosunku do narządu, wypychającego krew, i to, im wyżej ponad sercem leży mierzone tętno, tem niższy jest otrzymany pomiar ciśnienia. W załączonej tablicy przy 30 cm wysokości tętna ponad sercem obniżenie ciśnienia wynosiło średnio 10 cm^3 słupa wody.

Przy moich pomiarach, ponieważ z konieczności musiałem manipulować na brzegu wanny, poziom badanego tętna stale znajdować się musiał około 10 cm powyżej serca.

TABLICA I.

		24° R kąpiele wodne					27° R. kąpiele wodne				
		ciśnienie palpa-tor.	ciśnienie rozkur. oscylacyjne	ciśnienie skurcz. oscylacyjne	liczba tętna	liczba oddechów	ciśnienie palpa-tor.	ciśnienie rozkur. oscylacyjne	ciśnienie skurcz. oscylacyjne	liczba tętna	liczba oddechów
	przed kąpielą	150	105	170	84	16	140	104	160	84	17
K. S.	z pocz. kąpieli	132	80	140	—	—	127	70	138	—	—
	z końcem	125	80	140	81	16	107	70	135	80	15
l. 16	po kąpieli	143	105	105	80	16	140	103	160	78	14
	w 1/2 godz. po	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	przed kąpielą	140	90	163	88	16	135	90	170	80	16
S. P.	z pocz. kąpieli	139	85	157	—	—	145	80	165	—	—
	z końcem	130	?	?	80	18	137	83	170	80	16
l. 18	po kąpieli	140	83	160	68	16	140	75	170	73	16
	w 1/2 godz. po	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	przed kąpielą	123	90	150	61	15	131	90	180	68	19
P. B.	z pocz. kąpieli	120	?	?	—	—	128	83	170	—	—
	z końcem	112	50	100	59	23	117	80	105	64	18
l. 24	po kąpieli	118	80	150	66	18	123	85	170	64	17
	w 1/2 godz. po	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	przed kąpielą	127	83	140	84	8 1/2	130	80	155	80	12
S. Ł.	z pocz. kąpieli	128	85	145	—	—	130	75	160	—	—
	z końcem	126	80	150	76	7	125	75	165	82	9
l. 25.	po kąpieli	123	80	140	68	6	130	80	140	70	8
	w 1/2 godz. po	—	—	—	·	—	130	88	165	—	—
	przed kąpielą	130	88	140	76	8	133	80	140	74	8
J. M.	z pocz. kąpieli	130	78	145	—	—	131	78	135	—	—
	z końcem	108	78	140	70	5 1/2	124	78	125	65	8
l. 27	po kąpieli	135	90	140	70	7	134	85	138	74	7
	w 1/2 godz. po	126	90	143	—	—	—	—	—	—	—
	przed kąpielą	138	85	163	73	18	130	90	170	76	16
T. S.	z pocz. kąpieli	142	80	160	—	—	130	90	155	—	—
	z końcem	140	78	156	66	17	122	80	143	69	15
l. 28	po kąpieli	143	85	170	64	16	133	85	170	66	14
	w 1/2 godz. po	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	przed kąpielą	130	81	160	68	15	138	100	163	70	18
J. T.	z pocz. kąpieli	149	88	160	—	—	140	91	160	—	—
	z końcem	129	79	143	66	17	135	85	160	68	16
l. 28	po kąpieli	129	77	?	63	20	138	101	165	68	17
	w 1/2 godz. po	138	88	150	65	—	—	—	—	—	—
	przed kąpielą	130	88	150	68	20	130	85	150	66	14
J. R.	z pocz. kąpieli	113	65	140	—	—	116	70	140	—	—
	z końcem	108	68	130	68	13	120	75	140	63	13
l. 33	po kąpieli	120	80	140	64	18	130	85	140	64	16
	w 1/2 godz. po	—	—	—	—	—	128	80	148	—	—

		30° R. kąpiele wodne					24° R. kąpiele mineralne				
		ciśnienie palpa-tor.	ciśnienie rozkur. oscylacyjne	ciśnienie skurcz. oscylacyjne	liczba tętna	liczba oddechów	ciśnienie palpa-tor.	ciśnienie rozkur. oscylacyjne	ciśnienie skurcz. oscylacyjne	liczba tętna	liczba oddechów
	przed kąpielą	133	90	158	74	15	140	90	166	80	16
K. S.	z pocz. kąpieli	93	50	140	—	—	140	83	172	—	—
	z końcem	110	60	140	74	16	129	67	157	72	16
l. 16	po kąpieli	140	85	152	82	14	150	90	175	73	14
	w 1/2 godz. po	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	przed kąpielą	140	80	160	80	16	130	90	170	78	18
S. P.	z pocz. kąpieli	120	60	140	—	—	145	68	175	—	—
	z końcem	123	60	150	86	16	130	68	153	78	18
l. 18	po kąpieli	143	60	160	72	16	154	80	180	68	10
	w 1/2 godz. po	—	—	—	—	—	138	70	180	—	—
	przed kąpielą	124	85	160	70	19	130	90	151	66	20
P. B.	z pocz. kąpieli	110	80	160	—	—	120	83	151	—	—
	z końcem	100	67	150	71	17	108	65	135	63	12
l. 24	po kąpieli	120	84	160	74	20	118	70	150	62	22
	w 1/2 godz. po	—	—	—	—	—	124	80	145	—	—
	przed kąpielą	145	83	160	81	9	144	80	180	85	10
S. Ł.	z pocz. kąpieli	133	78	155	—	—	150	80	170	—	—
	z końcem	120	73	150	79	8	140	66	160	78	7
l. 25.	po kąpieli	140	90	163	78	10	150	80	166	76	5
	w 1/2 godz. po	—	—	—	—	—	142	80	170	—	—
	przed kąpielą	140	95	144	74	7	145	90	150	62	10
J. M.	z pocz. kąpieli	127	70	135	—	—	128	78	147	—	—
	z końcem	121	75	125	76	6	130	80	135	55	9
l. 27	po kąpieli	136	97	137	72	10	137	88	143	52	8 1/2
	w 1/2 godz. po	130	90	140	—	—	—	—	—	—	—
	przed kąpielą	132	80	168	68	16	131	83	164	63	13
T. S.	z pocz. kąpieli	122	65	160	—	—	135	79	169	—	—
	z końcem	113	69	155	66	12	123	75	160	57	15
l. 28	po kąpieli	140	78	170	64	18	140	82	160	54	16
	w 1/2 godz. po	—	—	—	—	—	147	90	170	—	—
	przed kąpielą	140	90	158	64	15	135	80	168	74	15
J. T.	z pocz. kąpieli	143	80	156	—	—	150	95	170	—	—
	z końcem	135	80	150	68	15	144	89	165	64	14
l. 28	po kąpieli	140	85	160	64	20	156	103	163	70	15
	w 1/2 godz. po	—	—	—	—	—	150	103	168	—	—
	przed kąpielą	140	88	165	71	18	125	82	153	78	12
J. R.	z pocz. kąpieli	100	53	138	—	—	113	73	144	—	—
	z końcem	115	60	140	70	16	111	70	140	74	11
l. 33	po kąpieli	130	85	150	73	14	120	76	144	75	14
	w 1/2 godz. po	130	88	150	—	—	—	—	—	—	—

		27° R. kąpiele mineralne					30° R. kąpiele mineralne				
		ciśnienie palpa-tor.	ciśnienie rozkur. oscylacyjne	ciśnienie skurcz. oscylacyjne	liczba tętna	liczba oddechów	ciśnienie palpa-tor.	ciśnienie rozkur. oscylacyjne	ciśnienie skurcz. oscylacyjne	liczba tętna	liczba oddechów
	przed kąpielą	153	85	185	88	19	150	80	163	74	16
K. S.	z pocz. kąpieli	144	84	176	—	—	125	55	158	—	—
	z końcem	139	69	163	90	22	107	60	155	77	16
l. 16	po kąpieli	145	72	163	76	16	138	90	165	80	23
	w 1/2 godz. po	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	przed kąpielą	143	89	183	70	20	135	70	155	82	16
S. P.	z pocz. kąpieli	143	83	103	—	—	119	73	147	—	—
	z końcem	135	68	150	66	17	117	66	144	86	16
l. 18	po kąpieli	143	80	161	56	18	137	80	160	74	16
	w 1/2 godz. po	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	przed kąpielą	148	83	170	62	22	126	78	160	70	27
P. B.	z pocz. kąpieli	138	77	151	—	—	120	65	173	—	—
	z końcem	118	79	140	65	22	107	60	163	76	18
l. 24	po kąpieli	140	80	163	63	21	113	65	170	74	16
	w 1/2 godz. po	—	—	—	—	—	—	—	—	70	—
	przed kąpielą	145	95	177	84	12	140	90	180	84	10
S. Ł.	z pocz. kąpieli	155	87	170	—	—	126	83	180	—	—
	z końcem	140	82	170	82	9	100	78	180	90	9
l. 25.	po kąpieli	150	89	166	74	10	120	80	180	78	11
	w 1/2 godz. po	—	—	—	—	—	132	85	175	—	—
	przed kąpielą	141	110	178	68	10	125	80	150	70	8
J. M.	z pocz. kąpieli	133	95	157	—	—	125	68	143	—	—
	z końcem	130	83	150	64	12	121	70	140	70	6
l. 27	po kąpieli	140	88	165	—	—	130	75	149	66	9
	w 1/2 godz. po	—	—	—	—	—	122	92	140	—	—
	przed kąpielą	140	84	159	62	16	139	78	165	64	15
T. S.	z pocz. kąpieli	137	81	168	—	—	127	75	155	—	—
	z końcem	122	70	145	60	16	119	75	143	64	15
l. 28	po kąpieli	145	87	160	53	11	136	83	160	63	15
	w 1/2 godz. po	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	przed kąpielą	145	93	173	65	19	133	88	160	66	12
J. T.	z pocz. kąpieli	150	93	183	—	—	131	79	150	—	—
	z końcem	143	75	170	70	15	108	70	139	68	14
l. 28	po kąpieli	135	70	170	62	15	119	78	138	64	14
	w 1/2 godz. po	—	—	—	—	—	136	88	107	65	—
	przed kąpielą	157	100	175	76	19	126	83	155	68	14
J. R.	z pocz. kąpieli	140	85	170	—	—	117	75	133	—	—
	z końcem	135	85	160	76	20	111	66	133	68	12
l. 33	po kąpieli	150	93	163	72	14	119	80	150	66	13
	w 1/2 godz. po	—	—	—	—	—	122	87	157	69	—

B. K. l. 49	przed kąpielą	135	100	150	76	19	140	100	100	79	20	147	103	163	78	22	170	120	200	80	21	172	106	212	82	22	150	100	175	75	20
	z pocz. kąpieli	133	90	150	—	—	142	98	151	—	—	110	80	140	—	—	160	100	193	—	—	188	115	205	—	—	145	101	150	—	—
	z końcem	130	90	150	70	17	129	90	145	74	21	95	80	125	74	18	157	100	181	77	19	175	110	180	78	20	130	90	150	72	16
	po kąpieli	140	100	150	70	15	147	105	165	74	11	140	95	160	74	16	161	111	186	—	—	180	110	210	72	22	140	105	153	68	17
	w 1/2 godz. po	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	165	118	188	74	12	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
M. I. l. 49	przed kąpielą	140	90	159	65	20	144	88	160	65	14	140	86	160	72	17	160	100	175	66	17	160	65	208	66	—	140	80	180	78	19
	z pocz. kąpieli	143	90	160	—	—	132	70	155	—	—	133	75	155	—	—	158	91	174	1	—	155	68	185	—	—	143	85	188	—	—
	z końcem	140	90	150	60	20	133	70	150	61	17	122	75	150	70	·18	145	96	161	62	17	150	95	178	60	23	118	70	158	78	20
	po kąpieli	145	90	155	59	20	145	83	100	61	16	135	90	158	69	18	160	90	168	54	14	150	95	190	—	—	130	85	175	76	18
	w 1/2 godz. po	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	148	84	176	—	—
Srednia	przed kąpielą	134·3	90	154·5	74·3	15·5	135·1	90·7	160·8	74·2	15·4	138·1	88	159·6	73·2	15·4	141·6	90·5	167·7	73·2	15·2	150·4	91	182	72·3	17·6	130·4	83·3	164·3	72·9	15·7
	z pocz. kąpieli	132·6	82·3	135·7	—	—	132·1	80·5	152·9	—	—	119·1	69·1	147·9	—	—	139·9	83	160·5	—	—	148·3	86·8	172·8	—	—	127·8	75·9	157·7	—	—
	z końcem	124·8	77	131·9	69·6	15·3	124·9	78·0	149·8	70·6	14·8	115·4	69·9	143·5	73·4	14·2	131·7	77·6	154·7	68·6	13·8	138·7	81·6	160·6	71·1	17·6	114·1	70·5	150·5	74·9	14·2
	po kąpieli	133·6	87	137	67·2	15·2	130	88·7	157·8	69·8	13·6	130·4	84·9	157	72·2	15·6	144·6	87	163·5	65·2	13	147·8	86·4	171·1	66	15·8	128·2	82·1	160	70·9	15·2
	w 1/2 godz. po	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Różnice	przed kąpielą	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	z pocz. kąpieli	−1·7	−7·7	−18·8	—	—	−3	−10·2	−7·0	—	—	−19	−18·9	−11·7	—	—	−1·7	−7·5	−1·2	—	—	−2·1	−4·2	−9·2	—	—	−8·6	−7·4	−6·6	—	—
	z końcem	−9·5	−13	−22·6	−4·7	−0·2	−10·2	−12·1	−11	−3·6	−0·6	−22·7	−18·1	−10·1	+0·2	−1·2	−9·9	−12·9	−13	−4·6	−1·4	−11·7	−9·4	−21·4	−1·2	±0	−22·3	−12·8	−13·8	+2	−1·5
	po kąpieli	−0·7	−3	−17·5	−7·1	−0·3	+0·9	−2·0	−3	−5·4	−1·8	−1·7	−3·1	−2·6	−1·0	+0·2	+3·3	−3·5	−4·2	−8	−2·2	−2·6	−4·6	−10·9	−6·3	−1·8	−8·3	−1·2	−4·3	−2	−0·5
	w 1/2 godz. po	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	−4·4	—	—	—	—
Różnice po dodaniu poprawki	z pocz. kąpieli	+5·3	−1·7	−9·8			+4·7	−4·2	+1·1			−11·3	−12·9	−2·7			+6	−1·5	+7·8			+5·6	+1·8	−0·2			−0·9	−1·4	+2·4		
	z końcem	−2·5	−7	−13·6			−2·5	−6	−4			−15·2	−12·1	−7·1			−2·2	−6·9	−4			−4	−3·4	−12·4			−14·6	−6·8	−4·8		

Pomiary ciśnienia, liczby tętna i oddechów w kąpielach wodnych i mineralnych 24°, 27° i 30° R.
Poprawka do dodania podczas kąpieli wynosi dla ciśn. palpat. 7·7 cm dla rozkurcz. oscyl. 6 cm. dla skurczów. oscyl. 9 cm sł. wody.

TABLICA II.

	Na wysokości serca			30 cm. powyżej serca			30 cm. poniżej serca			Po pomiarach
	ciśnienie skurcz. palpatoryczne	ciśn. rozkurcz. palpatoryczne	ciśnienie skurcz. oscylacyjne	ciśnienie skurcz. palpatoryczne	ciśn. rozkurcz. oscylacyjne	cjśnienie skurcz. oscylacyjne	ciśnienie skurcz. palpatoryczne	ciśn. rozkurcz. oscylacyjne	ciśnienie skurcz. oscylacyjne	ciśnienie skurcz. palpatoryczne
Dr R. l. 26	170	115	180	155	?	?	158	?	?	158
G. l. 24	135	90	150	125	70	140	135	85	150	120
L. l. 29	130	100	150	125	?	?	120	?	?	125
W. l. 24	140	100	150	140	?	?	140	?	?	145
M. l. 23	135	100	150	120	—	—	140	100	150	130
K. l. 23	140	100	160	140	100	150	150	110	160	140
Dr N. l. 24	150	90	165	147	80	160	150	90	170	150
J. J. l. 53	140	80	140	115	—	—	130	—	—	120
M. S. l. 47	120	75	130	110	—	—	120	—	—	120
J. T. l. 42	150	100	160	135	95	—	150	110	160	150
średnie:	141	95	154·5	131	86·2	150	139·3	99	158	135·8

Pomiary ciśnienia krwi przy stole na rozmaitych wysokościach ustawionej ręki.

(C. d. n.)

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Chirurgia ogólna.

(Znieczulanie).

Hörmann. **Doświadczenia nad uśpieniem przy sztucznie zmniejszonem krążeniu.** (Münch. med. Wochs. 1909, Nr 42). Podane przez Klappa usypianie przy sztucznie zmniejszonem krążeniu przez zawijanie kończyn stosuje się obecnie w klinice Döderleina ze skutkiem bardzo korzystnym. Uśpienia, wykonywane przy pomocy automatu Roth-Drägera, wykazują, że zaoszczędza się przytem bardzo środka usypiającego, bo prawie połowę chloroformu, a 1/3 eteru. Chore budzą się po operacyi po odwiązaniu kończyn znacznie szybciej, bo zwykle w 5 minut, gdy przy uśpieniu zwykłem dopiero w 15—30 minut. Podwiązywanie kończyn, nawet długo trwające, nie pociąga za sobą żadnych powikłań. Unikać tylko należy tego sposobu przy rozległych żylakach. W razie ustania oddechu szybkie odwiązanie kończyn działa wybitnie cucąco. Wobec tych wybitnych zalet, uśpienie przy zmniejszonem krążeniu uznać należy za wybitny postęp w sposobach usypiania. K.

Prof. Burkhardt. **O śródżylnem uśpieniu chloroformowem.** (Münch. med. Wochs. 1909, Nr 33). Jak wiadomo, przy uśpieniu chloroformowem chloroform przechodzi z płuc do krwi, a stąd do mózgu, i wiążąc się z lipoidami wywołuje uśpienie. Łatwo zrozumieć, że byłoby to połączone z wielką korzyścią, gdybyśmy mogli omijać płuca i doprowadzać narkotyk wprost do krwi. Przedewszystkiem bylibyśmy panami uśpienia, bo moglibyśmy do-

kładnie dawkować narkotyk, a przez to go zaoszczędzać i unikać podrażnienia płuc i serca. Celem rozwiązania tej sprawy przeprowadził B. najpierw doświadczenia na kotach, psach i królikach. Doprowadzać chloroformu w postaci gazu do krwi nie można, gdyż występują zatory powietrzne. Również nie można wprowadzać do krwi czystego chloroformu. Natomiast nadają się do tego znakomicie wysycone rozczyny wodne (a raczej w fizyologicznym rozczynie soli kuchennej). W rozczynie takim na 100 cm³ wypada 0·63 cm³ chloroformu. Rozczyn powinien być całkiem przeźroczysty. Płyn ten wprowadzał B. zwierzętom do odsłoniętej żyły szyjnej zapomocą zamykanego na kurek przyrządu, aby każdej chwili dopływ wstrzymywać lub wywoływać. Wodę chloroformową wprowadzać należy bardzo wolno. Z początku zwierzęta bronią się (co odpowiada okresowi podniecenia), lecz w przeciągu 5—10 minut zapadają w głębokie uśpienie. Wtedy przerywa się wlewanie i ponawia je dopiero po jednej do kilku minut, gdy odruchy, a zwłaszcza rogówkowy, powrócą. Przez powtarzanie tych manipulacyi można zwierzęta utrzymać w spokojnem uśpieniu bardzo długo bez szkody. Obudzenie następuje szybko. Z powikłań wspomnieć należy o przemijającym białkomoczu i krwiomoczu i wałeczkach. U kotów, zresztą bardzo, jak wiadomo, wrażliwych na chloroform, zużyć trzeba do uśpienia 0,3—0,75 cm³ chloroformu, a za każdym razem wśród uśpienia 0,04—0,09, u królików 0,56—0,85, potem 0,04—0,06, u psa 4·72, potem 0,2 cm³. Ogółem u kotów i królików do uśpienia godzinnego zużywa się do 1·8 cm³ chloroformu, u psa do 6·3 cm³. Zwykle $^1/_{10}$—$^1/_{20}$ ilości rozczynu, zużytego do głębokiego uśpienia, wystarcza potem za każdym razem do zniesienia powracających odruchów. We krwi tętniczej podczas uśpienia wykazać można 0,0415% chloroformu. Pohl przy uśpieniu przez płuca wykazał prawie te same ilości, bo 0,015—0,043%. Podobnie i ilość chloroformu w innych narządach podczas śródżylnego uśpienia jest prawie taka sama, jak przy usypianiu wdechowem. Większa część chloroformu przy uśpieniu śródżylnem wydziela się zaraz przez płuca. Przez szybkie wlewanie możnaby oczywiście znacznie szybciej wywołać uśpienie, ale zachodzi tu obawa, że moglibyśmy wprowadzić naraz za dużo narkotyku; lepiej więc postępować zwolna, ale znów nie za wolno, bo przez to do wywołania głębokiego uśpienia zużywa się za dużo chloroformu.

Zachęcony temi próbami przystąpił B. do śródżylnego usypiania u ludzi. U 78-letniej kobiety (rak grzbietu ręki) po podaniu skopolamin-morfiny (co okazało się zbytecznem), odsłonięto w znieczuleniu miejscowem żyłę środkową przegubu łokciowego. Po wlaniu 300 cm³ niepokój i podrażnienie, lecz rychło, bo w 7 minut, głębokie uśpienie. Przerwanie wlewania. Po powrocie odruchu rogówki wlanie 40—50 cm³ rozczynu. Ogółem operacya trwała 30 minut, zużyto 1100 cm³ rozczynu. Żadnych następowych powikłań nie było. W drugim przypadku (40-letnia kobieta, gruczoły gruźlicze szyjne) wlanie 850 cm³; w 16 minut uśpienie, trwające 5 minut; potem za każdym razem po 10 cm. Operacya trwała godzinę i 10 minut. Zużyto 1980 cm rozczynu. Tętno i oddech cały czas dobre. Raz ruchy wymiotne. Obudzenie szybkie. W pierwszych 24 godzinach 2 razy wymioty. Natomiast w moczu hemoglobina, a w dalszych ślad białka i wałeczki. W 4 dni zmiany znikły. W trzecim przypadku (14 letnia dziewczyna, skrobanie kości piętowej) uśpienie 45 minut; zużyto 1200 cm³. Zupełnie bez powikłań. W 4. przypadku (13-letnia dziewczyna, operacya pletwy pachowej) po 18 minutach po wlaniu 400 cm³ głębokie uśpienie, potem za każdym razem po 30—40 cm³. Trwanie operacyi 1$^1/_4$ godziny; ogółem wlano 950 cm³. W moczu pierwszym (w 6 godzin po operacyi) hemoglobina, wałeczki i białko. Trzeciego dnia mocz już prawidłowy. Zresztą bez powikłań.

Próby te dowodzą, że śródżylnie wywołać można zupełnie pewne i spokojne uśpienie. a jedynem powikłaniem są zmiany w moczu. Hemoglobinurya występuje tylko w pierwszym moczu, natomiast białko i wałeczki utrzymują się po kilka dni. Zaznaczyć tu należy, że i po uśpieniu wdechowem prawie w 33% spostrzega się białkomocz i wałeczki, utrzymujące się kilka dni. Hemoglobinurya pochodzi z rozpadu ciałek czerwonych. Ten rozpad da się w przybliżeniu nawet obliczyć. N. p. u królika 0,003—0,005 cm³ krwi po dodaniu 1 cm³ rozczynu w 7—10 minut ulega rozpuszczeniu. U człowieka więc 100 cm³ w 7—10 minut rozpuściłoby 5 cm³ krwi.

Sposób śródżylnego usypiania ma następujące zalety: 1) Da się dokładnie dawkować i przez to używa się znacznie mniej narkotyku. 2) Oszczędza się płuca i serce. 3) Nie potrzeba usypiać ciągle, lecz zawsze tylko w miarę potrzeby i to ilością znaną. 4) Budzenie się następuje bardzo szybko. 5) Uśpienie jest bardzo dogodne przy operacyach na twarzy i szyi, nie zawadza bowiem operatorowi. Podobnie nadaje się ono do operacyi pod zwiększonem ciśnieniem. 6) Podmiotowo dla chorych uśpienie to jest znacznie przyjemniejsze, albowiem odpada uczucie duszenia się i nudności i chorzy nawet nie wiedzą, kiedy zapadają w sen. — Odsłonięcie żyły w znieczuleniu miejscowem jest dziełem jednej chwili. Woda wprowadzona do ustroju działa zarazem krzepiąco. Natomiast w rachubę wchodzą jako zarzut przeciw temu uśpieniu zmiany moczu, choć występują one jedynie po długiem usypianiu i są przemijające. Klęsk.

Prof. Burkhardt. **Śródżylne uśpienie eterem i chloroformem.** (Münch. med. Wochs. 1909, Nr 46). Już dawniej wykonał B. uśpienia śródżylne na ludziach zapomocą wody chloroformowej. Obecnie po przeprowadzeniu doświadczeń na zwierzętach przekonał się, że jeszcze lepiej do tego nadaje się 5% eter w rozczynie fizyologicznym soli kuchennej. 33 uśpień u ludzi wodą eterową przebiegało bardzo dobrze i B. uważa ten sposób uśpienia za bardzo wygodny, tak dla lekarza, jak i dla chorego. Ilość środka usypiającego możemy dokładnie dawkować, omija się płuca, nie występują powikłania ze strony oddechu i serca, a wymioty i inne następowe zaburzenia zdarzają się po uśpieniu bardzo rzadko. Ilość płynu, którą się przytem zużywa, bywa bardzo różna i zależy od indywidualności. Można także usypiać śródżylnie naprzemian wodą chloroformową i eterową. Zużywa się przy tem mniej narkotyków, a uśpienie bywa głębsze. 5% woda eterowa nie wywołuje nigdy podrażnienia nerek (co zdarza się często po śródżylnem uśpieniu wodą chloroformową). U ludzi dorosłych i silnie zbudowanych dobrze jest wstrzyknąć przed uśpieniem skopolamino-morfinę. Okres podniecenia bywa zwykle przy uśpieniu śródżylnem bardzo krótki i nie dochodzi do wiadomości chorych. Uśpienie śródżylne eterem nie przedstawia żadnych niebezpieczeństw i może go dokonywać nawet osoba niewprawna pod okiem lekarza. K.

Ginekologia i położnictwo.

Schlichting. **Drgawki porodowe i stan powietrza** (Arch. f. Gyn. t. 89 z. II). Już dawno myślano o związku między klimatem, a występowaniem drgawek porodowych, a przecież pytanie to jeszcze dzisiaj nie jest rozstrzygnięte. Jedni stanowczo zaprzeczają, inni przyjmują możliwość takiego związku, inni wreszcie stanowczo za nim obstają, tłómacząc go wpływem wilgotnego powietrza na chore nerki lub ciepłego powietrza na wydzielanie się potu. Na podstawie dat statystycznych, odnoszących się do 263 przypadków drgawek porodowych w ciągu 5 lat i dokładnych wiadomości co do stanu powietrza w tym czasie, przekonał się autor, że przynajmniej co do Berlina nie można zaprzeczyć, iż pewne stany powietrza mają wpływ na częstość występowania rzucawki. I tak stwierdził autor największą ilość przypadków w dniach zimnych, obfitujących w opady (deszcz lub śnieg), wogóle w miesiącach wilgotnych, mglistych (wrzesień, październik, grudzień), oraz w lecie pod-

czas burz i w dniach gorących, parnych, pochmurnych (marzec, kwiecień, maj). Z powyższych 263 przypadków rzucawki przypada na te dni 220=84%, gdy na dni suche i słoneczne tylko 42=16%. Na czem ten związek polega, autor nie rozstrzyga, pozostawiając to dalszym badaniom.

E. Ehrenpreis.

L. Seitz. **Rzucawka, a gruczoły przytarczyczne.** (Arch. für Gyn. 89. I). Gdy w r. 1880 Sandström odkrył gruczoły przytarczyczne, nie zwrócono na nie uwagi, gdyż Sandström sam nie przypisywał im większego znaczenia fizyologicznego. Uczynił to dopiero Gley w r. 1891 i to na podstawie badań na różnych gatunkach zwierząt; u jednych następowało po wycięciu tarczycy charłactwo, u drugich nie; Gley jako przyczynę tego zjawiska podał stosunki anatomiczne gruczołów przytarczycznych, skutkiem których przy wycięciu tarczycy u pierwszych zwierząt bywały usuwane i one, u drugich zaś nie. Gley twierdził, że po wycięciu tarczycy gruczoły przytarczyczne obejmują zastępczo czynności gruczołu tarczowego. Vassale i Generali wykazali, że usunięcie wszystkich ciałek przytarczycznych wywołuje tężyczkę, przyczem usunięcie tarczycy jest rzeczą obojętną; bywa ono natomiast przyczyną przewlekłego charłactwa. Pineles zwrócił uwagę na inny obraz kliniczny przy niedokształceniu tarczycy, niż po jej wycięciu; przy niedokształceniu brak tężyczki. U zwierząt ciężarnych łatwiej wywołać tężyczkę. Vassale twierdzi, że także rzucawka porodowa polega na niedomodze gruczołów przytarczycznych. Opiera się on na doświadczeniach na zwierzętach. Jednakże Seitz sądzi, że Vassale niesłusznie łączy w jedno rzucawkę ciężarnych z tężyczką. Massaglia bowiem przy identycznych doświadczeniach na zwierzętach stwierdził, że zwierzęta, u których wycięto gruczoły przytarczyczne, nigdy przy drgawkach nie tracą przytomności, co stanowczo przemawia przeciw rzucawce. Dalej zwraca Seitz uwagę na różnicę usposobienia do kurczów u różnych zwierząt. Vassale opiera swą teoryę o rzucawce na badaniach gruczołów przytarczycznych z przypadków rzucawki. Stwierdził on znaczne przekrwienie tych gruczołów przy równoczesnem zmniejszeniu ilościowem komórek chromochłonnych i stąd wnosi, że niedostateczna czynność gruczołów przytarczycznych lub zupełny brak tej czynności bywają skutkiem niewykształcenia się jednego lub kilku gruczołów albo patologicznych ich zmian. Pierwszy punkt nie wytrzymuje krytyki ze względu na różną siedzibę gruczołów i trudność odszukania wszystkich. Co do drugiego, to wiadomą jest rzeczą, że wogóle w ciąży niektóre narządy przechodzą zmiany, uważane poniekąd za fizyologiczne, tak iż szczegół ten do rzucawki zastosować się nie daje. Vassale ogłasza wyniki leczenia rzucawki paratyreoidyną; jednakże stosował on ją tylko zapobiegawczo, a to sprawy nie rozstrzyga. Inni autorzy mieli dobre wyniki tylko w lekkich przypadkach rzucawki. Seitz nie widział żadnych dodatnich stron tego leczenia. Ze wszystkiego tego dochodzi Seitz do wniosków następujących: 1) Gruczoły przytarczyczne w ciąży są przekrwione, komórki chromochłonne w nich są liczniejsze i lepiej wykształcone. 2) Przy rzucawce zmniejsza się ilość komórek chromochłonnych, lub też zupełnie ich brak; jest to jednak zjawisko wtórne. 3) Inne zmiany tychże gruczołów w rzucawce, jak zwyrodnienie tłuszczowe, koloidowe i t. p., są przypadkowe lub oznaczają wzmożenie czynności fizyologicznej, a nigdy nie są w związku przyczynowym z rzucawką. 4) Ponieważ położenie gruczołów przytarczycznych jest bardzo zmienne i gruczoły te trudno nieraz odszukać, przeto nieznalezienie jednego lub kilku nie dowodzi jeszcze rzeczywistego ich braku, ani braku ich czynności. 5) Wycięcie gruczołów przytarczycznych wywołuje tężyczkę, a nie rzucawkę. 6) Paratyreoidyna nie jest środkiem swoistym przeciw rzucawce.

Morawski.

Bortz. **Nadnercza, a charakter płciowy.** (Arch. f. Gyn. 88. III). Gruczoły o wewnętrznem wydzielaniu pozostają ze sobą w pewnym związku, jakkolwiek różnego są pochodzenia i jedne obejmują zastępczo czynności drugich. Fichera wykazał przerost przysadki mózgowej po wytrzebieniu, inni badacze wykazali związek między gruczołem tarczowym i nadnerczami, a gruczołami płciowymi. Opisano szereg przypadków rzekomego obojnactwa z przerostem nadnerczy. Autor opisuje przypadek, dotyczący 16-letniej dziewczyny, u której po roku miesiączkowania menstruacya ustała przy równoczesnym silnym męskim poroście włosów. Części płciowe żeńskie zupełnie prawidłowe, tylko jajniki zmniejszone. Osoba ta po roku z ubocznych przyczyn zmarła. Sekcya wykazała zanik jajników i nowotwór nadnerczy; jedno nadnercze wielkości pięści. Nowotwór tworzyły komórki nabłonkowate, przeważnie eozynochłonne wśród podłoża z naczyń włosowatych; tkanka łączna bardzo skąpa. Charakter nowotworu łagodny, gdyż wszystkie naczynia sa wolne. B. przypuszcza, że guzy te poczęły wzrastać w chwili, gdy chora przestała miesiączkować. Nie ulega wątpliwości, że zachodził tu związek między tymi guzami, a zanikiem jajników, tylko istota tego związku nie jest dokładniej znana.

Morawski.

E. Clemenz. **Śródotrzewne operacye nowotworu, jako powikłania ciąży lub porodu.** (Arch. f. Gyn. t. 89, z. II.). Na podstawie 18 przypadków dochodzi autor do następujących wniosków: 1) Raki i wogóle nowotwory złośliwe, jako powikłania ciąży, należy operować o ile możności szybko i doszczętnie bez względu na zdolność życiową płodu; wyjątkowo tylko może się zdarzyć — i to w rozpaczliwych przypadkach raka, — że lekarz ulegnie wpływowm rodziców, którzy sobie koniecznie i wyraźnie życzą mieć żywe dziecko, a ciężarna wyrazi gotowość poddania się cięciu cesarskiemu. 2) Niemniej wskazana jest operacya guzów jajnikowych w przebiegu ciąży. Tu jednak wybór czasu do operacyi zależy od jakości, wielkości i siedziby nowotworów, od dolegliwości, jakie one wywołują i od przeszkody, jaką stanowią dla prawidłowego rozwoju ciąży lub porodu donoszonego płodu. Zależnie od tych czynników można operacyę przesunąć aż do czasu, gdy płód jest już zdolny do życia zewnątrzmacicznego, względnie operować dopiero po porodzie. 3) Te same zasady dotyczą operacyi mięśniaków macicy. 4) Operować należy przy nowotworach złośliwych, gdzie idzie o zabieg doszczętny, zawsze drogą brzuszną, przy guzach jajnikowych lub mięśniakach drogą brzuszną lub pochwową, zależnie od charakteru, wielkości i siedziby guza. Zawsze należy jednak operować w takim czasie, aby blizna pooperacyjna mogła jeszcze przed porodem stwardnieć, a więc na 6—8 tygodni przed porodem. Przy operacyi należy unikać o ile możności przesuwania lub uszkodzenia macicy ciężarnej; a więc n. p. przy kolpotomii należy kulociągiem zahaczyć błonę śluzową sklepienia pochwy, a nie część pochwową.

E. Ehrenpreis.

Schallehn. **Odnowienie odpłyniętych wód płodowych według metody E. Bauera.** (Arch. für Gyn. t. 89, z. II.). Rozprawka S. dotyczy odnowienia przedwcześnie odpłyniętych wód, przez wprowadzenie do jamy macicy mniej więcej tej samej ilości wyjałowionego fizyologicznego rozczynu soli. Celem tego zabiegu jest ochrona płodu przed zaburzeniami w łożyskowem krążeniu krwi, a matki przed przewlekaniem się porodu i jego następstwami. Jakkolwiek metoda ta nie jest jeszcze dzisiaj rozpowszechniona, podano już liczne modele przyrządów, służących do wprowadzenia rozczynu soli do macicy; wszystkie opierają się na tej samej zasadzie: zwykły balon maciczny (metreurynter), przez którego całą długość (środkiem lub bardziej z boku) przechodzi przedziurawiająca go rura; druga boczna rurka służy do nadęcia balonu. Wprowadziwszy balon taki, silnie cygaretowo złożony, po dokładnem usunięciu powietrza z przebijającej go rury — do macicy i nadawszy następnie tak, aby jama macicy była zupełnie zamknięta i oddzielona od pochwy, wstrzykuje się przez rurę środkową powoli 500—700 gr ciepłego rozczynu fizyol.; zewnętrzny koniec rury zamyka się następnie

zaciskaczem, aby wody znowu nie odpływały. Balon pozostaje w macicy, dopóki ujście jej zupełnie się nie otworzy. Przypadki, w których metodę tę dotychczas stosowano (autor podaje 6 przypadków), dały wcale zadowalniające wyniki. Tony sercowe płodu szybko się poprawiały, skurcze macicy stawały się silne i częste, a nawet zauważono, że przy położeniach poprzecznych płód, odzyskawszy ruchomość, wracał w położenie podłużne. Obawy, aby wskutek ponownego wstrzyknięcia płynu i rozdęcia macicy nie nastąpiły krwotoki atoniczne lub przedwczesne odklejenie się łożyska, okazały się płonne. E. Ehrenpreis.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie z dn. 25 maja 1909

1) Eiger przedstawił preparaty żywych i barwionych **świdrowców Nagana,** będących czynnikiem przyczynowym w śpiączce afrykańskiej.

2) Karwacki przedstawił dwa preparaty **płynu mózgowordzeniowego,** zawierające ziarna i laseczki w leukocytach, barwiące się metodą Gabbeta i laseczki długości 1 1/2—2 μ poza leukocytami, barwiące się sposobem Giemsy. Postacie te uważa K. za **zmienione prątki gruźlicze.**

3) T. Kon przedstawił preparaty z przypadku **zgorzeli płuca** w przebiegu odry, zawierające liczne **krętki i prątki wrzecionowate.** Symbiozę taką opisywano w zgorzeli szpitalnej i »angina Vincenti«; w zgorzeli płuc jej nie spostrzegano.

4) Jastrzębski przedstawił **technikę badania drobnowidowego i hodowli grzybicy włosów.**

5) Kozerski przedstawił **przyrządy i tablice do dawkowania promieni Roentgena** w leczeniu chorób skórnych i powierzchownych nowotworów złośliwych.

6) Lubliner **Wpływ ciąży na przebieg gruźlicy płuc i krtani.** Z 19 chorych, spostrzeganych przez prelegenta, 12 zmarło już w szpitalu, 6 opuściło szpital w stanie złym, a tylko u jednej stwierdzono polepszenie. Z 81 przypadków powikłania ciąży przez gruźlicę krtani i płuc, zebranych przez L. z piśmiennictwa, 60 zakończyło się śmiertelnie, poprawę opisano tylko w 3. Im wcześniej rozpocznie się podczas ciąży gruźlica krtani, tem zdaniem L. należy rokować gorzej. Natychmiast po stwierdzeniu pewnych objawów gruźlicy krtani należy, zdaniem L., przerwać ciążę, gdyż każdy dzień stanowi tutaj o życiu chorej. Natomiast w przypadkach ciężkich, daleko posuniętych, nie należy nawet próbować wywołać poronienia, bo ono tylko przyspieszyłoby i tak już bliską śmierć chorej. Z.

Z XVI międzynarodowego Zjazdu lekarskiego w Peszcie.

Sekcya położnicza i ginekologiczna.

Opracował **Dr Adolf Klęsk.**

Główne referaty w sekcyi położniczo-ginekologicznej Zjazdu były następujące: 1) Leczenie zakażenia połogowego. 2) Mięśniaki w stosunku do ciąży, porodu i połogu. 3) Uśpienie w położnictwie i ginekologii. 4) Ukończanie porodu przez szybkie rozszerzanie szyi. 5) Postępowanie przy miednicy ścieśnionej. 6) Wyniki trwałe po operacyi raka macicy. 7) Zapalenie wyrostka robaczkowego a schorzenia przydatków (wspólnie z sekcyą chirurgiczną i chorób wewnętrznych).

Pinard (Paryż): **Postępowanie przy zakażeniu połogowem.** Postępowanie lekarza podzielić tu można na dwie części: 1) zapobieganie wystąpieniu zakażenia, 2) leczenie zakażenia już wybuchłego. Zapobiegawczo postępuje P. już w ciąży w razie schorzeń pochwy, przestrzykując ją jodkiem rtęci (1: 4000) przed rozpoczęciem porodu, zwracając uwagę na czystość zewnętrznych części rodnych, a wreszcie i w porodzie. Zapobiegawczo poleca też P. wstrzykiwać 40 cm³ surowicy przeciwpaciorkowcowej. Przy zakażeniu stosuje P. energicznie śródmaciczne przestrzykiwania, ewentualnie wyskrobanie i wstrzykuje surowicę i to w ilościach znacznych (do 600 cm³).

Latzko (Wiedeń): **Chirurgiczne leczenie zakażenia połogowego.** L. zachęca do postępowania o ile możności operacyjnego, zwłaszcza przy zajęciu otrzewnej.

Barsowy (Peszt): **Leczenie zakażenia połogowego śródżylnemi wstrzykiwaniami sublimatu.** B. nie wierzy w skuteczność przestrzykiwań macicznych, przepłukuje tylko pochwę. Natomiast cenne usługi oddawały mu śródżylne wstrzykiwania sublimatu, które stosuje obecnie przed porodem i operacyami nawet zapobiegawczo (0,003).

Schmidlechner (Peszt) podaje statystykę zakażeń połogowych z kliniki Tauffera, z której wynika, że zakażenia występują w 2·88%, z czego w 1·67% w klinice. Operacye zwiększają znacznie prawdopodobieństwo zakażenia. Przy ogólnem zakażeniu leczenie miejscowe jest bezskuteczne, w razie zaś sprawy zapalnej w otoczeniu macicy nawet szkodliwe.

Martin (Berlin): **Stosunek mięśniaków do niepłodności.** M. zbija mniemanie, że obecność mięśniaków wywołuje niepłodność.

Schauta (Wiedeń): **Stosunek mięśniaków do porodu.** Mięśniak jako powikładnie porodowe spotyka się zwykle u starszych pierwiastek. Mięśniak usposabia do łożyska przodującego i do przyrastania łożyska. Przy mięśniakach powyżej wewnętrznego ujścia macicy należy zachować się wyczekująco. W razie potrzeby w pierwszym rzędzie wskazane jest wyłuszczenie drogą pochwową lub brzuszną wraz z rozwiązaniem przez pochwę albo też cięcie cesarskie z następowem całkowitem lub nadpochwowem wycięciem macicy.

Scipiades w przeciwieństwie do Martina udowadnia na materyale kliniki Tauffera, że mięśniaki wywołują bardzo często niepłodność. Naodwrót niepłodność usposabia do wytwarzania się mięśniaków.

Engström (Helsingfors): **Mięśniaki wśród połogu.** Śródścienne mięśniaki zmniejszają się zwykle wybitnie w połogu i dopiero po pewnym czasie zaczynają znowu rosnąć; niemniej jednak przeszkadzać one mogą zwijaniu się macicy i być przyczyną atonii, nieraz śmiertelnej. Podśluzowe mięśniaki wywołują nieraz wśród połogu groźne krwotoki. Najmniej niebezpieczne są mięśniaki podsurowicze.

Pozzi (Paryż): **Stosunek mięśniaków do ciąży.** Ciąża wpływa zwykle na wzrost mięśniaka lub też na zmiany jego, wywołując rozmiękninie tkanki, albo nawet zamianę w torbiel, nieraz ropienie lub zgorzel. Mięśniak znowu wywoływać może tyłozgięcie i uwięźnięcie macicy, co najczęściej zdarza się w 4. miesiącu ciąży. Poronienie występuje w 5—6%, porody przedwczesne częściej. Mięśniak w ciąży wymaga interwencyi w razie groźnych dla życia objawów, zwykle zaś należy doczekać końca ciąży i wtedy ewentualnie operować doszczętnie. Natomiast przerwanie ciąży uważa P. za przeciwwskazane.

Kroening (Fryburg): **Znieczulenie w ginekologii i położnictwie.** Znieczulenie rdzeniowe przy odpowiedniej technice uważa K. za sposób idealny. Radzi używać płynu izotonicznego z płynem mózgowo-rdzeniowym (c. g. poniżej 0,999 przy 38°) i nie wstrzykiwać ponad 0,07 stowainy. Uśpienie ogólne powinno się wykonywać zapomocą chloroformu z eterem, ewentualnie z dodatkiem skopolaminy, wstrzykniętej przedtem podskórnie. Samo zamroczenie skopolaminowo-morfinowe nadaje się znakomicie do porodów, co wypróbowano w klinice K. na 2000 przypadkach.

Gauss (Fryburg): **Wpływ zamroczenia skopolaminą na dziecko.** Wprawdzie skopolamina przechodzi do ustroju płodu i dzieci rodzą się w 6—10% z bezdechem, nie pozostawia to jednak żadnych trwałych skutków.

W dyskusyi poleca Zweifel kombinacyę znieczulenia kokainą ze zamroczeniem skopolaminą.

Tellheim przemawia za znieczuleniem rdzeniowem. Technika jest trudna; S. wtedy uważa asystenta za biegłego w wykonaniu znieczulenia rdzeniowego, gdy wykonał je najmniej 100 razy.

Calderini (Bolonia): **Ukończenie porodu przez szybkie rozszerzenie szyi macicznej.** C. poleca ten zabieg zamiast kleszczy przy zwężeniu miednicy i dużej główce, a także zamiast obrotu lub wymóżdżenia. Granica wskazana c. v. 70—900 mm. C. rozszerza swojem rozszerzadłem.

Van der Hoeven (Leyden) poleca zawsze wczesne przebijanie pęcherza płodowego. Przyśpiesza to znacznie poród i za-

pobiega wypadaniu pępowiny. C. przebija pęcherz w razie, gdy ujście jest rozwarte na 5 ctm, obecnie nawet przy porodach prawidłowych.

Baisch (Monachium): **Postępowanie przy miednicy ścieśnionej i trwałe wyniki po hebosteotomii.** Hebosteotomię poleca B. głównie przy ścieśnieniach średniego stopnia i u wieloródek, zresztą zaś przenosi cięcie cesarskie, gdyż hebosteotomia jest zabiegiem poważnym. Ginie przytem prawie 10% dzieci, a 2% matek (krwotoki, zakażenia, opadnięcie pochwy, przepukliny z rozszczepieniem kości i t. p.). Nie należy nigdy zostawiać matce do rozstrzygnięcia pytania, czy wykonać cięcie cesarskie, czy hebosteotomię.

Frank (Kolonia) poleca podane przez siebie nadłonowe cięcie cesarskie.

Bossi (Genua): **Szybkie rozszerzanie szyi.** B. omawia wskazania do szybkiego rozszerzania szyi i pokazuje swoje ulepszone narzędzie do tego zabiegu. Wskazaniami do rozszerzania szyi są: 1) płód chory lub obumarły, 2) stałe bóle przy poronieniu lub porodzie przedwczesnym, gdy inne sposoby zawodzą, albo przy gorączce, 3) łożysko przodujące, 4) anatomiczne zwężenia szyi, 5) groźny stan matki (gruźlica, wada serca, rak macicy i t. p.), 6) drgawki porodowe. Zdaniem B. zapomocą jego rozszerzadła może każdy lekarz, nawet na wsi, ukończyć każdy poród.

Winter (Królewiec): **Ukończenie porodu przez szybkie rozszerzenie szyi macicznej.** Idealnym sposobem rozszerzania nazwaćby można ten, który szybko, bez niebezpieczeństwa krwotoku, innych uszkodzeń lub zakażenia, wiedzie do celu, nie pozostawiając po sobie trwałych zmian anatomicznych. Rozróżniamy rozszerzanie od rozcinania szyi. Rozszerzamy obecnie ręcznie, balonem lub narzędziami. Przy rozszerzaniu ręcznem powstają nieraz pęknięcia i o zakażenie łatwiej. Rozszerzanie narzędziami jest pozbawione niebezpieczeństwa przy otwartem ujściu i podatnej tkance. Wreszcie rozszerzać możemy niekrwawo także zapomocą główki dziecka, które jednak przytem wystawione jest na niebezpieczeństwo. Z metod krwawych używamy nacięć powierzchownych, głębokich, lub pochwowego cięcia cesarskiego. Wskazaniami do szybszego rozszerzenia szyi są: 1) rzucawka porodowa, 2) za wczesne odklejenie się prawidłowego zresztą łożyska, 3) łożysko przodujące (unikać tu należy sposobów zbyt ostrych i szybkich), 4) zakażenie (stosować tu należy jedynie sposoby niekrwawe), 5) groźny stan matki lub płodu. Sposób Bosiego wymaga do 1½ godziny czasu, nie nadaje się też tam, gdzie trzeba szybko ukończyć poród. Tu jedynie sposoby operacyjne (pochwowe cięcie cesarskie) mają zastosowanie.

Gauss porównuje wyniki i wskazania rozszerzania sposobem Bossiego z cięciem pochwowem. Przy łożysku przodującem sposób B. jest przeciwwskazany, natomiast nadaje się on bardzo dobrze dla lekarza praktycznego w przypadkach rzucawki. Winter zwraca jeszcze raz uwagę, że u wieloródek przy otwartem ujściu wskazany jest sposób Bossiego, natomiast przeciwwskazany jest ten sposób u pierwiastek przy ujściu zamkniętem.

Schauta (Wiedeń): **Wyniki trwałe po wycięciu pochwowem macicy z powodu raka szyi.** 742 przypadków, śmiertelność 10·7%, wyleczenia dłużej nad lat 5 w 13·4%, nad lat 4 22·3%, nad 3 lata 28·7%, nad 2 lata w 24·6%. Przy raku szyjki S. gruczołów nie usuwa, bo są one albo zdrowe, albo też jeżeli są zajęte, to nie dają się usunąć doszczętnie (zawsze, gdy S. usuwał gruczoły, następowały nawroty).

Wertheim (Wiedeń): **Wyniki późniejsze po operacyach raka macicy sposobem autora.** Wyniki bardzo dobre; w 59% przypadków operowanych brak nawrotu nawet po 5 latach. Ogółem 487 przypadków, z tego 49 zejść śmiertelnych. Wogóle wyniki znacznie lepsze, niż przy operacyi przez pochwę.

Ott (Petersburg) przemawia za operowaniem przez pochwę. Choć wyniki trwałe po operacyi brzusznej są bezwątpienia lepsze, to jednak śmiertelność jest 11 razy większa i uszkodzenia narządów sąsiednich bardzo częste. Dirner (Peszt) zachwala operacyę Wertheima.

W końcu wygłoszono jeszcze odczyty o usadawianiu się jaja płodowego, tworzeniu się błon płodowych i łożyska, o schorzeniach przydatków i powikłaniach ze strony wyrostka robaczkowego.

Cesare Lombroso.

Zestawił

Prof. Wachholz.

(Dokończenie).

W związku z atawistycznemi nieprawidłowościami budowy kośćca, a często i mózgu, pozostają pewne właściwe zbrodniarzom objawy czynnościowe. I tak spotyka się u nich niemal stale upośledzenie czucia dotyku, a zwłaszcza bolu, które jako zwykłe znamię u człowieka dzikiego, pierwotnego, stanowi u nich wybitną cechę atawizmu. Na odwrót są oni bardzo wrażliwi na zmiany meteorologiczne. Dalszym objawem czynnościowym jest częste u nich mańkuctwo. Pod względem umysłowym uderza u nich zanik czucia etycznego. Są oni względem samych siebie bezlitośni, gdyż nieraz kaleczą dotkliwie własne ciało, choćby w celach tatuowania, narażają swe życie często bez powodu, uciekają się z błahej pobudki do samobójstwa i z zimną krwią i cynizmem wstępują na szafot. Ta pogarda dla życia, właściwa znowu ludziom pierwotnym, stanowi także cechę atawistyczną. W dalszym ciągu odznaczają się zbrodniarze popędliwością, gwałtownością, nieudolnością i wstrętem do systematycznej pracy, zamiłowaniem do wybryków, wyuzdań, gry, jednem słowem właściwościami osobników niższorzędnych, którymi nie kierują wyższe ośrodki psychiczne.

Zbrodniczość przedstawia się zatem jako tępota moralna, która łączy się często z tępotą intelektualną, choć nie można zaprzeczyć, że między zbrodniarzami trafiają się talenty, a nawet i gieniusze. Niewątpliwym talentem odznaczyli się w czasach ostatnich tacy zbrodniarze, jak n. p. pani Humbert lub sławny bohater z Köpenick.

Do cech wreszcie atawistycznych zbrodniarzy należy zaliczyć tatuowanie i właściwy ich język, względnie gwarę, zbliżoną przez swe zwroty onomatopoetyczne, uzmysławianie pojęć abstrakcyjnych i automatyzm do języków pierwotnych.

Lombroso uważa określenie swe „typ kryminalny" za synonim czynnika antropologicznego zbrodni, czyli pojęcia endogeniczności zbrodni wedle określenia niemieckich kryminologów.

Antropologia kryminalna pozwala na podstawie wyników swych badań przeprowadzić klasyfikacyę zbrodniarzy, od której zależy racyonalne zwalczanie, względnie leczenie zbrodniczości. Pierwszą kategoryę stanowią zbrodniarze urodzeni, czyli niepoprawni, których zbrodniczość jest zdecydowana (zdeterminowana — stąd termin determinizmu) wrodzoną im anormalną budową, a nie zależy od wpływów otaczającego ich środowiska. Drugą grupę stanowią zbrodniarze, u których istnieje usposobienie wrodzone do zbrodni, będące wynikiem ich zwyrodnienia. U tej grupy ujawnia się zbrodniczość dopiero pod wpływem zewnętrznych wpływów. Wpływy te zależne są od wieku, płci, stanu i t. d. Stan małżeński, wzmagający popęd do walki o byt, z jednej strony wzmaga popęd do zbrodni, z drugiej strony mu przeciwdziała. Wpływ zawodu odbija się w wielkiej częstości zbrodni u murarzy, piekarzy, a zwłaszcza rzeźników. Wielką dźwignię dla zbrodni stanowi opilstwo. Ubóstwo, nędza, troski, prześladowania polityczne budzą zbrodniczość, a budzi ją także bogactwo, lecz w postaci odrębnej, t. j. zbrodniczość w kierunku płciowym. Niezaprzeczony wpływ na ujawnienie się zbrodni posiadają czynniki atmosferyczne, jak zmiany ciśnienia barometrycznego i ciepłoty (wpływu ich na stan umysłowy u obłąkanych dowiódł między innymi ś. p. Dr Krypiakiewicz), choroby nagodne cielesne i urazy, one bowiem znoszą łatwo chwiejną równowagę umysłową u osób zwyrodniałych, Potężny wpływ wywiera sugestya i naśladownictwo,

zwłaszcza u przestępców młodych, stąd to pobyt w więzieniu wpływa na nich zgubnie.

Trzecią kategoryę stanowią zbrodniarze z przyzwyczajenia, których zbrodniczość wytwarza środowisko, n. p. brak dobrego przykładu i wychowania z powodu braku rodziców, lub zły przykład ze strony przewrotnych rodziców, opiekunów lub wychowawców.

Ostatnią grupę stanowią zbrodniarze przygodni, których sposobność lub nagle rozpętana namiętność skłania do zbrodni. Ci zbrodniarze odznaczają się miłym, ujmującym wyrazem twarzy, czynu swego żałują, sami oddają się w ręce sprawiedliwości i nie ulegają zwykle nawrotom zbrodni. Zbrodniarze polityczni nie stanowią oddzielnej grupy, lecz dają się zaliczyć do różnych, poprzednio wspomnianych kategoryi. Zbrodniczość u kobiet mniejsza, niż u mężczyzn, znajduje swój równoważnik w prostytucyi, a prostytutki mogą być zdaniem Lombrosa i Ferrera prostytutkami z urodzenia, z przyzwyczajenia i z nagodnej przyczyny.

Antropologia kryminalna doprowadza nas z jednej strony do leczenia zbrodniczości, z drugiej zaś strony do jej higieny; t. j. do zapobiegania. Zapobieganiem zbrodni zajmuje się socyologia kryminalna, a czynnikami zapobiegawczymi są: szybkie wyśledzenie winnych, aby w ten sposób pozbawić zbrodniarzy nadziei utajenia się i bezkarności występku, energiczne zwalczanie alkoholizmu zapomocą zakładania towarzystw wstrzemięźliwości, monopolu wódczanego, tworzenia odpowiednich zakładów leczniczych i ustaw karnych, wreszcie tworzenie szkół przemysłowych, jako domów poprawczych dla przestępców nieletnich, względnie dla młodzieży, zbrodniczością zagrożonej i traktowanie kary nie, jako aktu zemsty, lecz jako sposobności do poprawy.

Oto owoce pracy życia Cezarego Lombrosa, którego działalność humanitarną określił nader trafnie na Zjeździe antropologii kryminalnej w Turynie w roku 1906 Van Hamel z Amsterdamu przez porównanie go z Cezarym Beccaria z XVIII. wieku. Gdy Beccaria zwracał się do człowieka z groźnymi słowy: »Znaj sprawiedliwość!«, to Cezary Lombroso zwrócił się do rzeczników sprawiedliwości ze słowami: »Poznajcie człowieka!«.

Niejako śpiewem łabędzim Lombrosa była rozprawka jego o pani Steinheil, bohaterce senzacyjnego procesu, rozegranego niedawno w Paryżu (Archivio di psychiatria i t. d. 1909. Fasc. I—II.). Na wstępie zauważa Lombroso, że modernizm podniósł częstość zbrodni u kobiet, gdy bowiem przed 100 laty wypadało 8—10 zbrodniarek na 100 zbrodniarzy, to obecnie stosunek ten wzmógł się na 20—25 na stu zbrodniarzy, w zakresie zaś trucicielstwa liczba zbrodniarek przewyższa liczbę zbrodniarzy. Steinheilową uważa autor za dziedzicznie obciążoną, za zwyrodniałą histeryczkę. Rodzice jej dopuszczali się wybryków in Baccho et Venere. Ona zaś odznacza się znamionami zwyrodnienia, jak silnie rozwiniętą żuchwą i wystającymi łukami jarzmowymi, cierpiała na blednicę, w wieku dziecięcym zjadała ziemię i robaki i posiadła przedwczesną dojrzałość płciową, właściwą histeryczkom i urodzonym prostytutkom. Ulegała także napadom padaczkowatym, oraz napadom psychicznym gwałtownych popędów, wywoływanym w drodze łatwej sugestyi, wygłaszała bezpodstawne kłamstwa i nielogiczne oszczerstwa. Wcześnie wydana za mąż, oddawała się niezawsze platonicznym miłostkom. Steinheilowa zaprzedawała się równocześnie kilku kochankom, zapewniając każdego z nich, że jest jej jedynym. Pozbawiona wstydu, zabawiała się z kochankami wobec swej córki, a przed sędzią przyznała się bez wzruszenia do niemoralnego sposobu życia. Miała porywy estetyczne, była muzykalną, miewała napady prawdziwego współczucia dla nieszczęśliwych, podobnie jak dawne i obecne hetery, o których Balsac wyraża się słowy: »Te Macchiavelle w spódnicy są najniebezpieczniejszemi kobietami i najgorszemi ze wszystkich złych paryżanek“. Napady współczucia stanowiły osłonę surowych rysów zwykłej prostytutki, t. j. próżności, żądzy posiadania, kłamstwa i okrucieństwa. Ma ona coś ze starożytnej Phryne, która oświadczyła gotowość odbudowania zburzonych Teb za wystawienie jej pomnika z napisem: »Teby, zburzone przez Aleksandra, odbudowane przez Phryne«, również coś z margrabiny Pompadour, która uważała się za większą od Richelieugo.

Sposób podjęcia przez nią zbrodni jest typowo niewieści. Nie mając dosyć siły i odwagi, skłania innych do zbrodni, sama zaś zwabia do siebie matkę, jednę z ofiar zbrodni, usuwa psa domowego, wypróżnia swe szafy z kosztowności, oddaje wspólnikom klucz, okłamuje sąd opowiadaniem o napadzie zamaskowanych bandytów, udaje ofiarę napadu, wreszcie stara się odwrócić podejrzenie sądu od właściwych sprawców. Motywem zbrodni jej jest chęć zdobycia spadku po matce i mężu, a chęć ta wyradza się w dziką nienawiść do swych ofiar. Dalszy motyw zbrodni jej stanowi chęć uwolnienia się z niemiłych pęt małżeńskich, próżność i nadzieja korzystniejszego małżeństwa ponownego, wreszcie może i popęd płciowy, który z ciała jej uczynił nagrodę za zbrodnię. Pod każdym więc względem działa ona jak histeryczna prostytutka. Słabość jej obudza w niej podstęp i kłamstwo, które jest u niej wypływem wychowania. Kłamie ona niejako bezwiednie, gdyż, jak Stendhal pisze: »być szczerą, byłoby dla niej tem samem, jak wyjść z domu nago«. Kłamstwo i podstęp wynika u niej z potrzeby zatajenia swych uczuć przed mężczyzną, z walki płciowej celem ukrycia tego, coby mogło jej szkodzić (ruina majątkowa, starzenie się i t. d.), a udawania tego, co jej może wyjść na korzyść (udawanie zamiłowania do sztuki, porywów szlachetnych i t. d.), z chęci utrzymania swych wdzięków przy pomocy kosmetyków, z chęci przedstawiania się przez to pożądaną, że wskutek udawanych cierpień lub omdlenia budzi w mężczyźnie dla siebie współczucie i obowiązek przyjścia jej z pomocą, — a jest to najlepszy sposób uwiedzenia mężczyzny, — wreszcie z wielkiej podatności do sugestyi, mocą której wierzy we wszystko, co sama wymyśli lub jej drudzy poddadzą. Steinheilowa pod wpływem samopoddawania wyjawia kłamstwo z tą samą siłą przekonania, z jaką człowiek prawy broni prawdy, i święci tryumfy wobec sądu.

Taki jest sąd Lombrosa o Steinheilowej, niestety ostatni sąd, jakich wydał wiele niemal o wszystkich głośnych, a współczesnych osobach zbrodniczych.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Do wszystkich lekarzy w Austryi! Z okazyi dyskusyi w ankiecie, zwołanej przez parlamentarną komisyę ubezpieczenia społecznego w dniu 16. XI. 1909, w której zabierali głos wszyscy interesowani, a więc pracodawcy, pracobiorcy i sześciu przedstawicieli stanu lekarskiego, pokazało się, że lekarze w sprawie ustanowienia granicy dochodów (2400 K. rocznie) dla obowiązku ubezpieczenia nie mogą zgoła znikąd liczyć na pomoc. Wszystkie stany nie-lekarskie zdają się na to godzić, że chcą wyzyskać stan lekarski mniej lub więcej dla bezpłatnego leczenia ludzi, mogących płacić za poradę lekarską, zamożnych, a nawet bogatych. Mówiono zupełnie poważnie o granicy dochodów wynoszącej 3600, 4800, a nawet 7200 K., a wreszcie wnoszono, by skreślić wszelką granicę dochodów, a więc zabezpieczyć bezpłatną pomoc lekarską każdemu, od proletaryusza począwszy, na najbogatszym skończywszy. Już podniesienie granicy dochodów wyżej 2400 K. stanowi dla wielu lekarzy, szczególniej na prowincyi, ruinę. Im wyższąby granicę ustanowiono, tem szer-

sze warstwy lekarzy będą w bycie swym zagrożone. Ustanowienie wysokiej granicy (K. 4800, K. 7200!), lub, co więcej, zniesienie wszelkiej granicy nie znaczy nic innego, jak upadek całego stanu lekarskiego pod względem gospodarczym, jak i moralnym, jednem słowem pod każdym względem. Ankieta dowiodła zatem ponad wszelką wątpliwość, że stan lekarski w Austryi nie może liczyć na żadne względy, ani pomoc poza sobą, że lekarze skazani są wyłącznie na samopomoc.

Odezwa państwowego Związku organizacyi lek. przypomina, że nastały dla nas ciężkie i poważne czasy, że ruina całego stanu naszego jest nie bardzo daleka. Najwyższy więc czas, aby się organizacye, Izby i Związek przygotowały do energicznej wspólnej obrony, do rozpaczliwej walki o byt i wolność, i to nietylko w pustych demonstracyach i uchwałach, ale i w poważnych, konkretnych postanowieniach i zarządzeniach. Idzie o obronę bytu i godności stanu lekarskiego. Samopomoc musi natychmiast wkroczyć, gdyż inaczej może być za późno. E. S.

W Czasopiśmie prawniczem i ekonomicznem, (wydawanem przez Wydział prawniczy Uniw. Jag. i Towarzystwo prawnicze i ekonomiczne w Krakowie, pod redakcyą Prof. Fierlicha) wyszedł niedawno artykuł, zawierający wiązkę materyałów higieniczno-społecznych, których u nas dotąd zgromadzono niezmiernie mało. Jestto praca p. Aleksandra Gottlieba p. t. »Położenie stróżów kamienicznych w Krakowie«. Obok wiadomości o położeniu, płacy, zajęciach i t. p. zawiera bowiem praca ta wcale obfite dane o mieszkaniach i pożywieniu tej grupy robotniczej, zebrane przez »Oddział młodzieży Uniw. lud. im. Ad. Mickiewicza«. Z mieszkań stróżów krakowskich znajduje się 77·5% na parterze, 15·2% w suterynach, 2·1% w oficynach, 4·6% na I. piętrze, a dwa na poddaszu. 31 mieszkań ma ścianę wspólną z miejscem ustępowem, w 15 znajduje się wychodek tuż koło okna, w 10 tuż koło drzwi. W 22·5% mieszkań wysokość nie dochodzi przepisanej normy (2·85 m.), z tego w 1/5 nie dochodzi nawet 2 m.; 21% mieszkań ma mniej, niż 10 m.² powierzchni; 55·6% niema nawet 4 m.² powierzchni dla jednego mieszkańca; 70% jest wilgotnych; 46·6% mieszkań powinnoby być według ustawy natychmiast opróżnione, jako »nie odpowiadające warunkom zdrowia i bezpieczeństwa publicznego«. 31·3% jest mieszkań ciemnych, 13·7% częściowo ciemnych. Blizko 1/5 rodzin stróżowskich żyje tylko kapustą, ziemniakami i wodzianką. Raz na tydzień jada mięso (1 funt na 4 osoby!) 55·5% rodzin. R.

Inspektoraty przemysłowe austryackie ogłosiły niedawno sprawozdanie ze swych czynności za r. 1908. Sprawozdania inspektoratów, dowodzące coraz więcej, jak pożyteczna jest działalność tych urzędów, pozwalają ocenić stan **higieny przemysłu** i jej postępy w Austryi, i z tego względu zasługują na baczną uwagę lekarzy i higienistów. Sprawozdania trzech inspektoratów galicyjskich budzą tem większe zajęcie, że coraz więcej rozwija się u nas przemysł fabryczny i że nadzór nad zakładami rękodzielniczymi, oraz uporządkowanie stosunków sanitarnych w tych przedsiębiorstwach jest u nas trudniejsze, niż gdziekolwiek może w Austryi, i wymaga ze strony naszych inspektoratów przy rozległości kraju i nizkiej jeszcze kulturze większych wysiłków i pracy, z której wywiązują się chlubnie i skutecznie.

Obraz częstych niestety u nas usterek sanitarnych maluje najlepiej liczba przypadków, w których inspektoraty musiały donosić władzom administracyjnym i sądowym o dostrzeżonych niewłaściwościach: i tak nieodpowiednie pracownie znaleziono w (całej) Galicyi 84 razy (najwięcej w okręgu krakowskim — 43), w Austryi wogóle 246 razy, Galicya stanowi tu więc 30%; nieodpowiednie mieszkania w Galicyi 39 razy (najwięcej w krakowskim okręgu — 21), w Austryi 137; brak urządzeń ochronnych w Galicyi 77 razy (najwięcej w okręgu lwowskim 29), w Austryi 319 razy; zatrudnianie dzieci 10 razy, w Austryi 61 razy; nadmiernie długą pracę 12 razy, w Austryi 44 razy i t. p. Niemniej dzięki staraniom naszych inspektoratów stosunki ciągle się poprawiają. Inspektorat krakowski wymienia n. p. 6 nowych fabryk, które są wprost wzorem pod względem ochrony zdrowia robotników; w 5 innych zdołano uzyskać odpowiednie ulepszenia. Dwom fabrykom ze względu na bezpieczeństwo robotników nie dozwolono rozpocząć ruchu, 4 inne, już istniejące, z tegoż względu zamknięto. Działanie inspektoratu krakowskiego w kierunku asanacyi pracowni odnosi w przemyśle fabrycznym pomyślne skutki, o ile chodzi o fabryki nowopowstające; w zakładach starych sprawa ta natrafia na większe trudności, a w drobnym przemyśle i rękodzielnictwie poprawa jest z powodu fatalnych warunków bytu rękodzielników — bardzo mała i ogranicza się do odosobnionych przypadków. Przypadków nieszczęśliwych było w okręgu krakowskim w roku 1908 — 493 (najwięcej w przemyśle metalurgicznym), z tego śmiertelnych 10. Kasy chorych były powodem uzasadnionych skarg w 3 przypadkach, w jednym z nich przez to, że kasa dłuższy czas nie obsadzała wakującej posady lekarza.

Inspektorat lwowski podnosi brak urządzeń ochronnych w wielu zakładach. Młyny szczególnie uporczywie bronią się przeciw zabezpieczeniu szybów wind ciężarowych, w przemyśle zaś budowlanym przedsiębiorcy wcale nie przestrzegają przepisów, dotyczących ochrony życia i zdrowia robotników; roboty murarskie prowadzono nieraz przy 10 stopniach mrozu i to przy lichem oświetleniu. Wielkie braki sanitarne znaleziono prawie we wszystkich drukarniach; w wielu złe oświetlenie i brud, we wszystkich brak jakiejkolwiek wentylacyi, kaszty drukarskie nie dają się czyścić, w miękkich i nieszczelnych, a bardzo rzadko mytych podłogach mnóstwo pyłu ołowianego; jeżeli gdzie kaszty czyszczą, to mieszkiem, narażając zecerów na wdychanie unoszącego się pyłu; szatni i umywalni przeważnie brak; robotnicy sami zupełnie nie dbają o swoje zdrowie (jedzą wśród pracy i t. p.). Nieszczęśliwych przypadków było w r. 1908 w okręgu lwowskim 742 (najwięcej, jak corocznie, w przemyśle drzewnym 239 i budowlanym 239, razem 64·4% wszystkich przypadków!), z tego śmiertelnych 14. Warunki mieszkań robotniczych w okręgu lwowskim w r. 1908 nie polepszyły się; szczególnie złe były w przemyśle cegielnianym.

W okręgu stanisławowskim brak dostatecznego kapitału zakładowego wśród przedsiębiorców sprawia, że nowopowstające małe, a nawet większe zakłady przemysłowe mają ze względu na ochronę robotników wiele braków. Tak n. p. w jednej małej fabryce beczułek właściwą pracownię stanowić miała stara szopa z desek, z tokiem glinianym, bez stropu i t. p. W otwartej bez pozwolenia władz przemysłowych fabryce celuloidu (w budynku drewnianym) miała pracownia, mieszcząca 15 osób, 12 m. długości, 8 szerokości i wszystkiego 2·3 m. wysokości; tabliczki celuloidu ogrzewano nad zwykłem ogniskiem, a przy dalszem ich obrabianiu musieli robotnicy wdychać pary zgęszczonego kw. octowego. (Fabrykę zamknięto, a przedsiębiorcę skazano na grzywnę). W ruderach drewnianych, nie chroniących od zimna, ani od przeciągów, pomieszczone były 3 huty szklane; również straszne warunki znalazł inspektorat w pewnej destylarni nafty, o której istnieniu nie był poprzednio zawiadomiony, a która była zanieczyszczona niesłychanie odpadkami i sadzą. W sprawie usunięcia pyłu w fabrykach nie nastąpiła w r. 1908 żadna poprawa. W 2 młynach gipsowych brakło zupełnie nakrycia kamieni młyńskich lub było zupełnie nieszczelne; w pewnej fabryce parkietów robotnicy dla ochrony od nieprzejrzanych tumanów pyłu zawiązywali sobie nos i usta chustkami. Również brak wszelkiej ochrony od pyłu w jednej hucie szklanej przy młynie, mielącym szkło i t. p. Podobnie, jak w okręgu lwowskim, bardzo złe są w okręgu stanisławowskim przeważnie mieszkania robotników, zwłaszcza w cegielniach, i w tym względzie niema poprawy. Nieszczęśliwych przypadków było 476 (najwięcej — 310, t. j. 65%! w przemyśle drzewnym), z tego śmiertelnych 14. Z chorób zawodowych stwierdzono w 2 warsztatach zduńskich ołowicę, przyczem ponure światło rzuca na stan rzeczy uwaga inspektoratu, że zdunowie, dostawszy ołowicy, nie zgłaszają się do kasy chorych, boby im udzielone zasiłki zupełnie już na życie nie wystarczyły wobec tego, że w najlepszym razie zarobek ich wynosi 1 do 1·20 kor. W 2 fabrykach zapałek stwierdzono 2 razy martwicę fosforową u robotników, którzy — szczególna rzecz — od 12 lat nie stykali się już z fosforem. Cztery fabryki zapałek rozszerzono, ale tylko w jednej z nich poprawiono gruntownie warunki higieniczne. Wreszcie zasługuje na wzmiankę, iż jedno przedsiębiorstwo drzewne zbudowało dobrze urządzony szpital dla robotników. C.

Dolnoaustryackie „sanitarne ministeryum krajowe". Pod tym szumnym tytułem donoszą dzienniki, że Namiestnictwo dolnoaustryackie w porozumieniu z Wydziałem krajowym wypracowało projekt ustawy, stwarzającej »komisyę dla zakładów leczniczych w Austryi Dolnej«. Komisya będzie zarządzać funduszami wiedeńskich i dolnoaustryackich zakładów leczniczych, tak rządowych, jakoteż krajowych, miejskich i niektórych prywatnych. Komisya ta będzie rodzajem »krajowego ministerstwa sanitarnego«, zarządzającego wszystkiemi klinikami i 39 szpitalami w dolnej Austryi i zakładającego nowe szpitale, do czego na razie potrzeba 38 milionów koron. Komisya dla uzyskania funduszów będzie mieć prawo nakładania sanitarnych dodatków do podatków, osobno dla Wiednia a osobno dla prowincyi. R.

Składka noworoczna na fundusz wdów i sierot im. śp. Jordana za rok 1909. (C. d.).

Po dwie korony nadesłali: T. Litwinowicz, M. Świątkiewicz, Bett, I. Mang, A. Loewy, Zdz. Czaplicki, W. Czernecki, A. Juras, Kapelusz, Pańczewicz, Goldberger, A. Fonferko, I. Agatstein, Langsam, Friedwald, Jan Landau, O. Hochbaum, Dornfest, Kozierowski, K. Sermak, St. Miszewski, A. Millet, L. Ćwiklicer, Münzer, J. Górka, Aszer, Rotter Mg., F. Kalach, Z. Lewicki, J. Przesmycki, Fr. Kmietowicz, A. Biesiadzki, W. Mydlarski, Fr. Zakrejs, E. Hermelin, K. Krasucki, F. Nacht, W. Mogilnicki, Pawluk, W. Nowicki, M. Kapellner. (C. d. n).

Z administracyi znaczków receptowych.

Sprzedano znaczków:	4 h	1 h
Od roku 1904 do końca listopada 1909	479,347	298,194
W grudniu 1909	3,175	10,000
Razem .	482,522	308,194

Dr Żydłowicz, administrator.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 26. XII. 1909 do 1. I. 1910 zgłoszono przypadków: błonicy 10 † 3 (w tem obcych 9 † 3), krztuśca 6, płonicy 8 † 2 (1 † 1), odry 2, duru brzusznego 2 † — (1 † —), czerwonki 1 † 1 (1 † 1), róży 1, tężca 1 † 1 (1 † 1). Dr Janiszewski.

Wiadomości bieżące.

W kierownictwie dwu czasopism lekarskich polskich zaszły z Nowym Rokiem 1910 zmiany: redakcyę »Gazety lekarskiej« objęli Dr A. Puławski i Dr S. Starkiewicz, redakcyę zaś »Tygodnika lekarskiego«, który stał się obok »Przeglądu lekarskiego« organem Towarzystwa lekarzy galicyjskich i przeszedł na własność Towarzystwa lekarskiego lwowskiego, objął Doc. Dr Nowicki. Przy rozpoczęciu żmudnej, ale wdzięcznej pracy, składamy obu redakcyom serdeczne życzenia jak najlepszego powodzenia.

Dla szpitalnictwa galicyjskiego wraz z innemi sprawami sanitarnemi, należącemi do zakresu autonomicznego, ważne znaczenie ma obsadzenie wakującego dotąd po śmierci ś. p. Dra Łuszczkiewicza stanowiska inspektora szpitali krajowych. Powierzenie tego stanowiska Drowi E. Müllerowi, który przez kilkoletnią pracę na stanowisku zastępcy inspektora, wszechstronnego w dziale tym nabrał doświadczenia i złożył dowody zapobiegliwości i energii, pozwala dobrze tuszyć na przyszłość.

Kraków. Komisya sanitarna miejska wydała na posiedzeniu w d. 3. I. b. r. opinię przychylną co do koncesyi na »Lecznicę związkową«, przyjęła do wiadomości sprawozdanie Dra Janiszewskiego z czynności miejskiego urzędu zdrowia, zajmowała się na wniosek Prof. J. Nowaka sprawą utworzenia wzorowej, przez miasto nadzorowanej mleczarni, uchwaliła za konieczną jak najrychlejszą reorganizacyę miejskiej służby zdrowia według projektu fizyka Dra Janiszewskiego, uchwaliła na wniosek Prof. Ponikły oświadczyć się przeciw projektowi opodatkowania wód mineralnych, wreszcie na wniosek Prof. Pareńskiego rozpatrywała sprawę wentylacyi szkół i obywatelskiej kontroli nad czystością domów.

Warszawa. Władze pozwoliły na urządzenie wystawy farmaceutycznej, prezesem komitetu wystawy jest p. Franciszek Karpiński.

— Posiedzenie wyborcze warszawskiego Towarzystwa lekarskiego odbyło się w dniu 4 stycznia 1910 r. Prezesem wybrano Dra Antoniego Gabszewicza, wiceprezesem Dra O. Hewelkego, sekretarzem Dra Tadeusza Wilczyńskiego.

— Po wielu przeszkodach ze strony władz zezwolono w Petersburgu na zawiązanie Ligi przeciwgruźliczej.

Z różnych stron. Akademię lekarską w Petersburgu ukończyli Polacy pp. Adamowicz, Braun, Brink, Dunin-Karwicki, Mikucki i Rydel.

— Dr S. Ostrowski uzyskał stopień doktora medycyny w Petersburgu po obronie rozprawy p. t. »Anaemia splenica infantum«.

Mianowani: Prof. Jung z Erlangen dyrektorem kliniki położniczej w Göttingen, Prof. Franz z Jeny dyrektorem kliniki położniczej w Kiel, Prof. Reuss w Wiedniu dyrektorem polikliniki, docenci Ehrmann i Joannovic w Wiedniu profesorami nadzwyczajnymi;

Dr Emil Müller inspektorem szpitali krajowych w Galicyi, Dr Lenartowicz prymaryuszem oddziału skórno-wenerycznego w szpitalu kraj. lwowskim; Dr Moczulski lekarzem ambulatoryum w szpit. św. Rocha, Dr Kasperowiczówna asystentką w szpitalu wolskim w Warszawie.

Zmarli: Prof. Brissaud w Paryżu.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie doroczne administracyjne Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 12. stycznia 1910 o g. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: Sprawozdanie Zarządu Towarzystwa za r. 1909.

Po posiedzeniu odbędzie się wspólna wieczerza koleżeńska.

We środę dnia 12. stycznia 1910 o g. 6 wieczór odbędzie się w szpitalu powszechnym w Jarosławiu **zgromadzenie doroczne członków Sekcyi** z następującym porządkiem dziennym: 1) Demonstracya chorych, kol. Dr Fechter. 2) Uwagi o miejskich urządzeniach sanitarnych w Karlsbadzie, kol. Dr Rossberger. 2) Sprawozdanie roczne administracyjne i naukowe. 4) Wybór zarządu na rok 1910. 5) Wnioski członków.

Ze względu na bardzo ważne przedmioty rozpraw o jak najliczniejszy udział uprasza Biuro Sekcyi.

Z biura Sekcyi jarosławskiej Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Sekretarz: Dr Feldman. Przewodniczący: Dr Czyżewicz.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Arhovin. Dr Feres (Aertzl. Centralzg. Z. 46. 1909). Liczne doświadczenia, które stwierdziły trujące uboczne działania ogólnie używanych środków balsamicznych, skłoniły autora do zastosowania arhowiny, środka niebalsamicznego, do wewnętrznego leczenia wiewióra. Feres unika w swym referacie wszelkich teoretycznych uzasadnień, lecz przedstawia szereg historyi chorób, stwierdzających pomyślne wyniki leczenia arhowiną. Samo przez się rozumieć należy, że niezależnie od wewnętrznego leczenia arhowiną, konieczne jest troskliwe leczenie miejscowe.

Na szczególniejszą uwagę w opisanych przez F. przypadkach zasługuje dobry wpływ arhowiny na dolegliwości podmiotowe, zarówno w ostrym wiewiórze, jak i w ostrym nieżycie pęcherza. Bolesne oddawanie moczu i bolesne wzwody ustępują już wyraźnie po kilkudniowem użyciu arhowiny.

Również godnem jest uwagi, że nawet większe dawki, stosowane przez czas dłuższy, nie wywołały nigdy podrażnienia nerek, ani zaburzeń żołądkowych.

Przyczyny te skłoniły autora do wniosku, że arhowina, podawana wewnętrznie, jest skutecznym i od szkodliwych działań ubocznych wolnym środkiem pomocniczym w leczeniu wiewióra.
Hr. Wi.

Rok XLIX. Kraków, dnia 15. stycznia 1910. Nr 3.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z Zakładu higieny i bakteryologii U. J. w Krakowie.
(Kierownik Prof. O. Bujwid).

O nowej metodzie tuszowej wykrywania krętowłosa bladego (spirochaete pallida).

Podał

Dr Filip Eisenberg,

asystent Zakładu.

(Według wykładu w Tow. lek. krak. d. 27. Października 1909 r.).

Odkrycia Pasteura, a zwłaszcza metody Kocha tworzą podstawę, na której wznosi się gmach nowoczesnej bakteryologii. Wprowadzenie podłoży stałych pozwoliło wyosabniać różne gatunki bakteryi, a w następstwie badać ich właściwości morfologiczne i fizyologiczne. Ale pozostawiają one pewną lukę, nie dają mianowicie pewności, że uzyskane kolonie bakteryi pochodzą naprawdę z jednej komórki bakteryjnej, czy też może ze zlepu kilku, czy kilkunastu osobników tego samego, czy nawet kilku gatunków. Sprawa ta ma bardzo wielkie znaczenie, gdy chodzi o badanie ważnych zagadnień biologicznych, jak dziedziczności, przystosowania, przemian skokowych (czyli t. zw. mutacyi de Vriesa). Gdy chodzi o drożdże, posiadamy już zdawna metodę Brefelda, która pozwala pod kontrolą drobnowidu uzyskać kolonię z jednej komórki drożdżowej; dla bakteryi z powodu małych rozmiarów komórki metoda ta się nie nadaje. Także polecane specyalnie dla bakteryi metody van Schoutena nie nadają się do powszechnego użytku ze względu na skomplikowane przyrządy do nich potrzebne. Otóż w ostatnim czasie podał Burri metodę nadzwyczaj pomysłową, a prostą, która zdaje się być powołana do rozwiązania zagadnienia. Na wyjałowionem szkiełku przedmiotowem składa się kilka dużych kropel wyjałowionego tuszu. Do pierwszej przenosi się odrobinę hodowli danych bakteryi i dokładnie wymieszawszy, przenosi się stąd małą pętlę platynową do drugiej kropli, stąd po wymieszaniu do trzeciej, z tej zaś do czwartej. Następnie zapomocą delikatnego piórka rysunkowego, zamaczanego w kropli trzeciej, względnie czwartej, robimy szereg drobnych punkcików tuszowych na powierzchni skrzepłej płytki żelatynowej. Punkciki te po najkrótszym czasie nakrywamy jałowemi szkiełkami nakrywkowemi i oglądamy zapomocą drobnowidu. Na ciemnem polu tarczy tuszowej widnieją bakterye jako błyszczące bezbarwne przestrzenie z ostro zaznaczonymi konturami. Przy odpowiedniem rozcieńczeniu materyału z łatwością znajdziemy kilka punktów, które zawierają tylko jedną komórkę bakteryjną, te osobno zaznaczamy, i z nich to wyrastające kolonie dają pewność, że pochodzą z jednej tylko komórki. Metoda ma nadto tę zaletę, że pozwala śledzić rozwój kolonii od samego początku, uprzystępnia tedy badaniu wstępne okresy rozwojowe, które dotąd dla nas były niedostrzegalne. Do robienia punktów tuszowych nadaje się tylko powierzchnia żelatyny, nie zaś powierzchnia agaru, lub innych podłoży. O ileby tedy chodziło o gatunki, nie wyrastające na żelatynie, to można, stwierdziwszy w punkcie tuszowym obecność jednej tylko bakteryi, zdjąć szkiełko, a wraz z niem przylegający doń punkt tuszowy z bakteryą i przenieść na powierzchnię płytki agarowej lub innego podłoża. Można też, gdy chodzi o beztlenowce, szkiełko wraz z punktem tuszowym pogrążyć w głąb jakiegoś odpowiedniego podłoża płynnego lub stałego.

Oprócz tego metoda tuszowa może nam także oddawać pewne, czasem ważne usługi w uwidocznianiu bakteryi lub zarazków drobnowidowych, zwłaszcza takich, których barwienie przedstawia pewne trudności lub wymaga dłuższego czasu. Odnosi się to w pierwszym rzędzie do krętowłosa bladego (spirochaete pallida), którego barwienie zwykłą metodą wymaga całej doby, a daje obrazy bardzo delikatne. Metoda badania w polu zaciemnionem (Dunkelfeidbeleuchtung), bardzo piękna, wymaga już pewnej wprawy i osobnego przyrządu, nie każdemu praktykowi dostępnego. Metoda tuszowa jest tu niezmiernie prosta: kropelkę wydzieliny z wrzodu twardego lub kłykciny, uzyskanej przez podrażnienie (»Reizserum«), miesza się na szkiełku przedmiotowem z równie wielką kropelką tuszu (najlepiej używać wyrobu Günthera i Wagnera z Wiednia, t. zw. Perltusche) i rozciera cienką warstwą, jak n. p. krew lub wysięki. Na brunatnem tle z łatwością można odszukać eleganckie i gęste zwoje krętowłosa bladego i odróżnić je n. p. od szerokich falistych skrętów krętowłosa błyszczącego (sp. refringens). Naturalnie, że metoda tuszowa nie stworzy krętowłosów tam, gdzie ich niema, może ona tylko uprościć i ułatwić ich znalezienie tam, gdzie są obecne, choć i tu trzeba będzie czasem kilka preparatów przeszukiwać przez dłuższy czas, zanim się znajdzie jeden egzemplarz. Nacisk pewien trzeba położyć na dostateczną

cienkość preparatu; kontrast między bezbarwnym krętowłosem a tuszowem jego podłożem będzie najwyraźniejszy wtedy, jeśli warstwa tuszu nie nakryje krętowłosa, t. z. jeśli jej wysokość nie będzie przewyższała grubości krętowłosa. W preparatach grubszych krętowłos staje się mniej wyraźny, przesłonięty brunatnym cieniem. Gdy chodzi o inne, grubsze bakterye, to warstwa tuszu może być odpowiednio grubsza. Prawdopodobnie metoda tuszowa będzie także oddawać pewne usługi w znajdowaniu krętka Obermeierowskiego (spirochaete febris recurrentis), krętowłosa najcieńszego (sp. pertenuis, zarazka framboezyi) i innych pokrewnych.

Wreszcie chciałbym też wspomnieć o tem, że metoda tuszowa da nam, być może, pewne wyjaśnienie co do budowy komórki bakteryjnej. I tak w preparatach grubszych różne laseczki i bakterye okazują bardzo wyraźnie dokoła szarobrunatnowej części środkowej jasny rąbek protoplazmy zewnętrznej (ekdoplazmy), potwierdzając w ten sposób dane, uzyskane przezemnie dawniej zapomocą różnych metod barwienia. Światło, przechodzące przez warstwę brzeżną bakteryi, przechodzi przez grubszą warstwę tuszu, niż promienie, przechodzące przez środek bakteryi. Gdyby tedy bakterye przedstawiały masę optycznie jednolitą, w naszych preparatach grubych środkowa ich część powinnaby być najjaśniejsza, obwodowa ciemniejsza. Skoro zaś w rzeczywistości rzecz ma się przeciwnie, wolno stąd wnosić, że warstwa zewnętrzna musi się odznaczać inną budową fizyczną lub chemiczną, niż reszta komórki bakteryjnej. Co do rzęsek bakteryi, tworów, zbliżonych delikatnością swą do krętowłosa, a raczej przewyższających go jeszcze w tym kierunku, dotąd nie udało się ich uwidocznić zapomocą metody tuszowej; może dalsze udoskonalenia metody do tego jeszcze doprowadzą. Kończąc, uważam sobie za miły obowiązek podziękować i na tem miejscu WP. Prym. Drowi E. Borzęckiemu za uprzejmie udzielone mi pozwolenia zbadania zapomocą metody tuszowej szeregu przypadków kiłowych i innych pochodzących z Jego oddziału.

Piśmiennictwo. Burri: Das Tuscheverfahren. Jena. Fischer, 1909.

Wpływ kąpieli gazowych mineralnych na krążenie krwi.

Podał

Dr Witold Skórczewski

z Krynicy.

(Dokończenie).

Gdy jednak pomiary przed i po kąpieli wykonywałem według przepisów H. Recklinghausena na osobach siedzących, a w kąpieli z konieczności na osobach pół-leżących i przy różnem ustawieniu ręki wobec ciała, zmuszony jestem do liczb, otrzymanych podczas kąpieli, dodać odpowiednie poprawki, otrzymane przez pomiary ciśnienia przed i po wejściu, a następnie po wyjściu z wanny próżnej, t. zn. wody nie zawierającej. Tablica III. jest właśnie wynikiem doświadczeń, wykonanych w celu otrzymania poprawki; jest ona zestawiona z dwu grup doświadczeń i zgodna z liczniejszemi doświadczeniami, których, aby uniknąć rozwlekłości, nie podaję. W grupie I., t. zn. w sześćdziesięciu doświadczeniach z I. tablicy, otrzymana poprawka jest mniejsza, ponieważ wanny, do doświadczeń używane, były płytsze; w grupie II., t. zn. w doświadczeniach z tablicy VII., VIII. i IX., gdzie używane wanny były głębsze, poprawka jest nieco większa. Tablica ta prócz pomiarów ciśnienia zawiera i pomiary liczby tętna i oddechów, które zdają się wskazywać na przyspieszanie się czynności serca i nieznaczne przyspieszanie się oddechu podczas przebywania w pozycyi pół-leżącej w wannie. Obniżanie ciśnienia w I. grupie z tablicy III. wahało się od 0—10 cm³ słupa wody, dla grupy drugiej od 0—20 cm³ słupa wody.

W ten sposób otrzymanemi poprawkami uzupełnić musiałem odpowiednie tablice, podając je w nagłówku, a następnie odejmując od średnich, otrzymanych w czasie kąpieli. Poszczególne mierzenia wpisane są bez poprawek i należy je uzupełnić poprawką dla ocenienia rzeczywistego wpływu kąpieli na ciśnienie.

Zestawiając otrzymane w tablicy I. wyniki, dochodzimy do przekonania, iż wpływ kąpieli na ciśnienie palpatoryczne tak się przedstawia: Gdy w 6 kąpielach wodnych 24° R spostrzeżono po uwzględnieniu poprawki podniesienie ciśnienia, a w 4 spadek, to przy kąpielach gazowych o tej samej ciepłocie 3 razy stwierdzono podniesienie ciśnienia, a w 7 spadek. Po kąpielach, gdzie liczby są pewniejsze, bo tutaj nie uwzględniano poprawki, w połowie przypadków mamy podniesienie, w połowie obniżenie ciśnienia. Średnie podczas tych kąpieli wynoszą dla wodnych — 2·5 cm sł. wody, dla kąpieli gazowych — 2·9 cm sł. wody, gdy natomiast po kąpieli — 0·7 i + 3 cm sł. wody.

Przy stosowaniu kąpieli wodnych 27° R w 3 kąpielach spostrzegłem podniesienie ciśnienia, w 6 obniżenie, w 1 ciśnienie było bez zmiany; przy takichże gazowych stosunek 3 do 7 został również utrzymany; po tychże kąpielach wodnych 5 razy, a po gazowych 3 razy stwierdziłem podniesienie ciśnienia. Średnie dla kąpieli o ciepłocie 27° wynoszą dla wodnych — 3·2, dla kąpieli gazowych — 4·7 cm sł. wody, gdy natomiast po kąpieli — 0·9 i — 2·6 cm sł. wody.

Przechodząc wreszcie do kąpieli 30° R, stwierdziłem tu znaczniejsze obniżenie się ciśnienia podczas kąpieli, aż u 19 osób. Raz tylko w kąpieli gazowej obniżenia ciśnienia nie było. Po kąpielach wodnych 30° w 3 przypadkach stwierdziłem podniesienie ciśnienia, przy gazowych w 2 przypadkach. Średnie dla tych kąpieli są podczas kąpieli — 15·7 i — 15·3 cm sł. wody, po kąpieli — 1·7 i — 8·2 cm sł. wody. Tutaj zaznacza się różnica w kąpieli mineralnej, może zależna od znaczniejszego rozszerzenia naczyń skórnych.

Przy pomiarach ciśnienia spostrzedz było można również jako niestały objaw, przemijające bezwzględne podniesienie się ciśnienia. I tak objaw ten w mych doświadczeniach spostrzegłem 5 razy z początkiem kąpieli mineralnej 24° R, 4 razy przy takiejże wodnej, 2 razy przy kąpieli gazowej 27° R, 3 razy przy wodnej, 2 razy przy kąpieli mineralnej 30° R, 1 raz przy wodnej 30° R.

Tak więc badając ciśnienie palpacyjne tych dwóch typów kąpieli, nie możemy spostrzedz wybitniejszej różnicy

TABLICA III.

	1. siedząco przy stole					2. pół-leżąco w wannie					3. jak w 1. po wyjściu				
	ciśnienie palpatoryczne	ciśn. rozkurcz. oscylacyjne	ciśnienie skurcz. oscylacyjne	liczba tętna	liczba oddechów	ciśnienie palpatoryczne	ciśn. rozkurcz. oscylacyjne	ciśnienie skurcz. oscylacyjne	liczba tętna	liczba oddechów	ciśnienie palpatoryczne	ciśn. rozkurcz. oscylacyjne	ciśnienie skurcz. oscylacyjne	liczba tętna	liczba oddechów
I. S. C. l. 18	140	100	160	72	22	130	95	140	76	22	140	90	150	70	23
II. » »	140	90	150	70	23	120	90	140	78	22	140	90	150	68	21
I. J. I. l. 19	140	75	155	80	25	130	75	140	82	26	142	75	160	76	25
II. » »	140	85	155	76	28	120	70	130	82	28	140	75	155	80	25
I. S. Ł. l. 26	145	100	160	84	12	140	90	160	86	12	140	90	160	82	12
II. » »	140	90	160	82	12	130	80	150	76	—	140	80	150	78	12
I. J. R. l. 33	130	80	140	66	16	120	65	130	68	18	130	80	140	70	16
II. » »	140	90	150	64	16	130	80	140	70	14	130	80	140	66	16
I. B. K. l. 49	145	100	150	60	16	145	100	150	62	18	145	110	150	56	18
II. » »	145	110	150	56	18	145	100	150	60	18	150	110	160	60	18
Średnie: grupa I.	140	91	153	—	—	133	85	144	—	—	139·4	89	152	—	—
Średnie: grupa II.	141	93	153	—	—	129	84	142	—	—	140	87	151	—	—
Średnia	140·5	92	153	71	18·8	131	84·5	143	74	19·7	139·7	88	151·5	70·6	18·6
Różnice: grupa I.	—	—	—	—	—	−7	−6	−9	—	—	—	—	—	—	—
Różnice: grupa II.	—	—	—	—	—	−12	−9	−11	—	—	—	—	—	—	—
Różnice razem	—	—	—	—	—	−9·5	−7·5	−10	—	—	—	—	—	—	—

Pomiary ciśnienia wykonane przy zmianie położenia ciała osoby siedzącej przy stole i w wannie próżnej.

między niemi. Również nie możemy zauważyć większej tendencyi kąpieli gazowej do podnoszenia ciśnienia, niż kąpieli wodnej.

Natomiast pewne różnice spostrzedz możemy przy badaniu ciśnienia rozkurczowego podczas kąpieli wodnych i gazowych. I tak dla kąpieli wodnej podczas kąpieli 24, 27 i 30° mamy obniżenie ciśnienia o 7·0, 4·0, 12·0, dla kąpieli gazowych przy tej samej ciepłocie obniżenie o 6·9, 3·4 i 6·8. Objaw ten wyraziściej występuje przy następnych doświadczeniach i zwrócę na niego w odpowiedniem miejscu jeszcze uwagę, jako na mniejsze obniżanie się ciśnienia rozkurczowego przy kąpielach gazowych.

Ciśnienie skurczowe oscylacyjne idzie w parze z ciśnieniem palpacyjnem i daje z niem prawie takie same wyniki, ponieważ jednak nie jest ono dla oznaczenia ciśnienia tak dokładne, jak metoda palpacyjna, więc nie będę zajmował się dokładniejszem omówieniem wyników tutaj otrzymanych, odsyłając do tablic każdego, ktoby chciał je zestawić.

Również i pomiary, wykonywane po kąpielach w czasie od 10 do 30 minut, nie wykazywały znaczniejszego zwiększenia się palpacyjnego ciśnienia krwi. Pomiary wykonałem w 6 kąpielach wodnych i 11 kąpielach mineralnych, w których to podniesienie ciśnienia przy 24° R wyniosło średnio 3·6 cm, a przy 30° obniżenie o 0·8 cm sł. wody, gdy przy pierwszych otrzymałem + 0·5 i — 10 cm sł. wody. Po 4 kąpielach wodnych znalazłem obniżenie, po jednej podniesienie ciśnienia, raz ciśnienie nie uległo zmianie. Po 6 kąpielach gazowych stwierdziłem obniżenie, po 5 podniesienie ciśnienia.

Na załączonej tablicy pierwszej mamy równocześnie zestawienie liczby tętna i oddechów przed, w czasie i po kąpieli. Stwierdzić tutaj można stałe obniżanie się liczby tętna przy kąpielach 24° R, podczas kąpieli występujące, a po kąpieli największe, dochodzące tak przy kąpieli wodnej, jak i gazowej 7—8 uderzeń na minutę, przy kąpielach 27° około 4—6, przyczem średnie kąpieli gazowej są nieco wyższe, niż wodnej. Przy kąpielach 30° obniżenia liczby tętna podczas kąpieli wodnej nie spostrzegłem, lecz przy kąpieli bezwodnikowej nieznaczne podwyższenie średnio o 2 uderzenia na minutę, po tychże kąpielach nieznaczne obniżenie od 1—2 uderzeń na minutę.

Co do charakteru tętna, to spostrzegałem, zwłaszcza przy kąpielach 30° R, tak wodnych, jak mineralnych, powiększenie się tętna wraz z równoczesnem zmniejszaniem się napięcia. Tętno stawało się duże, miękkie. Na krzywych tętna, które podaję wraz z objaśnieniami każdej tablicy, spostrzedz możemy następujące różnice. W czasie

TABLICA IV.

l. tętna 68.

l. oddechów 20.



l. tętna 68.

l. oddechów 13.



l. tętna 64.

l. oddechów 18.



Krzywe tętna J. R., l. 33, przed I, podczas II i po III kąpieli wodnej 24^0 R. Na obrazie II spostrzedz można powiększenie fali, jej szybsze powstawanie, wyraźniejsze zaznaczenie fali skurczowej, obniżenie zagłębienia tętniczego, wzmocnienie fali dikrotycznej i elewacyjnych.

TABLICA V.

l. tętna 69.

l. oddechów 15.



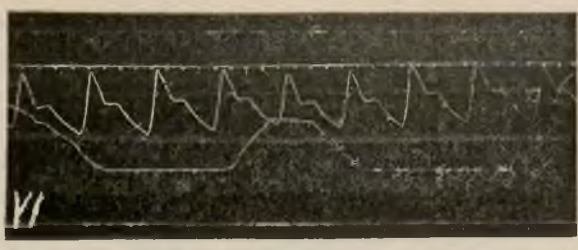
l. tętna 76.

l. oddechów 16.



l. tętna 66.

l. oddechów 14.



Krzywe tętna i oddechów T. S. l. 28 przed (IV), wśród (V) i po (VI) kąpieli wodnej 27^0 R. Obrazy analogiczne do poprzednich, różnica wielkości krzywych znaczniejsza.

kąpieli zdjęte tętno różni się od tętna przed i po kąpieli wyraźniejszem zaznaczeniem fali skurczowej, ostrzejszem wznoszeniem się krzywej wstępującej, obniżeniem zagłębienia tętniczego (Aortensenkung), wyraźnem powiększeniem fali dwubitnej (dikrotycznej) i zwiększeniem się, zwłaszcza przy kąpielach chłodnych, fal elastycznych. Powiększenie się wysokości tętna jest największe przy kąpielach chłodnych (w związku prawdopodobnym ze zmniejszeniem liczby tętna), obniżenie zagłębienia tętniczego jest największe przy kąpielach o 30^0 R, zależnie od obniżenia ciśnienia w tętnicy. Różnicy w tętnie, spisywanem w kąpieli gazowej i wodnej, dopatrzeć się nie mogłem.

TABLICA VI.



l. tętna 81.

l. oddechów 10.



l. tętna 90.

l. oddechów 9.



l. tętna 78.

l. oddechów 11.

Krzywe tętna S. Ł., l. 25, przed (VII), w czasie (VIII) i po (IX) kąpieli mineralnej 30^0 R. Obraz krzywych podobny do poprzednich.

Przy rozważaniu obrazów tętna zastrzedz się muszę, iż również i tutaj zmiana położenia ręki wobec ciała, ułożenia ciała i wysokości zdejmowanego tętna wobec serca nie jest bez wpływu na obraz tętna. Stąd na karb błędów należałoby w znacznej części przyjąć obniżenie zagłębienia tętniczego i powiększenie fali dikrotycznej. Może będę mógł przeprowadzić doświadczenia, w których popełniane błędy zdołam zmniejszyć.

Przy sposobności omawiania sprawy krążenia wspomnieć jeszcze muszę o zwiększaniu się wydalania moczu, stwierdzanego przez Lehmana tak podczas kąpieli bezwodnikowo mineralnej, jak wodnej, około $70^0/_0$, przy zmniejszaniu się tej odsetki przy użyciu kąpieli cieplejszej. Spostrzeżenia te objaśniają do pewnego stopnia sprawę krążenia w narządach wewnętrznych.

Według Winternitza zwiększa się pojemność oddechowa podczas kąpieli gazowej znacznie, mianowicie o 1 litr na minutę. Sommer zwraca uwagę na przedłużenie wdechów, a Reisner i Grote stwierdzili obniżenie granic

TABLICA VII.

		ciśnienie palpatoryczne	ciśn. rozkurcz. oscylacyjne	ciśnienie skurcz. oscylacyjne	liczba tętna	liczba oddechów
K. S. l. 16	przed kąpielą	130	90	145	82	20
	wśród kąpieli	115	88	137	78	26
	z końcem kąpieli	113	90	124	80	26
	po kąpieli	121	97	131	78	32
S. C. l. 18	przed kąpielą	160	98	180	76	26
	wśród kąpieli	130	70	150	80	22
	z końcem kąpieli	120	75	140	64	18
	po kąpieli	153	100	160	62	22
J. I. l. 19	przed kąpielą	140	100	160	82	23
	wśród kąpieli	126	90	132	76	22
	z końcem kąpieli	117	90	128	74	22
	po kąpieli	129	90	145	68	20
„	przed kąpielą	135	90	150	80	24
	wśród kąpieli	120	80	135	82	25
	z końcem kąpieli	121	78	130	74	21
	po kąpieli	140	100	140	72	25
S. Ł. l. 25	przed kąpielą	140	90	160	82	11
	wśród kąpieli	130	80	140	80	12
	z końcem kąpieli	125	78	140	78	11
	po kąpieli	140	90	160	72	10
„	przed kąpielą	152	100	190	100	14
	wśród kąpieli	128	100	140	90	14
	z końcem kąpieli	127	93	138	78	11
	po kąpieli	138	100	163	82	12
T. S. l. 28	przed kąpielą	138	88	160	74	19
	wśród kąpieli	130	90	145	62	18
	z końcem kąpieli	130	88	?	60	20
	po kąpieli	130	75	?	64	16
„	przed kąpielą	137	95	150	74	18
	wśród kąpieli	118	80	130	68	17
	z końcem kąpieli	120	80	125	64	16
	po kąpieli	130	?	?	62	16
S. S. l. 29	przed kąpielą	135	90	140	80	24
	wśród kąpieli	124	75	138	72	24
	z końcem kąpieli	111	80	128	70	20
	po kąpieli	123	85	135	60	21
B. K. l. 49	przed kąpielą	151	99	160	72	22
	wśród kąpieli	123	84	140	74	20
	z końcem kąpieli	123	81	130	64	20
	po kąpieli	147	95	160	62	20
Średnie	przed kąpielą	142	93	160	80	20
	wśród kąpieli	123	84	139	76	20
	z końcem kąpieli	121	83	131	71	19
	po kąpieli	135	93	149	63	19
Różnice	przed kąpielą	—	—	—	—	—
	wśród kąpieli	—19	—9	—21	—4	±0
	z końcem kąpieli	—21	—10	—29	—9	—1
	po kąpieli	—7	±0	—11	—12	—1
Różnice po dodan. poprawki	wśród kąpieli	—7	±0	—10	—	—
	z końcem kąpieli	—9	—1	—18	—	—

Pomiary ciśnienia krwi, liczby tętna i oddechów w kąpielach mineralnych 27° R trwających trzydzieści minut. Poprawka dla dodania podczas kąpieli wynosi 12, 9, 11 dla ciśnień palpator., rozkurczowego i skurczowego oscylacyjnych.

TABLICA VIII.

		ciśnienie palpatoryczne	ciśn. rozkurcz. oscylacyjne	ciśnienie skurcz. oscylacyjne	liczba tętna	liczba oddechów
S. C. l. 18	przed kąpielą	152	90	180	90	24
	wśród kąpieli	120	—	—	—	—
	z końcem kąpieli	110	75	130	72	20
	po kąpieli	137	93	160	72	22
J. I. l. 19	przed kąpielą	137	90	160	82	24
	wśród kąpieli	—	—	—	—	—
	z końcem kąpieli	113	65	135	84	24
	po kąpieli	138	93	145	76	22
A. G. l. 21	przed kąpielą	150	95	167	80	12
	wśród kąpieli	—	—	—	—	—
	z końcem kąpieli	118	70	130	82	16
	po kąpieli	140	90	148	73	12
M. B. l. 21	przed kąpielą	142	75	160	88	24
	wśród kąpieli	143	75	150	—	—
	z końcem kąpieli	133	65	140	86	28
	po kąpieli	143	80	160	76	22
W. T. l. 22	przed kąpielą	150	110	170	92	21
	wśród kąpieli	—	—	—	—	—
	z końcem kąpieli	128	70	150	84	16
	po kąpieli	137	90	145	74	22
A. T. l. 25	przed kąpielą	138	90	155	94	20
	wśród kąpieli	—	—	—	—	—
	z końcem kąpieli	113	70	130	76	15
	po kąpieli	140	91	160	74	14
S. Ł. l. 25	przed kąpielą	136	93	150	94	12
	wśród kąpieli	130	75	131	—	—
	z końcem kąpieli	129	80	140	72	16
	po kąpieli	137	100	155	70	10
O. P. l. 29	przed kąpielą	130	103	135	64	18
	wśród kąpieli	—	—	128	—	—
	z końcem kąpieli	113	80	128	64	14
	po kąpieli	140	93	145	58	14
J. R. l. 33	przed kąpielą	132	95	150	76	20
	wśród kąpieli	—	—	—	—	—
	z końcem kąpieli	110	70	110?	76	14
	po kąpieli	135	95	150	66	22
B. K. l. 49	przed kąpielą	140	100	140	82	22
	wśród kąpieli	140	100	140	—	—
	z końcem kąpieli	128	90	130	76	12
	po kąpieli	139	105	145	72	20
Średnie	przed kąpielą	141	94	158	84	20
	wśród kąpieli	133	83	140	—	—
	z końcem kąpieli	120	74	132	77	18
	po kąpieli	139	93	151	71	18
Różnice	przed kąpielą	—	—	—	—	—
	wśród kąpieli	—8	—11	—18	—	—
	z końcem kąpieli	—21	—20	—26	—7	—2
	po kąpieli	—2	—1	—7	—13	—2
Różnice po dodan. poprawki	wśród kąpieli	+4	—2	—7	—	—
	z końcem kąpieli	—9	—11	—15	—	—

Pomiary ciśnienia krwi, liczby tętna i oddechów w kąpielach mineralnych 27° R, trwających 10 minut, z wodą przez 24 godzin wystałą w wannie. Poprawka dla dodania podczas kąpieli wynosi dla ciśnienia palpator. 12, dla rozkurcz. oscyl. 9, dla skurcz oscyl. 11 cm. sł. wody.

płuc ku dołowi o 1 do 3 ctm, przy równoczesnem od tego zależnem obniżeniu uderzenia koniuszkowego serca i zmniejszeniu stłumienia bezwzględnego (Groedel II. i Groedel III.). Liczba oddechów ma się według Stiflera po nieznacznem powiększeniu z początku kąpieli wodnej, jak i gazowej, obniżać, a powracać do normy po kąpieli. W załączonej tablicy I. nie można stwierdzić równomiernego wpływu kąpieli na ilość oddechów, występuje tak dobrze przyspieszenie, jak zwolnienie oddychania, a średnie nie wykazują poza 2 oddechy na minutę przechodzących różnic w kierunku zwolnienia podczas kąpieli i po kąpieli.

Badania stłumienia serca i ocenianie z wielkości jego wpływu kąpieli na serce wobec zmienności granic płuc znaczenia mieć nie mogą. Jedynie ortodiagraficznie moglibyśmy otrzymać pewne dane, jednak dotychczasowe badania Seliga (Berliner klinische Wochenschr. Nr 22, 1909) dały zmienne wyniki.

Dla dalszego ocenienia sprawy działania kąpieli gazowych przeprowadzałem dalsze doświadczenia, zamieszczone na tablicach VII., VIII. i IX. Na tablicy VII. mamy obraz pomiarów z 10 doświadczeń, wykonanych u 7 osobników zdrowych w kąpielach gazowych, trwających przez 30 minut przy ciepł. 27⁰ R. Tutaj spostrzegamy aż w 9 przyp. obniżenie względne ciśnienia palpacyjnego, w jednym natomiast tylko nieznaczne podniesienie. Stąd wysnućby można wniosek, iż dłuższe działanie kąpieli w kierunku rozszerzenia naczyń skórnych wywoływałoby nieco znaczniejsze obniżenie ciśnienia, jeśli porównamy wyniki, tutaj otrzymane, z wynikami, otrzymanymi przy 10-minutowej kąpieli 27⁰ R. Również i po kąpieli stosunek ten byłby utrzymany: 8 razy ciśnienie było obniżone, raz podwyższone, raz bez zmiany. Względne ciśnienie rozkurczowe nie obniża się tutaj średnio zupełnie, po kąpieli nieznacznie o 1 cm. I mamy tutaj jeszcze wyraziściej występujący fakt niestosunku obniżenia się ciśnienia palpatorycznego i rozkurczowego, co, jak już zauważyłem, jest charakterystyczną dla tych dwóch typów kąpieli różnicą. Liczba tętna obniża się w doświadczeniach z tablicy VII. do 13 uderzeń po kąpieli.

W następnej tablicy VIII. zebrałem znowu 10 doświadczeń z kąpielami, które były przygotowane z wody mineralnej, przez 24 godzin wystałej w wannie w celu pozbawienia wody nadmiaru bezwodnika węglowego. I tutaj ciepłota kąpieli wynosiła 27⁰ R, czas trwania natomiast 10—15 minut. I tutaj spostrzegamy zaledwie u 2 osób względne podwyższenie, a u 8 obniżenie ciśnienia palpatorycznego w czasie kąpieli; obniżenie jest średnio nawet dość znaczne, wynosi 9 cm^3 sł. wody. Natomiast po kąpieli u 6 osób stwierdzić mogłem podwyższenie ciśnienia. Ciśnienie rozkurczowe zachowywałoby się tutaj różnie, jak w tablicy VII. Stwierdzamy bowiem tutaj obniżenie, analogiczne do ciśnienia palpatorycznego. Liczba tętna obniżona do 13 uderzeń po kąpieli, liczba oddechów nieznacznie obniżona.

Wyniki, otrzymane w tablicach VII. i VIII., prócz dowodów przeciw działaniu swoiście hyperstenicznemu kąpieli gazowych, zaznaczają wyraźnie różnicę w zachowaniu się ciśnienia rozkurczowego w kąpieli, zawierającej znaczne ilości bezwodnika węglowego, a takiej, która jest go w większej części pozbawiona. Przytem dodać muszę, iż wpływ tej drugiej na rozszerzenie naczyń skórnych jest bez porównania mniejszy, czem również tłómaczyćby można nizkie liczby ciśnienia palpatorycznego, otrzymane po kąpielach w tablicy VII., zwłaszcza w porównaniu z tablicą VIII.

TABLICA IX.

		ciśnienie palpatoryczne	ciśn. rozkurcz. oscylacyjne	ciśnienie skurcz. oscylacyjne	liczba tętna	liczba oddechów
S. C. l. 18	przed kąpielą	140	100	160	68	20
	z pocz. kąpieli	—	—	—	—	—
	z końcem kąpieli	140	100	146	60	20
	po kąpieli	140	90	150	58	20
J. I. l. 19	przed kąpielą	150	90	160	80	26
	z pocz. kąpieli	—	—	—	—	—
	z końcem kąpieli	135	90	140	74	24
	po kąpieli	140	90	150	62	24
A. T. l. 25	przed kąpielą	140	100	160	80	20
	z pocz. kąpieli	—	—	—	58	21
	z końcem kąpieli	130	?	?	58	—
	po kąpieli	140	90	145	68	16
J. R. l. 33	przed kąpielą	125	90	140	88	20
	z pocz. kąpieli	—	—	—	68	20
	z końcem kąpieli	125	83	130	—	—
	po kąpieli	135	95	155	64	22
B. K. l. 49	przed kąpielą	140	90	150	68	22
	z pocz. kąpieli	—	—	—	56	26
	z końcem kąpieli	140	100	145	58	20
	po kąpieli	150	105	150	60	18
Średnie	przed kąpielą	139	94	154	77	21·6
	z pocz. kąpieli	—	—	—	—	—
	z końcem kąpieli	134	93	140	63·6	21
	po kąpieli	141	94	150	62·4	20
Różnica	przed kąpielą	—	—	—	—	—
	z pocz. kąpieli	—	—	—	—	—
	z końcem kąpieli	—5	—1	—14	13·4	—0·6
	po kąpieli	+2	±0	—4	—14·6	—1·6
Różnica po dodaniu poprawki	z pocz. kąpieli	—	—	—	—	—
	z końcem kąpieli	+7	+8	—3	—	—

Pomiary ciśnienia krwi, liczby tętna i oddechów w kąpielach mineralnych 20⁰ R, trwających 10 minut. Poprawka dla dodania podczas kąpieli wynosi dla ciśnienia palpatorycznego 12, dla ciśn. rozkurczowego oscylacyjnego 9, dla ciśn. skurczowego oscylacyjnego 11 cm. sł. wody.

Wysokie liczby, jakie zauważamy w ostatnich dwu tablicach przy wpływie kąpieli rzeczonych na liczbę tętna zależne są prawdopodobnie od początkowych wysokich liczb. Nadmienić tutaj muszę, iż doświadczenia te wykonywałem między godz. 10—12 przedpołudniem u wyrobników oderwanych od pracy. Stąd czynność serca ich była nieco przyspieszona i pod wpływem kąpieli tak znacznie się co do częstości tętna obniżała.

Szczupłą mam liczbę doświadczeń, wykazujących działanie kąpieli gazowych o nizkiej ciepłocie 20⁰ R. I tutaj zauważyć mogłem zaróżowienie skóry, choć nie tak wybitne, jak przy kąpielach cieplejszych. W 5 doświadczeniach na tablicy IX. widzimy ich działanie, podnoszące ciśnienie czterokrotnie podczas kąpieli, dwukrotnie po kąpieli.

Takie otrzymałem wyniki w moich doświadczeniach.

Zastrzegając się przeciw uogólnianiu mych doświadczeń na wszelkiego rodzaju kąpiele, zawierające bezwodnik węglowy, również i przeciw przenoszeniu tych wniosków na ludzi z chorym narządem krążenia, zestawiam następujące wyniki moich doświadczeń:

1. Zaczerwienienie skóry, zależne od działania bezwodnika, we wszystkich kąpielach gazowych silniejsze w kąpielach ciepłych, niż chłodnych, słabe w wystałych.

2. Zmienne wyniki w zachowaniu się ciśnienia palpatorycznego przy kąpielach 24 i 27° R z pewną tendencyą do obniżania się ciśnienia. Podniesienie się tegoż ciśnienia przy kąpielach 20°, a obniżanie przy 30° R. Kąpiele wodne zachowują się podobnie.

3. Zupełnie podobne wyniki przy mierzeniu oscylacyjnem ciśnienia skurczowego.

4. Niestosunkowo małe obniżenie ciśnienia rozkurczowego, jako swoiste oddziaływanie kąpieli gazowych.

5. Obniżenie ilości tętna, zwiększające się ze zmniejszeniem ciepłoty kąpieli, a powiększenie tegoż już przy ciepłocie 30° R.

6. Zmienne zachowanie się ilości oddechów, przy zazwyczaj spostrzeganem przedłużeniu wdechu i pogłębieniu oddychania.

Na zakończenie chciałbym przytoczyć zdanie Jacoba, a w nowszych czasach Kischa, którzy, wnosząc z rozszerzenia naczyń skórnych o ułatwieniu opróżniania krwi w sercu i z obniżenia liczby tętna przy stosowaniu dość chłodnych kąpieli gazowych, oceniali wartość ich zmniejszeniem pracy mięśnia sercowego i ułatwieniem mu potrzebnego wypoczynku.

Obecnie zajmuję się sprawą działania kąpieli gazowych na serce chore i otrzymane wyniki w swoim czasie ogłoszę.

Piśmiennictwo. 1. Beneke: Zur Therapie des Gelenkrheumatismus und der damit verbundenen Herzkrankheiten. 1872. — 2. Prof. Aug. Hensemann: Der Kohlensäure-Verlust bei Herrichtung von Bädern. Oesterr. Badeztg. Nr 19. 1877. Arch. Schmidt. B. 181. — 3. August Schott: Die Wirkung der Bäder auf das Herz. Berl. klinische Wochenschr. Nr 25. 1880. — 4) Tenże: Zur Therapie der chronischen Herzkrankheiten. Berl. klin. Wochenschr. Nr 33. 1885. — 5) Prof. Schott: Über Behandlung chronischer Herzkrankheiten im jugendlichen Alter. Wiener medic. Wochenschr. Nr 17—20. 1899. — 6. Tenże: Über das Verhalten des Blutdruckes bei der Behandlung chronischer Herzkrankheiten. Wien. med. Wochenschr. Nr 22. 1901. — 7. August i Theodor Schott: Die Nauheimer Sprudel- und Sprudelstrombäder. Berl. klin. Wochenschr. Nr 19. 1884. — 8. Prof. Dr Schott: Über Neurasthenia insb. Neurasthenia cordis. Veröff. der Hufeland. Gesellsch. in Berlin. Schmidt B. 231. — 9. H. Kisch: Real-Encyclopädie der ges. Heilkunde von Prof. Dr Eulenburg. — 10. Tenże: Die balnotherapeutische Erleichterung der Herzarbeit. Balneol. Congr. 1903. Deut. Medic. Ztg. 34. — 11. Tenże: Gynekotherapie in den Kurorten. Balneol. Congr. 1904. — 12. F. Kisch: Zur physiologischen Wirkung der natürlichen Kohlensäurebäder. Prag. medic. Wochenschr. Nr 49—50. 1906. — 13. Tenże: Zur physiologischen Wirkung der Kohlensäure Bäder. Ibidem Nr 49. — 14. Stifler: Wirkung reiner einfacher Stahlquellen bei Anämie. Berl. klin Wochenschr. Nr 16. 1882. — 15. Tenże: Wirkung kohlensäurer Stahl- und Eisenmoorbäder bei Krankheiten des Nervensystems. Bayr. ärzl. Intell. Bl. 1882. Schmidt. B. 198). — 16. Über physiologische differente Bäderwirkung. Deutsche Medic. Ztg. Nr 36, 37. 1895. — 17. Stifler: Über die Wirkungen künstlicher Bäder. Münch. medic. Wochenschr. Nr 27. 1897. — 18. Lehman: Blutdruck nach Bädern. Zeitschr. f. klin. Med. 1883. B. 6. — 19. Ernst Lehman: Über die Urinmengen nach Bädern nach gewöhnlichen und Thermalsolwasser. Berl. klin. Wochenschr. Nr 20. 1886. — 20. Jacob: Über Steuerung des Herzens durch Süsswasser- und Kohlensäure-Bäder u. s. w. Veröff. der Gesell. für Heilkunde in Berlin. XI. Balneol. Sect. 1884. Schmidt B. 205. — 21. Tenże: 20. Schlesischer Bädertag. Schmidt. B. 239. — 22. C. A. Ewald: Kurze Mittheilung über Kohlensäurebäder. Berl. klin. Wochenschr. Nr 25. 1887. — 23. F. A. Hofmann: Terapia ogólna. Warszawa, 1887. — 24. Adam: Die Wirkungen, welche Kohlensäurebader auf Herz- und Brustleiden ausüben. Nürnb. Balneol. Ztg. Nr 2. 1891. Schmidt 231. — 25. S. Graupner: Physiologische und klinische Bemerkungen zur Balneotherapie der chronischen Herzerkrankungen. Therap. Wochenschr. Nr 48. 1896. — 26. Tenże: Über die Möglichkeit die Druckkraft des Herzmuskels, die Grösse des Widerstandes u. s. w. zu bestimmen. Medic. Klinik Nr 33. 1909. — 27. Prof. Heinemann: Die physikalische Behandlung der chronischen Herzkrankheiten (nach Schott). Deut. mediz. Wochenschr. Nr 33. 1896. — 28. Doc. H. Schlesinger: Erfahrungen über die Wirkung von Kohlensäurebädern bei Herzkranken. Vortr. im. med. Club. Münch. medic. Wochenschr. Nr 24. 1897. — 29. H. Hensen: Über die Wirkung kohlensäurehaltiger Bäder auf die Zirkulation. Deut. medic. Wochenschr. Nr 35. 1899. — 30. Pachon: Journal de Physiol. et de Patologie generale Nr 16—15. 1899. — 31. Pisek: Terapia chorób serca i naczyń krwionośnych. Kraków, 1899. — 32. Afanassjew: Experimentelle Forschung über die Wirkung der mech. und therm. Hautreizung auf den allg. Blutdruck. Arch. Virchow. — 33. Hensen: Über die Wirkung kohlensäurehaltiger Bäder auf die Zirkulation. Wiener klin. Wochenschr. Nr 6. 1900. — 34. Buxbaum: Lehrbuch der Hydrotherapie. Leipzig, 1900. — 35. E. Kowalski: O wpływie kąpieli gazowych na narząd krążenia prawidłowy i chorobowo zmieniony. Przegląd lek. 1900, Nr 47—50. — 36. F. Battistini u. L. Rovere: Klinische Beobachtungen über die Anwendung von Salz- und Kohlensäure-Bädern in der Behandlung von Herzkrankheiten. Zeitschr. f. diät. u. physik. Therap. V. 7. 1901. — 37. Högerstedt: Einfluss warmer Bäder von 30° R bei Herzkranken. Petersb. med. Wochenschr. 1, 4, 7, 11. 1895. Schmidt 258. — 38. W. Edgecombe i W. Bain: Lancet. June, 1899. Virchow Arch. 1899. — 39. O. Müller: Über den Einfluss von Bädern und Douschen auf den Blutdruck beim Menschen. Deut. Arch. für klin. Med. B. 74. 1902. — 40. De la Harpe: Über den Einfluss kohlensaurer Bäder auf den Blutdruck. Corr. Bl. für Schweizer Ärzte Nr 7. 1903. Schmidt 28. — 41. Reisner u. Grote: Beitrag zur Wirkung der kohlensäurehaltigen Thermalsolen nach Versuchen an Nauheimer Bäder. Münch. medic. Wochenschr. Nr 40. 1903. — 42. H. Stillmarck: Über Blutdruckmessung in der Badepraxis. Petersb. med. Wochenschr. Nr 37. 1903. Schmidt B. 282. — 43. J. Jacob: Die Wirkungen des indifferent temperirten 35—36° C. Süsswasser- und Kohlensäurebades auf den Blutdruck. Zeitschr. für klin. Med. XLIX. 1903. — 44. James Mackensie: Die Lehre vom Puls. Frankfurt, 1904. — 45. Józef Pawiński: O wpływie kąpieli, zwłaszcza zawierających kwas węglowy, na krwiobieg. Odczyty klin. Nr 1. 1905. — 46. Prof. W. Jaworski i K. Flis: Badania fizykalno-chemiczne polskich wód zdrojowych i ich znaczenie w naukach lekarskich. Przegląd lek. Nr 21—23. 1905. — 47. Sommer. Über den Einfluss verschieden temperirter Bäder auf die Athemcurve. Ztschr. f. exp. Pathol. u. Therapie. I. 3. p. 480. 1905. — 48. J. Strassburger: Über Blutdruck, Gefässtonus und Herzarbeit bei Wasserbädern verschiedener Temperatur und bei kohlensäurehaltigen Soolbädern. Deut. Arch. f. klin. Med. Nr 5 i 6. 1905. — 49. H. Winternitz: Über die Wirkung verschiedener Bäder insb. auf den Gaswechsel. Deut. Arch. für klin. Medic. 3—4. 1902. — 50. Glax: Balneotherapie. 1906. — 51. H. v. Recklinghausen: Unblutige Blutdruckmessung. Arch. für exper. Pathol. u. Pharm. B. XV. 1906. — 52. Groedel II. i Groedel III. Die Beeinflussung der Herzdilatation durch kohlensäurehaltige Bäder. Monatschr. f. physik. diät. Heilmetod. Nr 1. 1909. — 53. Prof. H. Kisch: Die Balneotherapie der Anämien. Monatschr. für physik. diät. Heilmetod. Nr 3. 1909. — 54. H. L. Fellner: Über die physiologische Wirkung der Kohlensäurebäder.. XXX. Congress der balneol. Gesell. Berlin. Monatschr. für die physik. diät Heilmetoden Nr 4. 1909. — 55. B. Skórczewski: O zachowaniu się tętnic i żył pod wpływem strumienia gazu kwasu węglowego. Rozprawy Akademii Umiejętności w Krakowie 1878. — W polskiej literaturze jeszcze: 56. K. Steinsberg: Leczenie chorób serca we Francensbadzie. Przegląd lek. 1901. — 57. L. Steinsberg: O leczeniu miażdżycy układu naczyniowego we Francensbadzie. Gazeta lek. 1905. — 58. Z. Wąsowicz: O leczeniu przewlekłych chorób serca w Krynicy. Medycyna. — 59. F. Arnstein: Kilka

uwag o kąpielach nasyconych kwasem węglowym przy chorobach serca i naczyń. Czasopismo lek. 1903. — 60. K. Ciągliński: Przyczynek do leczenia balneologicznego chorych z cierpieniami serca i tętnic. Gazeta lek. 1904. — 61. Fr. Chłapowski: Pogląd na obecny stan leczenia zaburzeń sercowych kąpielami i środkami mechanicznemi. Nowiny lek. 1905. — 62. Z. Pelczar: O wskazaniach i przeciwwskazaniach do stosowania kąpieli gazowych. Przegląd lek. 1904. — Z piśmiennictwa angielskiego: Saundby, Bezby-Thorne (British Medical Journal, 1895), Kingskote, Campell (Lancet, 1896), Graigner, Leith (tamże). — Z piśmiennictwa francuskiego: Huchard (Extrait du Bulletin de l'Academie de Medecine 1903), Wybauw (Archiv. gen. de Med. 1904. Extr. du Journ. medic. de Bruxelles 1904), Laussedat (Extrait des Annales d'hydrologie, 1905).

Z oddziału chorób wewnętrznych szpitala krajowego w Sarajewie.

Kilka uwag o kiłowych schorzeniach narządu krążenia.

Skreślił

Prof. Dr L. Korczyński.

(Ciąg dalszy).

Przytoczone cyfry nie mówią nam co prawda o rodzaju zmian w sercu i nie dają podstaw dla statystyki, opartej na badaniach anatomicznych, ale w każdym razie posiadają wartość ogólną, przyczyniają się do sprostowania sądu, który o częstości kiłowych zmian w sercu wypowiada anatomia patologiczna.

Że badania anatomiczne musiały odgrywać pierwszorzędną rolę, jest zupełnie zrozumiałe. Wszak Virchow stawać wprost musiał w obronie istnienia kiły serca, udowadniać na podstawie badań anatomicznych, że zmiany kiłowe powstają i rozwijają się w sercu tak samo dobrze, jak i w innych narządach.

Wykazanie owych zmian, dokładne określenie właściwych ich cech, poznanie ich rozmieszczenia, stanowi niezaprzeczoną zasługę anatomii patologicznej. Ale ta okoliczność, że wszystko, co się odnosiło do kiły serca, podlegało bezwzględnej ocenie anatomii patologicznej, ocenie, bądź co bądź jednostronnej, miała strony ujemne, sprawiła, że pojęcie kiły serca zamknęło się w ciaśniejszem kole, aniżeli się istotnie należało. Przeglądając piśmiennictwo, zajmujące się tą sprawą, nie trudno dostrzedz, że, poza niewielu wyjątkami, obraca się ono ze szczególnem upodobaniem około samych tylko kilaków. Możnaby nieledwo na podstawie niektórych prac odnieść wrażenie, że w tych tylko przypadkach wolno mówić o kile serca, w których na stole sekcyjnym znaleziono guzy lub naciek kilakowy. I nie jest to zapewne prosty przypadek, że autor bardzo wyczerpującej i wielką wartość posiadającej pracy o kile serca, W. Stockmann [58]), gromadząc sekcyjne przypadki tej choroby, uwzględnił szczegółowo tylko przypadki kilaków. Wraz z własnymi zebrał ich 82. Na zmiany innego rodzaju pozostaje już bardzo niewiele, jeśli uwzględnimy, że cały materyał kazuistyczny obejmuje około 200 spostrzeżeń, a z tego przynajmniej w połowie niema wyniku oględzin pośmiertnych, bądź dlatego, że ich nie wykonano, bądź też dlatego, że chorzy pod wpływem swoistego leczenia w części przynajmniej odzyskali zdrowie.

Rozpoznanie anatomiczne w przypadkach kilaków było pewne, na wątpliwości co do pochodzenia sprawy nie było miejsca, przekonywającym dowodem była właściwa ich budowa, wreszcie wprost nawet obecność krętków, wykrytych w ostatnich czasach w przypadku A. Buschkego i W. Fischera [59]). Określenie pochodzenia zmian włóknistych w mięśniu lub zmian w ścianach naczyń napotykało na trudności. Podnosił to już Virchow, a za nim i późniejsi badacze. To też wszystkie zestawienia statystyczne, oparte właśnie na datach anatomicznych, wysuwają na plan pierwszy przypadki zwyrodnienia kiłowego i zaznaczają ich częstość, a raczej stanowczą przewagę. Skoro zaś ich ilość jest wogóle niewielka, stąd i naturalny wniosek, że kiła nie odgrywa zbyt wielkiej roli w powstawaniu chorób serca, względnie narządu krążenia.

Cała ta sprawa weszła na nowe poniekąd tory, odkąd przy badaniach tętniakowato zwyrodniałych tętnic pilniej zaczęto śledzić cechy tego zwyrodnienia w różnych jego okresach, oraz śledzić za takiemi zmianami, któreby pozwoliły odróżnić schorzenia naczyń pochodzenia kiłowego i przeciwstawić je poniekąd zwykłej miażdżycy tętnic, pojmowanej jako objaw starości, zużywania się.

W badaniach tych poszła anatomia patologiczna do pewnego stopnia śladami spostrzeżeń klinicznych, które świadczyły, że między powstawaniem tętniaków, a przebytą kiłą istnieje bliższy, bezpośredni związek. Można go nawet udowodnić liczbami, jak to czyni Runeberg [60]) w swym odczycie o kile serca, wygłoszonym na Zjeździe internistów krajów skandynawskich w Helsingfors w roku 1902. I tak dowiadujemy się z zestawienia Gerharda, że kiłę wykazać można w 56% wszystkich jego przypadków. Jest to cyfra najniższa. Welch podaje 60%, Etienne 69%, Malmsten 80%, Rasch 82%. W zakładzie anatomii patologicznej Hellera w Kilonii znajdowano kiłę nawet w 85%.

Stanowisko anatomii nie było dotąd tak jasno określone. Anatomowie uznawali wprawdzie, że kiła sprowadza, narówni z innymi czynnikami, przewlekłe zmiany w ścianach naczyń, że jest jedną z przyczyn miażdżycy, a w dalszym ciągu i tętniaków, ale nie godzili się z tem, aby istnieć miała odrębna kiłowa postać zwyrodnienia tętnic, miażdżyca kiłowa — jeśli dla jasności użyjemy tego określenia — jako swoista postać. I to był punkt sporny między kliniką, a anatomią.

Do rozjaśnienia sprawy przyczyniły się niemało badania Hellera i jego uczniów, zwłaszcza Doehlego. Na prace te wskazuje v. Düring [61]); podnosi ich doniosłość naukową i znaczenie praktyczne. Doprowadziły one do stanowczego rozdzielenia t. zw. kiłowego zapalenia tętnic — mesarteriitis luetica — od właściwej miażdżycy — endarteriitis deformans.

Kiłowe zapalenie tętnic cechuje się według opisu Doehlego powstawaniem pierwotnych zmian w błonie mięsnej naczynia. Na preparatach drobnowidowych widać w świeżych przypadkach bardzo wyraźnie jej zgrubiałe za-

[58]) W. Stockmann l. c.

[59]) A. Buschke i W. Fischer: Deutsche medic. Wochenschrift, 1909.

[60]) Runeberg l. c.

[61]) v. Düring: Deutsche mediz. Wochenschrift, 1904.

rysy. Zgrubienie powstaje jako następstwo nacieku zapalnego, zajmującego bądź to rozległe przestrzenie, bądź też ograniczonego w postaci mniejszych i większych wysepkowatych ognisk. Zależnie od swego wieku przedstawiają te chore części tętnicy albo obraz drobnokomórkowego nacieku, albo wyglądają jak młoda, organizująca się dopiero tkanka łączna. Rozwijając się dalej, rozpycha ta tkanka coraz bardziej pierścienie i włókna mięsne i wreszcie sprowadza ich zanik. Właściwem dla tego przewlekłego zapalenia jest i to jeszcze, że od błony zewnętrznej naczynia (adventitia) snują się w głąb jego ściany nowo wytworzone, drobne naczyńka włosowate, rozpościerają się w błonie mięsnej i dochodzą nierzadko aż do błony wewnętrznej. Wśród ognisk zapalnych spotkać się można tu i owdzie z komórkami olbrzymiemi, o ile zmiany są jeszcze świeże. Błona wewnętrzna może być albo zupełnie prawidłowa, albo też zgrubiała tu i owdzie.

Wewnętrzna powierzchnia zmienionego w ten sposób naczynia, posiada właściwe wejrzenie. Wygląda jakby pomarszczona pofałdowana; miejscami powstają płytkie zagłębienia, przypominające wgnioty na wyrobach złotych lub srebrnych, cechowanych zapomocą odpowiednich pieczątek. Wgnioty te nazywa Doehle wprost »Auspuntzungen«. Rozwój tkanki łącznej i zwyrodnienie włókniste naczyń stanowi końcowy okres zapalenia. W przeciwieństwie do miażdżycy rzeczywistej nie powstają nigdy t. zw, przemiany wsteczne, nie ma rozpadu tłuszczowego, zwapnienia, miażdżycowych owrzodzeń.

Badania Doehlego, ogłoszone w r. 1894 [62]), nie spotkały się odrazu z uznaniem. Z początku mało nawet na nie zwracano uwagi. Ale w biegu lat przybywały nowe prace, które dawały te same wyniki i kazały wysnuwać te same wnioski, uznawać istnienie swoistego kiłowego zapalenia tętnic. Prace takie ogłosili Backhaus [63]) i Rasch [64]) w parę lat po ogłoszeniu wyniku badań Doehlego. Wreszcie w r. 1903 dostarczyła »miażdżyca kiłowa« tematu do rozpraw na LXXV zjeździe lekarzy i przyrodników niemieckich w Kassel [65]). I tam obaj sprawozdawcy, Chiari i Benda, przedstawili rzecz tak, jak ją przedstawiał Doehle, a zapatrywanie to znalazło zupełny oddźwięk w przemówieniach innych uczestników tych rozpraw.

Obecnie więc zupełnie już stanowczo można mówić o zapaleniu, względnie zwyrodnieniu naczyń pochodzenia kiłowego. A odnosić wolno to określenie zapewne nietylko do samego pnia tętnicy głównej, ściślej biorąc do jej części piersiowej, jak to czynił pierwotnie Doehle. Nie ulega chyba wątpliwości, że kiłowe zmiany powstawać mogą i w drobniejszych gałęziach. Fabinyi [66]) podał dokładny opis trzech przypadków, w których zapalenie kiłowe ograniczało się tylko do tętnicy podstawnej mózgu (a. basilaris). Saathof [67]) badał cztery podobne przypadki. G. Lion [68]) spostrzegał chorą, u której przy oględzinach pośmiertnych znaleziono przewlekłe zmiany kiłowe w obu tętnicach kręgowych. W jednem ze spostrzeżeń Quinckego [69]) istniały takież zmiany w tętnicy podobojczykowej lewej. Znane są także przypadki kiłowego zapalenia tętnic na kończynach dolnych i powstającego na tem tle chromania przestankowego, a nawet zgorzeli (gangraena angiosclerotica luetica).

(C. d. n.)

[62]) Por. v. Düring l. c.

[63]) Backhaus: Zieglers Beiträge T. 22 z. 3 (ref. Centralblatt für innere Med. T. 19 1898).

[64]) Rasch: Archiv für Dermat. und Syph. T. 47 Z. 1. (ref. Deutsche medic. Wochenschrift 1899 L. B. s. 114).

[65]) Por. Deutsche med. Wochenschrift 1903 str. 330.

[66]) Fabinyi: Schmidts med. Jahrb. T. 292, str. 244.

[67]) Saathof: ibidem.

[68]) G. Lion: Schmidts med. Jahrb. T. 269, str, 48.

[69]) Quincke: Centralblatt für innere Medizin T. 24, str. 1270

Oceny i sprawozdania.

Dr St. Serkowski. **Błonica. Sposoby badania i atlas mikrofotograficzny**. Warszawa 1910. Gebethner i Wolff. Str. 39 i 15 tablic.

Książka Dra Serkowskiego ma swe źródło w wykładach, wygłaszanych w czasie kursów dla lekarzy i przyrodników, które autor od lat kilku urządza w pracowni naukowej Towarzystwa lekarskiego warszawskiego. Tem tłomaczy się układ pracy, oraz zakreślone jej granice; na 39 stronicach podaje autor tylko zasadnicze podstawy bakteryologii błonicy, pomijając szczegóły specyalne, omawia więc kolejno w głównych rysach zapobieganie, zbieranie materyału do badania, morfologię i barwienie, hodowle, jadowitość, rozpoznanie bakteryologiczne zarazków błonicy, a wreszcie zarazki podobne. Na 15 dołączonych tablicach pomieścił autor odbicia fotograficzne (nie ryciny!) 31 fotografii i mikrofotografii, wykonanych przez siebie z własnych hodowli i preparatów. Ten sposób reprodukcyi nadaje ilustracyom szczególną wartość. Z.

Piśmiennictwo bieżące.

Neurologia i psychiatrya.

Prof. G. Anton. **Ogólne sprawozdanie z 22 operacyi mózgowych przez przekłucie sklepienia.** (Med. Klinik 1909, Nr 48). Autor podaje 22 przypadki. Operował Prof. Bramann. Technika operacyi następująca: Na czaszce z tyłu szwu wieńcowego, blizko szwu strzałkowego robi się mały otwór, przeważnie z prawej strony. Po nieznacznem rozszczepieniu opony twardej wprowadza się kaniulę wzdłuż sierpa mózgowego do sklepienia; po przebiciu sklepienia kaniula jest w przednim rogu komórki mózgowej. Otwór w sklepieniu powiększa się i w taki sposób stwarza się na dłuższy czas połączenie między komórką, a przestrzenią pod oponą twardą, co z jednej strony może przyczynić się do zmniejszenia ciśnienia wewnątrzmózgowego, z drugiej — do szybszego wessania się płynu. Wskutek operacyi żaden z operowanych nie umarł. Wskutek przypadkowych chorób w kilka miesięcy po trepanacyi umarło 3. Otwory w wielkiem spoidle jeszcze były utrzymane. Operowano 8 przypadków wodogłowia, 12 guzów mózgu (w tym jeden wągr), 1 padaczki, 1 spiczastogłowia (Turmschädel). Autor dochodzi do następujących wniosków: 1) Operacya przebicia sklepienia jest wskazana przy wodogłowiu u dzieci, przez co zapobiega się zrostowi czaszki, zanikowi mózgu, ewentualnie zanikowi móżdżku. 2) W przypadkach obrzęku mózgu, wywołującego wodogłowie wewnętrzne, operacya może na dłuższy czas usunąć przekrwienie nerwu wzrokowego. Usuwa męczące bole głowy, zawroty głowy, wymioty. Objawy obrzęku mózgu przez usunięcie ciśnienia są jaśniejsze, wyraźniejsze. 3) Połączenie komór z przestrzenią podoponową może zapobiedz powstaniu przepukliny mózgowej po trepanacyi. J. Bednarz.

G. Hohmann. **Przyczynek do leczenia wczesnych okresów porażenia rdzeniowego u dzieci.** (Münch. med. Wochs. Nr 49, 1909). Dla zmniejszenia silnych bólów, jakie chorzy odczuwają w początku choroby, nakładał autor gipsowe gorsety, podobnie jak przy próchnieniu kręgów. W taki sposób osiągał autor zupełną nieruchomość, co koiło bole, a nawet zdaniem autora może pomyślnie wpłynąć na dalszy przebieg choroby. J. Bednarz.

H. Haymann. **Polyneuritis i psychosis polyneuritica na gruncie morfinistycznym.** (Zentralbl. für Nervenh. und Psych. 1909, Z. 23). Autor opisuje ciekawy przypadek, w którym u 31-l. kobiety, histeryczki, nałogowej morfinistki, nie używającej jednak alkoholu, po zażyciu większej ilości morfiny rozwinęło się zapalenie wielu nerwów (polyneuritis). W toku tej choroby wystąpiła bardzo wyraźnie psychoza Korsakowska z amnezyą, konfabulacyą i t. p. Po kilkumiesięcznem leczeniu elektrycznością i strychniną stan chorej poprawił się. Odczyn Wassermana ujemny. Podczas choroby przez pewien czas były zaburzenia naczynioruchowe. Źrenice oddziaływały na światło bardzo słabo, po zażyciu zaś morfiny oddziaływanie źrenic bardzo żywe. Po przeprowadzeniu rozpoznania różniczkowego autor dochodzi do wniosku, że u morfinistów może wystąpić zapalenie wielu nerwów, podobne do zapalenia nerwów na gruncie alkoholicznym, do którego może przyłączyć się psychoza Korsakowska. J. Bednarz.

Thoma. **Przyczynek do kliniki i patologii ostrych psychoz z zejściem śmiertelnem.** (Allg. Zeitschr. für Psych. 1909, T. 66, Z. 5). Istnieje pewien zbiór objawów, objęty nazwą obłędu ostrego (delirium acutum), którego charakterystycznymi objawami są: rozprzężenie umysłu, pomieszanie ogólne, omamy, miotanie się, przyćmienie świadomości, oraz upadek odżywiania i podniesiona ciepłota. Śmierć w tych przypadkach następuje wskutek wyczerpania, czasem wskutek jakiejś choroby zakaźnej, powstającej pod koniec życia. Th. spostrzegał siedem takich przypadków i podaje wyniki klinicznego badania i sekcyi zwłok, oraz mikroskopowego badania kory mózgowej. Th. podkreśla, że starannie wybierał takie przypadki, gdzie było wyraźne »delirium acutum« i tylko w ostatnich dniach może przyłączyła się choroba somatyczna, o czem można przekonać się z wyniku sekcyi zwłok. Kliniczna obserwacya trwała od 5 do 10 dni. Okres zwiastunowy psychozy wahał się od kilku dni do kilku tygodni. Natychmiast po wybuchu ostrych objawów przywożono chorych do kliniki. Wskutek tak krótkiej obserwacyi klinicznej nie było można uczynić żadnego rozpoznania. Sekcya zwłok wykazała tylko w dwu przypadkach świeże ogniska zapalne w płucach. Th. badał wszystkie przypadki mikroskopowo, przyczem brał wycinki ze zwoju 1 i 2 czołowego, centralnego przedniego lub centralnego tylnego i z okolic szczeliny ostrogowej. Wycięte kawałki utrwalał w alkoholu, formolu i płynie Müllera. Komórki zwojowe barwiono metodą Nissla, glej podług Weigerta, włókienka (fibrillae) podług Bielschowskyego, nadto stosowano metodę Marchiego i Weigertowską metodę barwienia osłonek rdzennych hematoksyliną żelazną. Badanie mikroskopowe stwierdziło w 1 przypadku obraz odpowiadający porażeniu postępowemu, w 2 zmiany starcze, w 1. przypadku wybroczyny zakrywają obraz histologiczny — 3 zaś przypadki określa Th. jako psychozy czynnościowe. We wszystkich przypadkach stwierdził Th. zwyrodnienie komórek w rozmaitym stopniu. Tam, gdzie zwyrodnienie komórek było większe, trudniej było wykazać obecność włókienek (fibrillae) w komórkach, a sieć poza komórkami była rzadsza. Th. nie znalazł żadnych swoistych zmian histologicznych, tłomaczących szybki przebieg i śmiertelny koniec choroby i dochodzi do następujących wniosków: 1) Zbiór objawów, objęty nazwą obłędu ostrego (delirium acutum) nie jest zależny od jakiegoś szczególnego jemu właściwego tła chorobowego i może występować przy rozmaitych chorobach umysłowych. 2) Nie można wykazać histologicznie wspólnej przyczyny dla klinicznie jednakowego przebiegu, ponieważ zwyrodnienie komórek nie tłómaczy ani przebiegu, ani zakończenia choroby. 3) Dla braku dających się histologicznie wykazać zmian z jednej strony i pewnych zmian makroskopowych w mózgu z drugiej, nie można wyłączyć, że raptownie zaszłe zmiany fizyczne w substancyi mózgowej są przyczyną szybkiego i śmiertelnego przebiegu. 4) Dziedziczne obciążenie jest czynnikiem sprzyjającym szybkiemu i śmiertelnemu przebiegowi. (Do pracy dołączono pięć dobrych fotografii z preparatów mikroskopowych). J. Bednarz.

Long. **Długotrwałe leczenie padaczki bromkami i obniżeniem chlorków w pożywieniu.** (Sposób Richeta i Toulousea). (Revue de méd. 1909, str. 691 i 932). Sposób powyższy, zalecony w r. 1899 przez Richeta i Toulousea, znalazł wprawdzie uznanie u wielu, jednakże inni zarzucali temu sposobowi, że nie może być zbyt długo stosowany, gdyż ani chory nie może się zgodzić na ten sposób żywienia (małą ilością chlorków), ani ustrój nie może znieść przez dłuższy czas braku chlorków[1]). L. obserwował chorych, tym sposobem leczonych, prawie przez 7 lat. Spostrzeżenia te pozwalają obecnie na ścisłą ocenę zarzutów, czynionych tej metodzie. L. badał mocz swych chorych przed zastosowaniem leczenia dla określenia przemiany materyi co do chlorków i ustalenia stopnia obniżenia chlorków w pokarmach, również badał wagę chorych. Badania te powtarzał w różnych odstępach czasu. Wyniki tych badań przemawiają w zupełności za tą metodą. I tak n. p. w jednym przypadku, tyczącym się dziewczynki, mającej codzienne napady przed leczeniem, bromki same bez zmiany dyety zupełnie na stan choroby nie wpłynęły. Bromki, podawane również w małych dawkach, ale równocześnie z dyetą bezchlorkową, wstrzymały natychmiast napady. Stan ten utrzymuje się od 7 lat, a tylko w pewnym okresie, w którym przez pomyłkę zbyt obniżono dawkę bromków, zjawiały się zwiastuny nawrotu. W innym przypadku, tyczącym się 24-letniego mężczyzny, cierpiącego na napady co miesiąc, a obserwowanego przez lat 6, przekonał się L., że chory przez 4 lata bez przerwy nie doznawał napadów, jak długo spożywał dostateczną ilość bromków i uważał na ilość chlorków w dyecie. Ile razy obniżał ilość bromków, lub podnosił ilość chlorków, zjawiały się nawroty. L. dowodzi całym szeregiem spostrzeżeń, że dyeta bezchlorkowa, nawet latami stosowana, nie ma żadnego wpływu na ustrój, i że stanowi »conditio sine qua non« skuteczności bromków w padaczce. Nasuwa się pytanie, do jakiej granicy można obniżyć ilość chlorków w dyecie, jak można przeprowadzić taką dyetę i jak należy podawać bromki? Co się tyczy dyety, to L. jest zdania, że nie jest konieczną dyeta, zawierająca bardzo mało chlorków, jak to radzili Richet i Toulouse. Względne obniżenie chlorków, przejawiające się w wydzielaniu z moczem 6—10 gr. chlorków na dobę, jest zupełnie wystarczające. W praktyce codziennej najlepszą miarą jest w tym względzie sam przebieg choroby, który wskazuje, czy pożywienie mniej lub więcej solić. Najpierw można pozwolić choremu na mleko, jaja, tłuszcze, potrawy mączne, owoce i niektóre jarzyny. Pozostaje chleb, mięso i jarzyny, któreśmy przywykli jeść ze solą. Jeśli nie potrzeba obniżyć do minimum podawanych chlorków, to można pozwolić na solenie tych potraw, ale ściśle oznaczoną ilością soli. Jeśli potrzeba zejść poniżej 5 gr. soli, to chory powinien te potrawy jeść przygotowane bez soli jadalnej, a natomiast później zaprawione (solone) bromkiem sodu. Ewentualną

[1]) Salustyusz donosi, że Numidowie gardzili solą, zaś Plutarch dziwi się, że kapłani egipscy wcale nie solą swych potraw. Badacz i podróżnik C. v. Ditmar opisuje wstręt, jaki uczuwają Czunguzi i Kamczadalowie do potraw solonych. Beduini w Arabii wedle Wredea uważają za śmieszne używanie soli, a Kirgizi w Turkestanie, żywiący się mlekiem i mięsem, nie używają soli, choć żyją w stepach, gdzie dużo słonych jezior. (Przyp. spraw.).

ilość bromku sodu należy potem odliczyć od dziennej dawki bromku. Taka dyeta nie wpływa wcale źle na trawienie, ani na stan ogólny chorych. Dyeta taka powinna być stosowana stale, bez przerwy. Dawkę dzienną dostateczną bromu należy ustalić drogą prób. Jest ona zawsze niższa od 4 gramów. Dobrze jest zacząć od dawek małych $1^1/_2$—2 gr dziennie i zwolna je podnosić, powiększając dawkę co tydzień o 25 centygramów. Zwiastunami zatrucia są pewna ociężałość w myśleniu, pamięci i mowie. Wystarczy wtedy wrócić do dawki bezpośrednio niższej. Leczenia tego można zaniechać, jeśli chory przez 1—2 lat nie miał już ani napadów, ani zwiastunów napadów, a to zwolna obniżając dawkę bromków. Stahr.

Pedyatrya.

Bauer i Sassenhagen. **Nowy sposób badania mleka, pochodzącego z zajętego zapaleniem wymienia.** (Med. Klin. 1909 Nr 51). Aby wykazać, czy mleko krowie nie zawiera ropy i paciorkowców, podawano różne sposoby. Najdogodniejszym dotąd okazał się sposób Trommsdorfa, polegający na centryfugowaniu mleka w rurce z podziałką. W prawidłowych warunkach osad po centryfugowaniu sięgać powinien w naczyńku do kreski 0,2, w razie zaś obecności ropy i drobnoustrojów sięga wyżej, nieraz do 1. Już osad do 0·5 budzi podejrzenie co do obecności ropy. Sposób ten, zresztą bardzo wygodny, posiada tę wadę, że dodatni wynik daje i w innych przypadkach, n. p. przy zmianie paszy, przed ocieleniem i t. p. Prawie 40—50% krów daje dodatni wynik próby. B. i S. obmyślili więc inny sposób, polegający na spostrzeżeniu, że siara, jakoteż mleko z gruczołu dotkniętego zapaleniem zawiera obficie dopełniacz i to na długi czas przed klinicznie wykazalnem zapaleniem. B. i S. sprawdzili to na mleku 45 krów, które później zapadły na zapalenie gruczołu. U wszystkich dał się wykazać wyraźny dodatni odczyn hemolityczny. Na razie sposób ten nadaje się jako kontrola próby Trommsdorfa w wątpliwych przypadkach. A.

Cadiot i Mandoul. **Rola śluzu jam nosowych w epidemiologii błonicy.** (Journ. de phys. et path. 1909 Nr 2). Autorowie, jako lekarze wojskowi, spostrzegali w swoim pułku długotrwałą endemię błonicy z nasileniami epidemicznemi co pewien czas. Szukając przyczyny, doszli do przekonania, że roznosicielami zarazy byli żołnierze, którzy przebyli już błonicę. Bakterye błonicze gnieżdżą się w śluzie nosowym, utrzymując się tam nieraz bardzo długo. Z 50 żołnierzy, którzy przebyli błonicę, u 35 t. j. 70% znaleziono bakterye w jamach nosowych, u niektórych jeszcze w 14 miesięcy po przebiegu choroby. Bakterye w takich warunkach były bardzo osłabione i nie działały zabójczo na morskie świnki w zwykłych dawkach. C. M. wobec tego stosowali obfite przemywania jam nosowych u roznosicieli bakteryi i wstrzykiwali surowicę Roux. Dochodzą zaś do następujących wyników: 1) Bakterye Löfflera pozostają na długo w jamach nosowych u osób, które przebyły błonicę, bez względu na to, czy mają one nieżyt nosa, czy nie. Zarazki błonicze mogą znajdować się nawet u osób, które nie przechodziły błonicy. 2) Bakterye błonicze przybierają w takich warunkach postać krótkiego lasecznika i są mało jadowite, jednakowoż oczekują tylko na sprzyjające warunki, aby stać się chorobotwórczemi dla człowieka. 3) Charakterystyczną cechą takich epidemii jest łagodny ich przebieg i ich długotrwałość. 4) Zapobieganie polega na odosobnieniu roznosicieli bakteryi i podanem leczeniu. Wstrzykiwania zapobiegawcze nie nadają się tutaj, gdyż zarazek długie miesiące pozostaje nieczynnym.

L. Mańkowski.

J. Brings. **Praktyczne doświadczenia z salossitem przy krzywicy i zmięknieniu kości.** (Klin. terap. Wochenschr. Nr 49 1909). Salosit, proszek biały, bez smaku i zapachu, rozpuszczalny w wodzie, może być podawany w mleku lub potrawach przy leczeniu krzywicy i zmięknieniu kości, a skuteczność jego widzi autor w łatwem wprowadzeniu fosforanu wapniowego do tkanki kostnej. W skład chemiczny tego przetworu wchodzą: fosfor, wapń, magn i cukier mleczny. Dawki: dzieciom 2—3 łyżeczki kaw. dziennie, dorosłym 3 łyżki stoł. dziennie. M. W.

Medycyna sądowa i ubezpieczenia.

M. Baecchi. **Nowy sposób barwienia plemników w zaschłych plamach.** (Gaz. d. Osped. 6 lipca 1909, wedle Presse méd. str. 816). Splamiony strzępek tkaniny barwi się przez 25—30 sekund w zgęszczonym wodnym rozczynie kwaśnej fuksyny, następnie odbarwia przez 10 do 30 sekund w alkoholu, zaprawionym kw. solnym (alkohol 70°, 100 cm^3 + kw. solny 1 cm^3). Potem odwadnia się wyskokiem bezwodnym (15—20 sekund) i rozdziera strzępek na nitki na szkiełku w ksylolu. Wreszcie puściwszy kroplę balsamu, preparat nakrywa się i ogląda. Przy małem powiększeniu widać nitki odbarwione lub leciuchno zabarwione na różowo, a główki plemników wyraźnie czerwone. Przy wielkiem powiększeniu okazuje cały plemnik, główka i ogonek, zabarwienie różowe. Sposób ten udaje się i z najstarszemi plamami, a nawet takiemi, które przeszły przez autoklaw, lub znajdowały się $^1/_2$ godziny w ciepłocie suchej, wynoszącej 250° C. Stahr.

A. Pollak. **Próba spędzenia płodu, wykonana przez osobę nieciężarną u siebie samej. Śmierć skutkiem zatoru powietrznego.** (Amtsarzt, 1909, Nr 6). Pewna kobieta przebiła własnoręcznie w zamiarze spędzenia płodu tylne sklepienie pochwy zapomocą nasadki szklannej balonika, służącego do przepłukiwania pochwy, przyczem wtłoczyła zawarte w baloniku powietrze w tkankę lewego więzadła szerokiego macicy. Sekcya wykazała: brak ciąży; obecność powietrza pod otrzewną miednicy i w żyle nasiennej wewnętrznej lewej, a z rozszerzonej komory prawej serca, przekłutej pod powierzchnią wody, wydobywały się bańki powietrza. J. Olbrycht.

Rayser. **O zatruciu chloranem potasu ze stanowiska medycyny sądowej.** (Friedr. Blätt f. ger. Med. 1908 Z. 46, 1909, Z. 1). Chloran potasu jest trucizną dla krwi. Uniemożliwia on oddychanie wewnętrzne, wywołując przemianę oksyhemoglobiny w methemoglobinę. Oprócz tego swoistego działania na krew, które tłómaczy wszystkie objawy, odgrywa pewną rolę drażniące działanie chloranu potasu na przewód pokarmowy i upośledzenie czynności serca. Określenie najwyższej i śmiertelnej dawki niema praktycznego znaczenia, ponieważ nasilenie działania zależy od rozmaitych warunków w ustroju, które w różnych stanach chorobowych znacznie się między sobą różnią, a nawet i w stanach fizyologicznych okazują dość znaczne wahania. Spostrzegane zatrucia są po największej części przypadkowe; rozmyślne otrucia chloranem potasu są rzadkie. Głównymi objawami są: żółtaczka, sinica, powiększenie śledziony i wątroby, skąpe wydzielanie moczu, methemoglobinurya, a w końcu mocznica. Rozpoznać zatrucie można już w samych początkach obserwacyi. Rozstrzygającym objawem w rozpoznaniu różniczkowem między zatruciem chloranem potasu, a przypadkiem zakażenia ogólnego po błonicy i płonicy, jest wykazanie methemoglobiny. Zatrucie przebiega najczęściej śmiertelnie: rokowanie we wszystkich przypadkach jest wątpliwe. Swoistego leczenia przy otruciu chloranem potasu niema; zalecane przelewanie krwi należy zarzucić. Sądowo-lekarskie rozpoznanie otrucia chloranem potasu powinno się opierać nietylko na zmianach anatomo-patologicznych i chemicznych, stwierdzonych na zwłokach, lecz także powinno uwzględniać objawy występujące za życia. Sekcya powinna być wykonana możliwie wcześnie, ponieważ methemoglobina ulega w zwłokach przemianom. Najważniejsze wyniki sekcyi są: czekoladowo-brunatna barwa i obecność methemoglobiny w krwi, nagromadzenie rozpadłych czerwonych krwinek w śledzionie, wątrobie i szpiku kostnym, jak również i w cewkach nerko-

wych. Rozpoznanie różniczkowe sądowo-lekarskie między otruciem chloranem potasu, a trójwodorkiem arsenu i podobnie działającemi truciznami jest w świeżych przypadkach możliwe. Największą trudność sprawia rozstrzygnięcie pytania co do przyczyny zejścia śmiertelnego, jeżeli obok objawów zatrucia chloranem potasu stwierdzi sekcya zmiany, dowodzące istnienia jakiejś choroby zakaźnej; rozstrzygać wówczas należy z największą ostrożnością. Chloran potasu powinien być usunięty z handlu ogólnego. Stosownie użyty stanowi chloran potasu jeden z cenniejszych środków leczniczych, do którego lekarz, obznajmiony ze sposobem i warunkami działania toksycznego, może mieć zaufanie.

J. Olbrycht.

Joachim-Königsberg. **Śmiertelne zatrucie terpentyną.** (Med. Klinik, 1909 Nr 26). Trzechletnie dziecko wypiło niespełna 2 łyżki stołowe terpentyny. Natychmiast wystąpił silny kaszel kurczowy, a w kilka minut nieprzytomność, która przeszła wkrótce w głęboką śpiączkę. Źrenice szerokie, oddziaływały leniwie. Oddychanie było zwolnione, a nawet chwilami ustawało zupełnie. Tony serca zaledwie słyszalne. Z ust i nosa wydobywała się ciecz pienista. Pomimo wszelkich zabiegów nastąpiła śmierć w $1^3/_4$ godz. po wypiciu terpentyny. Makroskopowo wykazała sekcya stosunki zupełnie prawidłowe; mikroskopowo znaleziono w substancyi rdzeniowej nerek jedynie ogniskowe przekrwienia, zresztą w narządach wewnętrznych brak zmian, w szczególności brak nadżerek w przewodzie pokarmowym. J. zgadza się z zapatrywaniami tych autorów, którzy sądzą, że głównym objawem przy otruciu terpentyną jest zaburzenie świadomości, za przyczynę śmierci uważają zaś porażenie oddychania. J. Olbrycht.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie z d. 1. czerwca 1909.

1) Tuchendler pokazał **obraz rektoskopowy wrzodziejącego zapalenia odbytnicy** i przypadek **polipa odbytnicy.**

2) Kopczyński przedstawił przypadek **krwiaka śródrdzeniowego** (haematomyelia centralis). U 32-letniego wieśniaka po upadku i potłuczeniu z utratą przytomności porażenie kończyn i zatrzymanie moczu i stolca, zwolna ustępujące; chory mógł siadać dopiero po 10 tygodniach, chodzić z trudnością po 4 miesiącach. Przy badaniu bolesność dolnych kręgów piersiowych i górnych lędźwiowych, chód kurczowo-poraźny z powłóczeniem prawej nogi. Scieńczenie prawego mięśnia mostkowo-obojczykowego, kapturowego, równoległobocznego, osłabienie mm. piersiowego wielkiego, naramiennego i przedramienia i ręki prawej, zanik i osłabienie mięśni nogi prawej; w mięśniach zanikłych drganie włókienkowe, pobudliwość elektryczna zmniejszona (bez OZ). Odruchy mm. dwu- i trójgłowego prawego słabsze, brzuszne i jądrowe zniesione, kolanowe i stopowe prawe bardzo żywe. Obustronny objaw Babińskiego. Czucie dotyku zachowane, bolu — osłabione, a ciepła — zniesione obustronnie od stóp do wysokości ostatniego kręgu szyjnego. Prawa źrenica węższa; oddziaływanie prawidłowe. K. rozpoznał rurkowaty wylew krwi w obu rogach tylnych, zajmujący częściowo rogi przednie i zlekka uciskający na piramidy boczne, a sięgający od stożka rdzenia do dolnych odcinków szyjnych i rozleglejszy ku stronie prawej.

3) Dyskusya nad odczytem Lublinera: **Wpływ ciąży na przebieg gruźlicy płuc i krtani.** — Sokołowski A. potwierdza ciężki i szybki rozwój gruźlicy krtani w ciąży; wyjątkowo zdarzają się jednak przypadki łagodne, kończące się wyzdrowieniem, przyczem wielkie znaczenie dla leczenia ma wczesne rozpoznanie; stąd chrypka i utrudnione łykanie u ciężarnych, nawet bez kaszlu, wymagają niezwłocznego zbadania chorej przez laryngologa. Wczesne okresy gruźlicy krtani są wskazaniem, późne przeciwwskazaniem do przerwania ciąży. W gruźlicy płuc wogóle różnice zdań co do wzniecenia poronienia dotyczą tylko początkowych okresów gruźlicy i t. zw. gruźlicy włóknistej. Sprawa ta nie da się jednak rozstrzygnąć ogólnie; przypadki trzeba indywidualizować. Lichy stan ogólny i stała, choćby niewielka gorączka w początkach gruźlicy są jednak zawsze wskazaniem do przerwania ciąży, podobnie jak włóknista postać gruźlicy płuc. Gorączkujące chore w późniejszych okresach gruźlicy rzadko zachodzą w ciążę, a jeżeli zajdą, to najczęściej same ronią; jeżeli się ciążę u takich chorych stwierdzi dość wcześnie, to należy ją przerwać. — Hewelke podnosi, że każde ciężkie powikłanie, nietylko gruźlica, wpływa źle na stan ciężarnej. Wskazań do wywołania poronienia wobec gruźlicy nie można ujmować ogólnie, bo zdarza się, że gruźlica wobec ciąży przebiega nawet łagodniej i suchotnice rodzą nieraz szczęśliwie kilkoro dzieci. — Endelman zalicza przypadki, podane przez Lublinera, do wyjątkowo ciężkich. Na 2500 porodów, spotkał E. powikłanie gruźlicą 11 razy; z tego 6 razy poród odbył się na czasie, 3 razy był poród przedwczesny, raz wzniecono poronienie, raz wywołano sztuczny poród przedwczesny w VII. miesiącu ciąży i ten przypadek zakończył się śmiercią. W ciężkich przypadkach gruźlicy należy ciążę jaknajwcześniej przerwać, w lżejszych można wyczekiwać do IV. miesiąca ciąży. Poród przedwczesny sztuczny chybia celu; można go wywoływać chyba tylko z nagłego wskazania życiowego. — Srebrny wyraża zdanie, że wnioski opierać się powinno tylko na dłuższem śledzeniu przebiegu choroby; przypadki zaś prelegenta dotyczą chorych szpitalnych, które zgłaszają się dopiero w bardzo późnych okresach gruźlicy, w stanie już rozpaczliwym; dlatego przypadki te nie dają dokładnego obrazu wpływów wzajemnych ciąży i gruźlicy. Obserwacya całego przebiegu ciąży u suchotnic poucza, że ciąża istotnie często wpływa bardzo źle na przebieg gruźlicy, która wprawdzie w ciąży przycicha, ale po rozwiązaniu tem gwałtowniej się rozwija. — Jaworski, powołując się na swą pracę »Ciąża, a małżeństwo«, zauważa, że poród przedwczesny u suchotnic jest częsty (30%), a prawie stale się zdarza w przypadkach bardzo ciężkich, przed śmiercią matki. Wpływ ciąży na gruźlicę jest najczęściej zły; pomyślny wpływ widywał J. bardzo rzadko. W rozpoznawaniu gruźlicy u ciężarnych trzeba się liczyć z faktem, że ciepłota ciała bywa w ciąży już prawidłowo wyższa o 0·2 do 0·3° C.; w rokowaniu należy uwzględnić rozległość i charakter zmian gruźliczych, okres ciąży, w których wystąpiły, zachowanie się wagi ciała i t. p. W leczeniu koniecznie trzeba ściśle indywidualizować; przerwać ciążę należy bezwzględnie tylko wobec wyraźnie złego jej wpływu na przebieg gruźlicy i to tylko w pierwszych miesiącach ciąży. — Zaborowski zwraca uwagę na potrzebę obszerniejszej statystyki. Główny głos w rozstrzygnięciu co do konieczności przerwania ciąży w toku gruźlicy powinien mieć w każdym przypadku internista; w każdym jednak razie sprzeciwia się Z. przerywaniu ciąży w późnych jej okresach, a oświadcza się za ograniczeniem tego zabiegu do pierwszych 2 miesięcy ciąży, kiedy go można wykonać na jednem posiedzeniu. — Jaworski sądzi przeciwnie, że rozstrzygać o przerwaniu ciąży wobec gruźlicy powinien zawsze przedewszystkiem położnik. Z.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Lekarze szkolni, ustanowieni w Austryi na razie w seminaryach nauczycielskich, mają spełniać następujące obowiązki według rozporządzenia ministerstwa oświaty z 22. X. 1909 l. 21.986, które streszcza Dr Edward Zieliński w »Głosie lekarzy« (Nr 1): Lekarz ma mieć nadzór nad budynkiem szkolnym, w razie budowy wydać opinię co do planów, budynek zaś gotowy co roku wspólnie z dyrektorem badać co do stanu higienicznego (opalanie, wentylacya, oświetlenie, czystość), nadzorować, szczególnie salę gimnastyczną, wodę do picia, łazienki, wychodki, śmietniki, garderoby, warsztaty, podwórza i t. p. i corocznie spisywać o tem protokół. Do lekarzy należeć mają uwolnienia uczniów od pewnych przedmiotów ze względów zdrowotnych, wysyłanie uczniów do zakładów leczniczych, kolonii wakacyjnych i t. p., przydzielanie dzieci słabowitych do klas przygotowawczych lub do zakładów dla umysłowo nierozwiniętych, a zarządzenia te mają być pisemnie umotywowane. Lekarz ma współdziałać przy układaniu planów naukowych, badać środki naukowe, używane przez uczniów (przybory do pisania i t. d.), badać wpływ zajęć ręcznych uczniów i zajęć domowych na rozwój psychiczny uczniów i t. p. W dniu rozpoczęcia nauki ma lekarz zbadać wszystkich uczniów nowoprzyjętych powierzchownie, a w ciągu 2 następnych miesięcy szczegółowo, wypełniając odpowiednie formularze i zawiadamiając rodziców o miejscu i czasie badania, jakoteż osobno o stwierdzonych zaraźliwych chorobach oczu. Chorych zakaźnie, przewlekle, dzieci źle rozwinięte musi lekarz utrzymywać w osobnej ewidencyi. Badania szczegółowe mają być powtarzane w klasie III, VI i VIII, a uczniom ostatniego roku ma lekarz udzielać wskazówek, dotyczących wyboru zawodu. Lekarz ma odwiedzać szkołę przynajmniej raz w miesiąc, badając kolejno wszystkie klasy tak, aby wszyscy uczniowie zostali zbadani raz w zimie, a raz w lecie. W nadzwyczajnych razach (epidemie) ma lekarz odwiedzać szkołę częściej. Z peryodycznych badań musi lekarz prowadzić zapiski; wobec chorób zakaźnych musi lekarz robić pisemne doniesienia do władz, oznaczać czas powrotu ozdrowieńców do szkoły i t. p. Corocznie ma lekarz przedstawiać Radzie szkolnej krajowej sprawozdanie ze spostrzeżeń co do higieny zakładu i uczniów. W seminaryach nauczycielskich ma lekarz prócz tego wykładać w zimie 2 godziny tygodniowo higienę szkolną, a w lecie 1 godzinę somatologię, oraz nadzorować ogródki szkolne i badać raz na miesiąc uczęszczające tam dzieci.

Dr Zieliński oblicza, że w ten sposób w jednej klasie o 40 uczniach musi lekarz wykonać rocznie 240 badań, wystawić mnóstwo świadectw i wypełniać formularze (których jest aż 10 rodzajów), nie licząc 60 godzin wykładów. Za to wszystko otrzyma lekarz za jedną klasę szkolną 40, wyraźnie czterdzieści koron rocznie!! R.

Projekt ustawy o chorobach zakaźnych został przyjęty przez austryacką Izbę Panów w d. 28. XII. 1909. Sprawozdawca, Prof. Hlava, oświadczył, że krytyki projektu, dokonanej przez Zjazd lekarzy rządowych, nie uważa za słuszną i prosił o przyjęcie ustawy według wniosku komisyi. Prof. Toldt i Ludwig wnieśli, aby do projektu wprowadzić w § 35 postanowienie, iż za doniesienia o chorobach zakaźnych wypłacane będzie lekarzom, nie pozostającym w służbie publicznej, po 1 koronie, co obciążyłoby skarb państwa rocznym wydatkiem zaledwo 75.000 koron; dalej, aby wezwać rząd do czynnego popierania asanacyi i do przedłożenia projektu ustawy o szczepieniu krowianką. Przeciw wnioskowi o wynagradzanie lekarzy za doniesienia o chorobach zakaźnych wystąpił imieniem większości komisyi sanitarnej hr. Goëss i wniosek ten pomimo energicznego poparcia przez Dra Eppingera — upadł. — To stanowisko Izby Panów dowodzi raz jeszcze, że lekarze nie mogą niczego oczekiwać od ciał ustawodawczych i muszą liczyć tylko sami na siebie. R.

Ankieta w sprawie wychowania fizycznego rozpoczęła się 10. I. 1910 w Wiedniu. Obrady, w których uczestniczy około 70 osób, zagaił minister oświaty hr. Stürgh. Z Polaków uczestniczą w ankiecie Prof. E. Godlewski z Krakowa, Doc. Dr Piasecki ze Lwowa (który jest referentem głównym jednego z 5 tematów obrad, mianowicie o reformach wychowania fizycznego wogóle) i dyr. Skupniewicz, a z Rusinów Prof. Bojarski ze Lwowa. Wogóle więc zaproszono z Galicyi tylko czterech członków ankiety. R.

Składka noworoczna na fundusz wdów i sierot im. ś. p. Jordana za rok 1909. (C. d.).

Po 2 korony nadesłali: Drowie A. Ostersetzer, Lic, N. Schneider, J. Roth, K. Sumorok, A. Klecki, St. Schabbus chg., Kropaczek, J. Zakrzewski, Fr. Sobolewski, Adam Krzyształowicz, August Krzyształowicz, Z. Frydman, H. Potok, S. Rappaport, Peczenik, Swistuń, Prof. Kader, K. Smorągiewicz, Pilzer, J. Hausvater, I. Danielski, St. Dobrzański, L. Brand, A. Schmetterling, St. Maciejowicz, L. Doboszyński, W. Szponder, S. Oberlander, Supiński, I. Hulles, M. Kwieciński, M. Warzeszkiewicz, H. Schein, J. Świątkowski, Ch. Dortort, Józef Zanietowski sen. et jun., J. Bartel, W. Kruszyński, Z. Danielski, H. Lustig, St. Zasacki, K. Kaden, W. Kretowicz, L. Sturm, I. Wilder, Korngoldówna (2 kor. 40 h.), A. Schapira, J. Bienenwald, Gürsching, E. Hrazdilek, L. Wechsler, A. Kołaczkowski, M. Szyszkowski. (C. d. n.).

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 1. I. do 10. I. 1910 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Buczacz (Koropiec 7), Jaworów (Wierzbiany 7), Nadwórna (Nadwórna 1), Rawa (Ulicko seredkiewicz 3), Stryj (Podhorce 6), Zborów (Grabkowce 2, Jezierzanka 2); — również doniesiono o ospie w pow. Biała (Czaniec 1).

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 2. I. do 8. I. 1910 zgłoszono przypadków: błonicy 6 † 3 (w tem obcych 3 † 3), krztuśca 4, płonicy 4 † 2 (1 † 2), odry 3 † 1, duru brzusznego 11 † 1 (7 † 1), róży 2 † 1. Dr Janiszewski.

Choroby zakaźne w Warszawie. Od 19. XII. do 25. XII. 1909 r. przybyło do szpitali warszawskich przypadków: ospy 14 † 3, odry 5 † 1, płonicy 8 † 3, błonicy 5, róży 13, duru brzusznego 15 † 4, duru plamistego 8 † 1. (Gaz. lek. Nr 2).

---

† Adam Karczewski.

W d. 26. grudnia 1909 zmarł w Warszawie Adam Karczewski, jeden z najdzielniejszych chirurgów polskich chwili obecnej.

Ś. p. Adam Karczewski urodził się w r. 1860 w Warszawie; wykształcenie odebrał w gimnazyum płockiem. W r. 1879 wstąpił do uniwersytetu warszawskiego na wydział lekarski; po 3 latach przeniósł się do Akademii lekarskiej w Petersburgu, którą ukończył w r. 1884; w ciągu następnych 4 lat odbywał służbę wojskową w charakterze lekarza szpitalnego w Baku. W r. 1889 powraca do Warszawy i wstępuje na oddział Władysława Krajewskiego, w tym właśnie czasie, kiedy Krajewski rozwinął niesłychaną energię w swej działalności szpitalnej.

Karczewski odrazu staje się prawą jego ręką. Obdarzony wrodzoną inteligencyą, umysłem wrażliwym i krytycznym, staje się dzielnym pomocnikiem we wszystkich zamierzeniach Władysława Krajewskiego. W r. 1901 po wybudowaniu nowego szpitala Dzieciątka Jezus zostaje ordynatorem.

Na pozór tylko chłodny i niedostępny, z największą serdecznością i życzliwością udzielał ś. p. Karczewski cennych wskazówek i wyjaśnień młodszym kolegom. I na tem stanowisku, stanowisku nauczyciela, dzielnie pomagał ś. p. Krajewskiemu. To też zawsze chętnie go otaczała liczna rzesza asystentów, stawiających pierwsze kroki na polu chirurgii.

Od chwili zostania ordynatorem z ogromną szybkością zdobył technikę operacyjną. Nie operował błyskotliwie, natomiast z największą ostrożnością i zachowaniem najsurowszej aseptyki. Operował dużo, uwzględniając wszystkie działy chirurgii, ulubionym jednak terenem była jama brzuszna, w szczególności operacye ginekologiczne.

Jako członek Towarzystwa lekarskiego, Sekcyi chirurgicznej i ginekologicznej, swojemi wystąpieniami i uwagami krytycznemi podnosił ś. p. Karczewski poziom naukowy posiedzeń.

Od r. 1893 łącznie z Wł. Krajewskim i Grosglikiem redagował »Przegląd chirurgiczny«, stale zasilając go swojemi pracami. Pisał sporo; wszystkie jego prace cechuje wielka ścisłość rozumowania obok zwięzłości w wypowiadaniu swych myśli. W r. 1908 staje w rzędzie pierwszych organizatorów »Przeglądu chirurgicznego i ginekologicznego«.

Duchowy spadkobierca ś. p. Władysława Krajewskiego, starał się ś. p. Karczewski wszelkiemi siłami nic nie uronić z tego, co pozostało w spuściźnie po wielkim Jego nauczycielu.

Cześć Jego pamięci!

Jan Kiełkiewicz.

Wiadomości bieżące.

»Komitet uczonych słowiańskich«, rozsyłając z Pragi do niektórych lekarzy polskich odezwę w sprawie stosunków naukowych między Słowianami, dołączył do tekstu czeskiego także tekst rosyjski, co głęboko obrażało uczucia narodowe polskie i wywołało powszechny protest. Obecnie rozesłał »Komitet uczonych słowiańskich« do uczonych polskich pismo z wytłómaczeniem pomyłki wraz z polskiem wydaniem odezwy.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 12. I. 1910 doroczne posiedzenie administracyjne, na którem Zarząd Towarzystwa złożył sprawozdanie za r. 1909.

— Przy katedrze psychiatryi i neurologii Uniw. Jagiell. w Krakowie wakuje posada II asystenta z płacą roczną 1400 K. Zgłoszenia przyjmuje Prof. Piltz.

— Z odsetek rządowego funduszu przeciwgruźliczego za rok 1909, wynoszących 73·587 kor., przyznało kuratoryum funduszu po raz pierwszy zasiłki dla Galicyi, a mianowicie: »Towarzystwu walki z gruźlicą« po 6000 kor. rocznie przez lat 6, Towarzystwu »Dom zdrowia dla uczącej się młodzieży — Bratnia pomoc« w Zakopanem jednorazowo 1000 kor. Subwencye to nie zbyt hojne dla kraju, stanowiącego 1/5 część monarchii i nie otrzymującego przez 3 pierwsze lata istnienia funduszu, ani grosza.

Warszawa. Towarzystwo przeciwgruźlicze przewiduje na r. 1910 dochodów 1400 rb. i tyleż rozchodów (na przychodnię 1000 rb., na utrzymanie chorych w sanatoryach 200 rb., na stacyę dezynfekcyjną w Otwocku 200 rb.). Majątek Towarzystwa wynosi 9·784 rb.

— Miesięcznik »Zdrowie« dobiega w r. 1910 dwudziestu pięciu lat istnienia. Założone w r. 1885 przez Dra Józefa Polaka, przeszło pismo to po powstaniu Towarzystwa higienicznego w r. 1898 na własność tego Towarzystwa. W ciągu swej ćwierćwiekowej działalności zasłużyło się »Zdrowie« rzetelnie społeczeństwu w pracy na polu higienicznem.

— Wyszedł z druku tom III. »Dyagnostyki anatomopatologicznej« Dr Z. Dmochowskiego, obejmujący 1000 str. druku i 478 rysunków, a wydany kosztem autora przy współudziale kasy Mianowskiego.

— Nagrody im. Dra Majkowskiego za najlepsze prace, drukowane w r. z. w »Medycynie i Kronice lek.«, przyznano Drom Kopytowskiemu, Rzętkowskiemu i Gancowi. Nagrodę swoją (100 rb.) przeznaczył Dr Rzętkowski na ponowny konkurs na najlepszą pracę z dziedziny pogranicza medycyny wewn. i chirurgii, drukowaną w r. 1910.

— Długo odkładane otwarcie szpitala tymczasowego przy ul. Złotej ma wreszcie dojść do skutku. Szpital ten rezerwowano na wypadek epidemii cholery; obecnie ma on być piątą filią szpitala Dz. Jezus.

— W Pabjanicach otwarto 7. I. 1910 wystawę przeciwalkoholiczną.

Z różnych stron. »Wiener klinische Wochenschrift« ogłasza sprawozdania z posiedzeń Towarzystwa lekarskiego lwowskiego.

— Komitet stały międzynarodowego Związku prasy lek. składa się z 3 przedstawicieli Anglii, 3 Francyi, 4 Niemców, 2 Belgii, 3 Hiszpanii, 3 Włoch, po jednym Holandyi, Danii, Norwegii, Węgier, Czech (Dr Panyrek), Polski (Prof. Ciechanowski) i Meksyku.

— Prof. Ott z Petersburga, były prezes słowiańskiego komitetu lekarskiego, obchodził 25. XII. 1909 dwudziestopięciolecie pracy profesorskiej. Z tego powodu przesłał mu komitet lekarski słowiański telegram gratulacyjny, na który jubilat odpowiedział podziękowaniem na ręce obecnego prezesa komitetu Prof. Wicherkiewicza.

— W Płoskirowie na Podolu powstaje za staraniem Dra M. Sławińskiego, z ofiarności prywatnej, przytułek dla położnic, połączony ze szkołą położnych.

— Komisya emigracyjna Stanów Zjednoczonych zawiadomiła Towarzystwa żeglugi, że z powodu tego, iż Towarzystwa nie płacą w szpitalach za chorych emigrantów, przybyłych na ich okrętach, od tej pory wszyscy chorzy wychodźcy będą z lądu z powrotem odsyłani na okręty(!). X.

— W Berlinie powstał »Międzynarodowy instytut dla bibliografii medycyny i działów pokrewnych«. Członkowie za opłatą 15 marek otrzymują czasopismo, zawierające dokładny przegląd literatury światowej z danej gałęzi wiedzy lekarskiej. Z innych dziedzin dostawać też mogą dodatki za połowę ceny. Prócz tego instytut ten podejmuje się za opłatą wyszukiwać i zbierać literaturę do prac, tłomaczeń i udzielać wskazówek, np. gdzie dane dzieło się znajduje. X.

— Towarzystwo lekarskie w Monachium postanowiło na jednem z posiedzeń, na wniosek policyi, uprosić swych członków, specyalistów chorób wenerycznych, aby leczyli prywatnie bezinteresownie młode prostytutki, a to celem uchronienia ich od zgubnego wpływu moralnego, jaki wywierają na nie po szpitalach prostytutki starsze. Tymczasem po 1½ roku okazało się, że ofiarność lekarzy jest zupełnie bezcelowa, bo leczyło się wogóle 13 kobiet, z czego większa część należała właśnie do prostytutek starszych. Wobec tego sposób ten zupełnie zarzucono. X.

— **Mianowani:** Doc. Greil profesorem nadzw. anatomii w Insbrucku; Dr Collingwood profesorem fizyologii w Dublinie; Prof. E. Hoffmann dyrektorem kliniki dermatol. w Bonn.

Zmarli: Dr L. Mallasez w Paryżu, chirurg Prof. Nicolaysen w Christianii.

Dr Henryk Sokołowski, były asystent Uniwersytetu Jagiellońskiego i lekarz szpitala św. Łazarza, następnie lekarz kasy chorych w Krakowie, jeden z założycieli i członek Wydziału Towarzystwa »Samopomocy lekarzy«, gorliwy pracownik na polu ruchu zawodowego, w 56 r. ż. Spokój Jego popiołom!

Redakcya otrzymała: Opolski: Myokerosis angiotica haemorrhagica. »Tyg. lek.« 1909. — Ostrowski: K'woprosu ob anaemia splenica infantum. Dyssertacya. Petersburg 1909. — Krzyształowicz: 1) Przyczynek do poznania patogenezy bliznowców. »Przegl. chor. skórn.« 1909. 2) Dyshidrosis. 3) Erythrodermie. 4) Erythrasma. 5) Hypertrichosis. 6) Haarkrankheiten. 7) Ephelides. »Real-Encykl. der Ges. Heilk.« 8) O rumieniach. »Nowiny lek.« 1909. — J. Nowak: Sprawozdanie z IX. międzynarod. Zjazdu weterynaryjnego w Hadze. Kraków 1909, str. 104. — Baurowicz: 1) W sprawie zwalczania szerzenia się twardzieli. 2) O śluzowiaku kości sitowej. 3) Zur Kenntniss einer Mukocele des Siebbeins. »Monats. f. Ohr. u. Lar.« 1909. — A. Puławski: Spostrzeżenia kliniczne nad chorobą Gravesa (Basedowa). »Gaz. lek.« 1909. — St. Serkowski: Błonica v. diphteria. Sposoby badania i atlas mikrofotograficzny. Warszawa 1910. Str. 39, tabl. 15. — Serkowski i Kownacka: O produktach spożywczych u nas. »Zdrowie« 1910.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 19. stycznia 1910 o g. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym wykład Dra Blassberga: »O tak zwanym artrytyzmie«.

Rok XLIX. Kraków, dnia 22 stycznia 1910. Nr 4.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Rzut oka na nowsze zdobycze dyagnostyczne w medycynie wewnętrznej.

Wykład wstępny na kursie medycyny wewnętrznej dla lekarzy praktycznych.

Podał

Doc. Dr Erwin Mięsowicz.

W dzisiejszym wykładzie mam przedstawić w krótkiem zestawieniu nowsze zdobycze dyagnostyczne, o ile dotyczą kliniki chorób wewnętrznych. Sądzę, że najlepiej odpowiem memu zadaniu, jeżeli przedstawię tylko to z nowszych postępów dyagnostycznych, co obecnie w rzeczywistości zasługuje, by weszło w użycie w praktyce lekarskiej i co przez lekarza praktycznego, czy to bezpośrednio, czy też za jego zarządzeniem przez innych, może być w celach rozpoznawczych zastosowane.

Jak wiadomo, opiera się dzisiaj rozpoznawanie już nietylko na samej bystrości czy też indywidualnej intuicyi dyagnostycznej badającego, nietylko na samem osobistem doświadczeniu lekarza, ale także na szeregu rozmaitych metod badania, które w mniej lub więcej dokładny sposób wykrywają, w jakich narządach i w jaki sposób czynność uległa zaburzeniu. Z całego szeregu szczegółów rozpoznawczych zestawiamy podług zasad logiki lekarskiej obraz, który tworzy mniej lub więcej dokładne rozpoznanie.

Przegląd nasz rozpocznę od jednej z dawniejszych metod badania klinicznego, a mianowicie osłuchiwania i opukiwania.

Aczkolwiek badanie zapomocą promieni Röntgena współzawodniczy obecnie z t. zw. badaniem fizycznem chorych, to mimoto sposób badania za pomocą opukiwania i osłuchiwania utrzymał się w dawnej swej powadze, a nawet w najnowszych czasach poczęto nań ponownie zwracać większą uwagę, jak to wykazują badania Maya, de la Campa, Oestreicha, Goldscheidera, Kröniga, F. Müllera i jego szkoły.

Goldscheider, Turban i Sahli podnoszą ważność oznaczania względnego stłumienia sercowego i polecają dla oznaczenia tego stłumienia używać słabego opukiwania. G. Müller jest zdania, że względne stłumienie sercowe również dobrze oznaczyć można zapomocą silniejszego opukiwania. Sądzi zupełnie słusznie, że ponieważ tak klinicyści, posługujący się silnem pukaniem, jak i klinicyści, pukający słabo, osiągali te same wyniki, jak to niewątpliwie stwierdzono zapomocą prześwietlania promieniami Röntgena (ortodiagrafia), przeto oznaczenie względnego stłumienia sercowego zależy bardziej od bystrości osłuchiwania, niżeli od sposobu opukiwania. Stłumienie względne daje nam w rzucie na ścianę klatki piersiowej obraz wielkości serca, a rozpoczyna się tam, gdzie przy opukiwaniu stwierdzamy pierwsze ślady osłabienia odgłosu opukowego jawnego (płucnego). Bewzględne zaś stłumienie sercowe odpowiada tej części mięśnia sercowego, która bezpośrednio przylega do klatki piersiowej, a przy opukiwaniu przedstawia się jako przestrzeń największego (maksymalnego) stłumienia. Bezwzględne stłumienie sercowe nie przedstawia jednak dla ucha naszego odgłosu stłumionego takiego samego charakteru, jak n. p. stłumienie wątrobowe, lub odgłos, wywoływany przy opukiwaniu uda. Część mięśnia sercowego, przylegająca do ściany klatki piersiowej, daje zawsze stłumienie o mniejszem nasileniu, niż np. stłumienie wątrobowe. Szczególniej w przypadkach takich, gdzie lewy płat wątroby jest niewielki i serce dotyka bezpośrednio do żołądka, bezwzględne stłumienie sercowe może być niewyraźnem, gdyż przy opukiwaniu wywołujemy prócz odgłosu stłumionego odgłos jawny bębenkowy, pochodzący z współbrzmienia żołądka, który zaciera różnice granic. Przez bardzo słabe opukiwanie można uniknąć współbrzmienia odgłosu bębenkowego, pochodzącego z żołądka.

Badanie promieniami Röntgena (ortodiagrafia) wykazało, że prawa granica mięśnia sercowego sięga 3 — 4 cm na prawo od linii środkowej ciała. Znaczy to, że prawa granica serea przekracza na zewnątrz około 1—2 cm prawy brzeg mostka. Stan ten stwierdzać można niekiedy opukiwaniem przy korzystnych warunkach, mianowicie u ludzi młodych z elastyczną klatką piersiową. Wobec tego z ostrożnością przyjmować należy panujące dotąd przekonanie, jakoby każde stwierdzenie stłumienia sercowego po prawej stronie mostka zawsze przemawiało za przerostem prawej komory. Tak samo rozpoznanie niedomykalności zastawki dwudzielnej nie będzie zależeć od wykazania stłumienia sercowego po prawej stronie mostka. Przerost prawej komory będzie zatem można napewno stwierdzić dopiero wówczas, jeżeli stłumienie sercowe przekroczy na zewnątrz prawy brzeg mostka przeszło na 2 cm. Chorobowe powiększenie stłumienia sercowego na prawo jest najczęściej następstwem rozszerzenia prawego przedsionka, a to z tego powodu, że prawy przedsionek stanowi najbardziej na prawo wysuniętą część

serca. Czasem jednak zwiększenie się prawostronnego stłumienia może być wywołane rozszerzeniem komory prawej. W tym przypadku jednak zwykle także i przedsionek prawy jest znacznie rozszerzony. Przerost prawego serca bez rozszerzenia rzadko wywołuje wyraźne powiększenie się stłumienia sercowego po prawej stronie mostka. Z tego też powodu nie powinno się na podstawie samego tylko stwierdzenia stłumienia sercowego po prawej stronie mostka, rozpoznawać przerostu prawej komory serca. Łatwiej to można rozpoznawać na podstawie skurczowego unoszenia się klatki piersiowej po lewej stronie mostka w okolicy stożka tętniczego (conus arteriosus), lub na podstawie tętnienia w nadpępczu (epigastrium).

Bardzo ciekawe wyniki z badań co do akustycznych właściwości opukowych uzyskali Selling, Edelman i Scripture, którzy z inicyatywy F. Müllera odgłosy te metodami fizycznemi zbadali. Wyniki badań tych przedstawia F. Müller w sposób następujący: Skoda określił odgłosy opukowe jako jawny i stłumiony, pełny i krótki, bębenkowy i niebębenkowy, wysoki i nizki.

Należało najpierw stwierdzić, czem się odróżnia akustycznie np. odgłos jawny płucny od odgłosu stłumionego, wydawanego przez narządy bezpowietrzne. Doświadczenie poucza, że stłumienie w zakresie granic płucnych bardzo często wywołane bywa przez nierównomierne pukanie. Dlatego warunkiem rzetelnego opukiwania jest ścisła równomierność i bezstronność w opukiwaniu. W badaniach akustycznych wywoływano, celem uniknięcia jakiejkolwiek nierównomierności, odgłosy opukowe w sposób mechaniczny. Należało wynaleść jakiś sposób postępowania, któryby umożliwiał porównanie jawności wywoływanych odgłosów, czyli porównanie amplitudy drgań. W tym celu zastosowano metodę, używaną przez otyatrów, to znaczy mierzono odległość, w której odgłos opukowy zaledwie był słyszalny. Stwierdzono, że odgłos opukowy płucny słychać w odległości 5 razy większej, aniżeli odgłos stłumiony udowy. Dokładniejsze pomiary jawności odgłosów opukowych można było uzyskać następującymi sposobami badania: Odgłos opukowy działał na mikrofon, ustawiony w blizkości badanego. Wahania w nastawieniu prądu elektrycznego w mikrofonie mierzono zapomocą galwanometru Einthowena i zapisywano drogą fotograficzną. Stwierdzono, że amplituda drgań odgłosu jawnego płucnego jest bez porównania większa, aniżeli odgłosu stłumionego. Równocześnie stwierdzono także, że czas trwania drgań wynosi dla odgłosu opukowego jawnego 0·42, dla stłumionego 0·28. Te wyniki stwierdzono również przez chwytanie odgłosu opukowego na woskową cewkę fonografu.

Na podstawie tych wyników można było słusznie twierdzić, że odgłos jawny jest jednoznaczny z głośnym, stłumiony z cichym, jeżeli za ocenę weźmiemy amplitudę pojedynczych drgań. Badania powyższe rzucają także pewne światło na pojęcia Skody o odgłosach: pełny i pusty. Podług Skody odgłos pełny, wydaje ciało powietrzne o dużej pojemności. Fizyka uczy, że przy zresztą równych, innych warunkach duża masa, wprawiona w drganie, wolniej, wraca do spokoju, aniżeli mała. (Dzwon duży i mały), Porównując to prawidło ze stanami, stwierdzonymi w ustroju żywym, zapytujemy, czy pełen odgłos opukowy płuca powietrznego rzeczywiście dłużej trwa, aniżeli stłumiony odgłos opukowy płuca niepowietrznego. Powyższe badania potwierdziły to pytanie i dlatego dla odgłosu pustego słusznie używamy nazwy odgłosu »krótkiego«. Odgłos opukowy pełny trwa długo, pusty krótko.

Badanie odgłosów opukowych co do ich wysokości (wysoki, nizki) jest uchem nieuzbrojonem niemożliwe. Trzeba objaw ten badać zapomocą rezonatorów, i to bardzo znacznej pojemności. Tony, zawarte w odgłosie opukowym płucnym, są po części bardzo nizkie. Za pomocą rezonatorów stwierdzono, że odgłos opukowy jawny płucny zawiera cały ciągły szereg tonów, sięgających od dużego F. aż do dwukrotnie przekreślonego c. Z szeregu tonów, zawartych w odgłosie płucnym, najgłówniejsze są tony nizkie, czyli przy opukiwaniu płuc w obecności rezonatorów najłatwiej wywołać wpółbrzmienie w rezonatorach dostrojonych do tonów nizkich. Również tu słyszeć można, że najniższe tony wywołują najdłużej trwające współbrzmienie. Dlatego też odgłos opukowy, zawierający nizkie tony, jest równocześnie pełnym.

Nizkie tony, zawarte w odgłosie opukowym płucnym, odpowiadają własnościom samego utkania płucnego, są jego właściwymi tonami. Wykazały to badania Lellinga nad drżeniem głosowem. Jeżeli mianowicie każemy badanemu śpiewać nizkim głosem, to wyczuwamy drżenie klatki piersiowej. Płuca okazują bowiem (jak gdyby rezonator dobrze dostrojony) współbrzmienie z nizkimi tonami, powstającymi w głośni Jeżeli badany będzie śpiewać tonami coraz wyższymi, to wkrótce dochodzi do tonu, który nie wywołuje lub też bardzo słabo wywołuje drżenie klatki piersiowej, a to z tego powodu, że wysokie tony nie wywołują współbrzmienia miąższu płucnego. Z tego też powodu u kobiet jest drżenie głosowe słabo wyczuwalne, gdyż głos kobiet jest wysoki, a współbrzmienie tkanki płucnej, analogiczne do płuca męzkiego, oddziaływa tylko na tony nizkie. U dzieci jest zaś drżenie wyraźniejsze, gdyż u nich wprawdzie głos jest wysoki, ale też tkanka płucna jest lepiej dostrojona do współbrzmienia na wysokie tony.

Wysokość górnych tonów ma dla opukiwania mniejsze znaczenie, gdyż zależy od pogłosu własnego, wydawanego przez pukadło (plesymetr), młotek, palec i t. d. Dlatego jeżeli przy opukiwaniu szczytu, zajętego naciekiem, stwierdzamy wyraźny odgłos opukowy, to właściwie (podług prawideł akustyki) ulegamy złudzeniu. Granica wysokich górnych tonów odgłosu opukowego jest w tym przypadku bowiem po obu stronach ta sama, a tylko granica nizkich tonów nie sięga po stronie chorej tak głęboko w dół, jak po stronie zdrowej i z tego powodu występują nad zajętym szczytem własne tony pukadła, palca lub młotka i t. d. wyraźniej.

Odgłos opukowy bębenkowy odróżnia się przy badaniu galwanometrem strunowym Einthowena od odgłosu płucnego, a cechuje się głównie tem, że występuje w nim i wybija się odgłos o pewnym tonie.

Zbadanie bliższych jego fizycznych właściwości akustycznych w zastosowaniu klinicznem nie zostało w ostatnich czasach znaczniej wzbogacone.

(C. d. n).

Z oddziału chorób wewnętrznych szpitala krajowego w Sarajewie.

Kilka uwag o kiłowych schorzeniach narządu krążenia.

Skreślił

Prof. Dr L. Korczyński.

(Ciąg dalszy).

Ale nietylko tętnice podlegają sprawom zapalnym, wznieconym przez jad kiłowy. Od czasu do czasu pojawiają się opisy zapalenia żył, powstającego na tem tle. Takie przypadki spostrzegali w ostatnich latach Blumenfeld [70]) z Wrocławia, Neisser [71]) ze Szczecina i w. i. Proksch [72]) opracował dokładnie cały materyał, zgromadzony do r. 1898 i zestawił ogłoszone do tego roku spostrzeżenia w liczbie 107. Czytając w tych pracach, zwłaszcza zaś w pracy Neissera, opisy zmian drobnowidowych w ścianach chorej żyły, nie trudno dostrzedz znaczne podobieństwo między zapaleniem kiłowem żył i tętnic.

Za przyczyną wszystkich tych badań, zajmujących się poznaniem kiłowego zapalenia naczyń, zyskała medycyna kliniczna rzetelne poparcie swoich zapatrywań o wielkiej etyologicznej roli, jaką kiła odgrywa przy powstaniu schorzeń narządu krążenia.

Jeśli na tem tle powstają choroby naczyń, to zupełnie słusznie przypuszczać wolno, że taksamo dzieje się także ze sercem. I coraz bardziej rozpowszechniać się zaczyna przekonanie, że przypadki kilaków i kilakowego nacieku w ścianach serca stanowią zaledwo małą cząstkę ogólnej liczby schorzeń kiłowych, że o wiele częściej przydarzają się przewlekłe zapalenia rozgałęzień tętnic wieńcowych i następowe blizny w mięśniu sercowym. Runeberg idzie nawet bardzo daleko w tych przypuszczeniach i wypowiada przekonanie, że napady dusznicy bolesnej, spotykane u osób poniżej lat 50, można w 8/10, a nawet w 9/10 przypadków położyć na karb kiłowych zmian w naczyniach wieńcowych. Inni autorowie, opierając się na swoich spostrzeżeniach (Chapmann, Ryba, podnoszą, że u osób niestarych na tle zmian kiłowych powstawać mogą wady zastawkowe w ujściu tętniczem lewem i powołują się dla poparcia tego zapatrywania na wyniki leczenia solami jodowemi i rtęciowemi [73]).

Wobec tego stanu rzeczy musi się wydawać niesłusznem, że przy ocenianiu tych schorzeń serca, które przebiegają pod postacią przewlekłego zwyrodnienia włóknistego, tak mało jeszcze podkreśla się możliwość kiłowego pochodzenia sprawy. Nawet Runeberg, który co do istoty napadów dusznicy bolesnej u ludzi niestarych bardzo śmiało oświadczył się za przyrodą kiłową, zaledwo wspomniał o zwyrodnieniu włóknistem. I jest to tem mniej słuszne, skoro najczęstszą przyczyną zwyrodnienia są właśnie zmiany w naczyniach wieńcowych. Jeśli więc utrzymywać wolno, że kiła serca przebiega tak często pod postacią napadów dusznicy bolesnej, to tem samem przyjąć trzeba, że również nierzadko staje się przyczyną zwyrodnienia włóknistego. Ale widocznie chęć szukania rzadkości przytępiła zmysł spostrzegawczy wobec tego, co jest niewątpliwie częstsze. Jeszcze w tych czasach, kiedy spostrzeżenia kiły serca bardzo były nieliczne, opisał P. Ehrlich przypadek zwyrodnienia włóknistego serca pochodzenia kiłowego i zwracał uwagę na naczynia wieńcowe jako na punkt wyjścia sprawy. Niestety uwagi jego nie obudziły wtedy większego zajęcia.

Na podstawie mojego osobistego doświadczenia, nabytego zwłaszcza przez czas trzechletniej działalności lekarskiej w Sarajewie, nabrałem przekonania, że zwyrodnienie włókniste serca tego właśnie typu nie należy do rzeczy nazbyt rzadkich.

Choroby narządu krążenia stanowią i w szpitalnej i w pozaszpitalnej praktyce wcale znaczny odsetek wszystkich spostrzeżeń. Mimo to niestosunkowo rzadko spotykać się zdarza wśród tubylczej ludności powszechną miażdżycę tętnic. Spostrzeżenie kliniczne zgadza się pod tym względem najzupełniej ze spostrzeżeniami, poczynionemi przy oględzinach pośmiertnych. Natomiast przydarzają się względnie dość często zmiany ograniczone w tętnicy głównej o tych samych znamionach, które Doehle, a za nim inni autorowie podali jako cechujące dla kiły tętnic. Pojmuje ją w ten sam sposób na podstawie swego długoletniego doświadczenia także prosektor tutejszego szpitala Dr Wodyński. Od czasu do czasu przydarzają się podobne zmiany także w innych tętnicach, zwłaszcza w tętnicach kończyn dolnych, a niedawno mieliśmy sposobność oglądać je w tętnicy krezkowej.

W przypadkach takiego kiłowego zwyrodnienia tętnic tworzą prawie zawsze przyczynę, dla której chorzy zgłaszają się do leczenia w szpitalu, objawy, zazwyczaj bardzo już znacznej, bezsilności i niesprawności serca. U wielu z tych chorych nietrudno odszukać jej podstawę. Najczęstszą jest rozedma płuc i zrosty opłucne. Łącznie z nadużywaniem napojów wyskokowych, niedostatecznem odżywieniem przy pracy, może przy współdziałaniu takich czynników, jak czarna kawa i tytoń, tłómaczą one dostatecznie powstanie niedomogi, a potem zwyrodnienia mięśnia sercowego.

Jakkolwiek więc istnieją u tych chorych szczegóły, wskazujące, że przebyli oni kiłę, to jednak jej następstw nie możemy uważać za najistotniejszą, wyłączną przyczynę choroby serca, bo są inne, zupełnie współrzędne, a w myśl powszechnych zapatrywań nawet bliższe.

Ale zdarzają się przypadki, gdzie przyczyn tych niema zupełnie, albo istnieją w nader małym tylko stopniu, gdzie w wywiadach wykazać nie można przebytych ostrych chorób zakaźnych, o których wiemy, że wzniecają następowe schorzenia serca, a jednak serce słabnie i wreszcie przestaje pracować. I chorzy, którzy dostarczają materyału do tych spostrzeżeń, nie są bynajmniej starzy. Wiek ich waha się między 30—50 rokiem życia. U nich z konieczności wysuwać trzeba na plan pierwszy etyologiczne znaczenie

[70]) Blumenfeld: ref. Przegląd lekarski 1905 str. 22.

[71]) Neisser: Deutsche medic. Wochenschrift 1903, str. 660

[72]) Proksch: Schmidts medic. Jahrb. T. 261, str. 219.

[73]) Już po oddaniu tej pracy do druku zgłosił się na mój oddział chory dwudziestokilkoletni z napadami dusznicy bolesnej, objawami przewlekłego zapalenia mięśnia sercowego i rozszerzeniem tętnicy głównej. Po 2 tygodniowem leczeniu rtęcią i solami jodowemi nastała u niego znaczna poprawa. Chory przebywał kiłę, a tło kiłowe choroby serca i naczyń wydaje mi się zupełnie pewne.

przebytej kiły i na karb zmian kiłowych kłaść chorobę serca.

Z szeregu przypadków, należących do tej grupy schorzeń, wyjmuję przypadek sekcyjny, który nadaje się bardzo dobrze do objaśnienia obrazu choroby, zwłaszcza pod względem anatomicznym.

Anna G., rodem z Dubrownika w Dalmacyi, zamieszkała w Liwnie w Bośni, lat 42, wyznania rzym. kat., wdowa. Zajęcie zmienne: była pokojówką, dozorczynią chorych, szwaczką. Ważniejszych chorób miała nie przebywać, oprócz ospy wietrznej w dzieciństwie. Dwa poronienia. W r. 1894 gościec(!) w kościach goleni. Początek choroby rzekomo w styczniu 1906. Zauważała wtedy brzęknięcie nóg koło kostek. Przy spokojnem zachowaniu się obrzęk ustępował. Z końcem października tego samego roku większy obrzęk, nie ustępujący już nawet w spokoju, nadto bole w okolicy serca, napadowe, rozpromieniające się ku łopatce i ku kończynie górnej lewej. Z temi przypadłościami zgłosiła się 17 listopada 1906 do szpitala w Sarajewie. W historyi choroby zapisano: Uderzenie końca serca w 5. międzyżebrzu w linii sutkowej, obszar stłumienia prawidłowy, nad końcem serca I ton nieczysty, tętno 112. W moczu ślad białka. Narządy jamy brzusznej prawidłowe. Obrzęków podskórnych niema. Chora przebywała wtedy w szpitalu do 26 listopada. Ponownie zgłosiła się na oddział 29 kwietnia 1909, t. j. po upływie blisko półtrzecia roku. W tym czasie zapadała kilkakrotnie ciężej i wtedy leczyła się bądź w domu, bądź też przebywała w szpitalach prowincyonalnych.

W chwili przyjęcia przedstawiała obraz bardzo wybitnego osłabienia serca. Przy pierwszem badaniu znaleziono.

Skóra blado-sinawa; wyraźna sinica warg, nosa, końców palców u nóg i rąk. Kończyny dolne obrzękłe, ale w niezbyt wielkim stopniu. W narządzie oddechowym ważniejszych zmian niema. Uderzenie serca rozlane, słabe; uderzenie końca serca w VI międzyżebrzu, na zewnątrz linii sutkowej. Stłumienie serca powiększone, nad końcem serca szmer skurczowy, słaby, przenoszący się ku górze i ku stronie lewej, z tyłu klatki piersiowej nie słychać go zupełnie. Tętno niemiarowe, słabe, przyspieszone. Liczba tętna waha się między 110 a 130 w minucie. Wątroba i śledziona macalne; zwłaszcza śledziona znacznie powiększona. Płynu wolnego w jamie brzusznej wykazać nie można. Dolna kończyna lewa chłodniejsza, skóra goleni bardzo blada, w tętnicach nie można wyczuć tętna. Tętno w tętnicy udowej słabsze, aniżeli po stronie prawej. Mocz dość jasny o ć. wł. 1.016, zawiera białko w ilości 2.5°/₀ (Essbach). W osadzie skąpym nieliczne wałeczki szkliste i ziarniste, ciałka białe, komórki nabłonkowe.

Jako szczegół niepodrzędnej wagi dla ocenienia tego przypadku podnieść jeszcze trzeba obecność kilku drobnych, twardych gruczołów w przegubach łokciowych i na karku, oraz zgrubienie okostnej kości piszczelowych.

W czasie pobytu chorej w szpitalu stan serca nie poprawiał się zupełnie mimo bezwzględnego spokoju i podawania leków sercowych i moczopędnych. Ilość moczu nie podnosiła się, najwyższą miarą było 700 cm³ na dobę. Od czasu do czasu występowały napady duszności z uczuciem strachu i z bólami, rozpromieniającymi się na całą górną część klatki piersiowej. Stale żaliła się chora na wielką duszność i na bóle w kończynie dolnej lewej. Śmierć nastąpiła nad ranem dnia 12 maja.

Pod względem klinicznym nie różnił się przebieg choroby w tym przypadku tak dalece od przebiegu, spostrzeganego zazwyczaj u chorych na przewlekłe włókniste zapalenie nerek (nephr interstitialis chron.) i takież zwyrodnienie mięśnia sercowego z równoczesnem zajęciem naczyń wieńcowych, zdradzającem się napadami dusznicy bolesnej. Na wyróżnienie zasługiwała wszakże stała duszność, utrzymująca się pomimo tego, że badanie nie wykazywało właściwego zastoju w krążeniu małem, a bardzo tylko nieznaczny w innych obszarach ciała. Drugim szczegółem było zachowanie się naczyń kończyny dolnej lewej, wskazujące, że w tętnicy udowej nastało jeśli nie zupełne zamknięcie, to w każdym razie bardzo znaczne zwężenie światła naczynia. Te dwa szczegóły, jak niemniej obecność twardych, jakkolwiek drobnych i nielicznych gruczołów chłonnych, oraz zgrubienia okostnej na goleniach, a wreszcie zanotowane w wywiadach dwa poronienia, usprawiedliwiały przypuszczenie, że chora przebyła kiłę i że na tem tle powstały zmiany w sercu i w naczyniach.

W wyższym jeszcze stopniu przemawia za kiłowem pochodzeniem choroby wynik oględzin pośmiertnych. Przy sekcyi (prosektor Dr Wodyński) stwierdzono następujący obraz:

Części miękkie czaszki prawidłowe, powierzchnia kości gładka. Opona twarda nie okazuje nigdzie zgrubień, oddziela się łatwo od kości. Mózg nie przedstawia wybitniejszych zmian, dostrzegalnych gołem okiem. Tętnice na podstawie mózgu miejscami zgrubiałe, ognisk zwapniałych niema.

Oba worki opłucne próżne. W płucach zmian niema; niema także obrzęku płuc.

Serce powiększone, głównie w zakresie komory lewej. Grubość ścian tej komory wynosi ponad 2 cm. W jamach serca skrzepy pośmiertne. W komorze lewej, tuż przy wierzchołku dawny skrzep, zlepiony silnie z wsierdziem, w środku rozmiękający. Część wsierdzia, przykryta skrzepem, nierówna, zgrubiała. Mięsień sercowy w tem miejscu wiotki, odbarwiony, budowa jego zatarta. Oprócz tego ogniska rozmiękczynowego (myomalacia cordis) widać na przekroju pasemkowate ogniska tkanki łącznej, porozrzucane wśród zdrowej napozór tkanki mięsnej. Znajdują się one najliczniej w okolicy końca serca i w przegrodzie. W częściach leżących bliżej podstawy stają się coraz rzadsze, a w komorze prawej gołem okiem dostrzedz ich nie można. Na zastawkach zmian niema.

Tętnice wieńcowe w głównych gałęziach nie okazują wyraźniejszych zmian, dopiero drobne gałązki są widocznie zgrubiałe, a w naczyniach rozgałęziających się w części wierzchołkowej serca wykazać można zakrzepy. Powierzchnia wewnętrzna tętnicy głównej tuż nad zastawkami bez widocznych zmian, jakkolwiek ściany jej są grubsze. Dopiero w łuku i poniżej widać powierzchnię nierówną, pomarszczoną, z nieregularnemi wgłębieniami. Owrzodzeń ani też ognisk zwapniałych nigdzie jednak niema. W części brzusznej tętnicy głównej stwierdzić można również zgrubienie ścian, tu i owdzie nierówności na powierzchni błony wewnętrznej. Natomiast bardzo znaczne zmiany znajdują się w tętnicy biodrowej i udowej lewej; światło ich jest prawie zupełnie zamknięte przez liczne świeże skrzepy, przylegające silnie do powierzchni nierównej, pomarszczonej ściany wewnętrznej. Ale i tu niema znamion przemian wstecznych, stłuszczenia, owrzodzeń, zwapnienia. W narządach jamy brzusznej przekrwienie bierne. Torebka z nerek schodzi dość łatwo, powierzchnia nerek drobnoziarnista, warstwa korowa nieco cieńsza, rysunek jej budowy cokolwiek zatarty. Nerki w całości zbitsze.

(C. d. n.).

Gruźlica u dzieci.

Wykład kliniczny [1]).

Podał

Prof. Dr Ksawery Lewkowicz.

Jak to wypływa z wyników licznych badań anatomicznych, między innymi ze statystyki Hamburgera i Sluki, i licznych badań klinicznych nad swoistą allergią, t. j. zmienionem, właściwem zakażonemu ustrojowi oddziaływaniem na jady gruźlicze, częstość gruźlicy u dzieci jest wogóle bardzo znaczna. Wzrasta ona stale z wiekiem: gdy w pierwszym kwartale życia częstość jest jeszcze tak nieznaczną, że może być w przybliżeniu przyjęta jako równa zeru, to już w drugim kwartale mamy wcale pokaźny odsetek (w materyale sekcyjnym 17—18), odsetki te z wiekiem szybko rosną tak, że po dojściu do dojrzałości należy do rzadkich wyjątków osobnik, któryby był zupełnie nietknięty gruźlicą, t. j. ani nie przedstawiał spraw gruźliczych w toku będących, ani śladów po przebyciu zwycięzkiem gruźlicy w dzieciństwie.

Gruźlicę nabywa się zatem z reguły — jak i choroby zakaźne ostre — w dzieciństwie. To też coraz ogólniej przyjmuje się zapatrywanie, chyba niewątpliwie słuszne, że gruźlica jest chorobą dziecięcą, że także w dzieciństwie powinno się jej zapobiegać, w dzieciństwie ją zwalczać i leczyć.

Jeżeli jednak dopiero w ostatnich czasach doszliśmy do tego przekonania, a dawniej panowały zapatrywania wprost przeciwne, to już z tego wynika, że większej części przypadków gruźlicy u dzieci nie potrafiliśmy przedtem klinicznie rozpoznać, a że także badania anatomiczne były pod tym względem nie dość ścisłe. Obecnie na polu rozpoznawania gruźlicy, w szczególności u dzieci, zrobiliśmy znaczne postępy. Wczesne zaś rozpoznanie ma tu wielkie znaczenie. Jak o tem kol. Eisenberg w swym wykładzie wspominał, między ustrojem zakażonym, a zarazkiem wytwarza się często stosunek pewnego rodzaju równowagi, równowagi niestałej, a różnorodne czynniki zewnętrzne mogą wpłynąć łatwo na przechylenie się szali na jedną lub drugą stronę. Jest wtedy rzeczą pierwszorzędnej doniosłości, żebyśmy umieli ten stan wykryć, to zmaganie się ustroju z zakażeniem gruźliczem rozpoznać. Wtedy przez zastosowanie środków swoistych, albo środków nieswoistych, wpływających tylko ogólnie na podniesienie sił odpornych ustroju, będziemy się mogli wydatnie przyczynić do przechylenia się zwycięstwa na korzyść ustroju. Że tak jest rzeczywiście, wynikałoby n. p. ze statystyki Merciera: z dzieci z wczesnemi zmianami gruźliczemi pozostawionych w domu rodziców w mieście umiera w krótkim czasie 50%; jeżeli je wyślemy na wieś — tylko 3%.

Dla wczesnego rozpoznania nieodzowną jest oczywiście dokładna znajomość klinicznego przebiegu gruźlicy u dzieci i objawów, jakie dają poszczególne usadowienia się sprawy gruźliczej. Nim jednak przystąpię do danych ściśle klinicznych, muszę jeszcze parę słów poświęcić patogenezie i anatomii patologicznej gruźlicy, gdyż potrzebne to jest do zrozumienia pewnych cech gruźlicy dziecięcej, a w szczególności do zrozumienia różnicy pomiędzy obrazem i przebiegiem gruźlicy u dzieci w stosunku do gruźlicy u dorosłych. Muszę to uczynić tembardziej, że nie wszystkie szczegóły z patogenezy ważne dla klinicysty, zostały w poprzednich wykładach dostatecznie uwydatnione.

Mimo przeciwnych twierdzeń Behringa i nielicznych jego zwolenników, ze wszystkich nowszych badań z niezachwianą pewnością wynika wniosek, że głównem źródłem zakażenia gruźliczego jest człowiek, dotknięty gruźlicą otwartą, a bramą wejścia są przedewszystkiem drogi oddechowe, mianowicie pęcherzyki płucne, do których prątki, szczególniej prątki znajdujące się w zawiesinie rozpylonej, dostają się z łatwością. Pierwsze zmiany rozwijają się w gruczołach oskrzelowych, na miejscu zaś wtargnięcia albo nie powstają żadne zmiany, albo zmiany nieznaczne (Albrecht).

Jednak twierdzenia Behringa zdołały się przecież ostać chociaż częściowo wobec krytyki. U dzieci bowiem musimy — jak się obecnie okazuje — liczyć się poważnie jeszcze z drugim typem zakażenia: z zakażeniem drogą przewodu pokarmowego i z mlekiem krowiem, zawierającem typ bydlęcy prątka gruźliczego, czyli prątka perliczego, jako ze źródłem zakażenia. Pierwotna gruźlica przewodu pokarmowego, na której częstość zwrócił uwagę Heller, według nowszych badań Edensa zachodzi w około 40% wszystkich przypadków gruźlicy u dzieci. — Że chodzi w tych wypadkach rzeczywiście o pierwotne zakażenie przewodu pokarmowego, świadczyłby za tem obraz anatomiczny, a także i ta okoliczność, że znajdujemy wtedy prawie zawsze jako czynnik etyologiczny prątek perliczy, mianowicie według Webera i Tantego 25 razy na 28 przypadków badanych. Anatomicznie nie znajdujemy znowu i tutaj w miejscu wtargnięcia, w błonie śluzowej jelita, żadnych zmian, lub zmiany nieznaczne, a sprawa usadawia się przedewszystkiem w gruczołach krezkowych.

Wreszcie wspomnę jeszcze o trzecim typie zakażenia, w którym bramę zakażenia stanowią migdałki, a sprawa zajmuje początkowo przedewszystkiem gruczoły szyjne. Znów na migdałkach nie znajdziemy zmian, lub zmiany nieznaczne. Migdałki położone na skrzyżowaniu się dróg oddechowych i pokarmowych, dostępne byłyby zarówno dla zakażenia powietrznego, jak i pokarmowego. Na ważność tego typu zakażenia zwrócił uwagę Aufrecht, bronił go słusznie Schlossmann. Przed paru miesiącami obserwowaliśmy w klinice przypadek gruźlicy u oseska, usadowionej przedewszystkiem w gruczołach szyjnych, które były znacznie obrzmiałe. Zakażenie nastąpiło chyba niewątpliwie przez migdałki od matki, u której w plwocinie stwierdziliśmy prątki gruźlicze w obfitej ilości.

We wszystkich tych sposobach zakażenia stwierdzamy jedną zasadniczą cechę anatomicznej gruźlicy dziecęcej, odróżniającą ją od gruźlicy osób dorosłych, mianowicie, że sprawa sadowi się przedewszystkiem w gruczołach chłonnych, gdy natomiast w miejscu wtargnięcia zmiany są nieznaczne, lub niema żadnych zmian.

Zjawisko to starano się tłomaczyć żywszym prądem limfy u dzieci i obszernością naczyń chłonnych. Oczywiście tłomaczenie takie jest zupełnie niewystarczające. Sprawa stała się jasną, odkąd wskutek badań Pirqueta nad allergią wiemy, jak zasadniczo różnie zachowuje się względem jadów prątka gruźliczego ustrój zależnie od tego, czy zakażenie, względnie zatrucie odbywa się po raz pierwszy, czy jest powtórnem. Ustrój dziewiczy zachowuje się na razie, jak to wynika n. p. z prób tuberkulinowych rozpoznawczych przynajmniej wobec tuberkuliny zupełnie obojętnie. Prątek nie wywoła w miejscu wtargnięcia odczynu, z łatwością zaniesiony zostanie prądem limfy, lub przez ciałka białe, fagocyty, do najbliższych t. zw. regionarnych gruczołów limfatycznych, tu zatem dopiero powstanie zmiana. Ustrój, który już jest lub był zakażony i okazuje allergię, t. j. zmienione oddziaływanie względem tuberkuliny, zachowa się zupełnie inaczej. Prątek, który dostanie się do błony śluzowej, wywoła za pośrednictwem jadów, na które ten ustrój jest wrażliwy, miejscowe zapalenie, podobne do odczynu przy próbie Pirqueta, zapalenie, które nie pozwoli mu wtargnąć niespostrzeżenie głębiej do wnętrza ustroju. Powstanie ognisko w błonie śluzowej, gruczoły nie będą zajęte, lub będą zajęte nieznacznie i późno.

U dzieci zatem gruźlica usadawia się w gruczołach wcale nie dlatego, że drogi chłonne mają inną budowę, lub inne jest krążenie limfy, lecz dlatego, że chodzi najczęściej o zakażenie pierwsze, zakażenie ustroju nietkniętego przedtem gruźlicą. Dlatego przy schorzeniach dalszych, gdy ustrój dziecka jest już allergicznym, powstaną, jak wynika z badań Edensa zmiany na powierzchni błony śluzowej (wrzody w jelitach przy gruźlicy rozpadowej płuc, gruźlica płuc przy zakażeniu drogami oddechowemi u dziecka ze starszemi ogniskami). Przeciwnie znów u dorosłego, jeżeli przedtem zdołał uniknąć zakażenia, i nie okazuje allergii, nie powstaną zmiany w błonach śluzowych, tylko zmiany gruczołów.

Powtórne zakażenie nie zawsze zresztą wiedzie do zmian na powierzchni błon śluzowych, gdyż w taki sposób allergia byłaby zjawiskiem niezbyt dla ustroju korzystnem i celowem. Usadowienie się sprawy w gruczołach jest bowiem dla ustroju korzystniejsze, gdyż w tym razie możliwe i bardziej prawdopodobne jest zupełne wyleczenie, aniżeli przy zajęciu płuc lub jelit (suchoty płucne, jelitowe). Allergia wiedzie też często do zupełnego zniszczenia zarazka w miejscu wtargnięcia. Inaczej byłoby przecież niezrozumiałe, że dzieci, które wcześnie okazują allergię, n. p. dzieci zołzowe, które zatem wcześnie miały sposobność zarazić się, a u których i później taka sposobność musi być raczej częstszą, tak rzadko okazują zmiany rozleglejsze na błonach śluzowych. Tłomaczą to nam zresztą doświadczenia Baila, który wstrzykiwał świnkom prątki gruźlicze do otrzewnej i badał, jaki następuje odczyn za pierwszym razem, jaki za następ-

[1]) Wygłoszony w Towarzystwie lekarskiem krakowskiem dnia 2. VI. 1909, połączony z przedstawieniem przypadków (IV wykład z seryi wykładów o gruźlicy).

pnym po wystąpieniu allergii. Przy pierwszem wstrzyknięciu przeważała fagocytoza, na miejscu wstrzyknięcia nie powstawały zmiany, przy drugiem fagocytoza była mniejsza, a na pierwszy plan wybijała się bakteryoliza. Gdy przy drugiem zakażeniu jest mała bakteryoliza, powstanie ognisko w miejscu wtargnięcia, gdy duża, wynik będzie należeć od obfitości zakażenia, przy skąpem zarazek zostanie zupełnie zniszczony i wogóle żadna zmiana nie powstanie, przy obfitem nastąpić może ogólne zatrucie, sprowadzające śmierć zwierzęcia. A zatem pierwsze zakażenie wytwarza pewną odporność (*immunitas*), ale i pewne usposobienie (*dispositio*).

W każdym razie przez allergię ustrój dąży do ograniczenia sprawy i przeciwdziała przerzucaniu się jej z miejsca na miejscu. Przeciwnie w ustroju dziewiczym zakażenie nie napotyka na takie zapory. Stąd łatwość uogólniania się sprawy, jeżeli ustrój nie zdobędzie się wcześnie na energiczną allergię. Widzimy takie uogólnianie się u zwierząt, używanych do doświadczeń, przedewszystkiem u świnek morskich. Ale i ustrój dziecka zachowuje się często podobnie.

Wszystkie te szczegóły rzucają wiele światła na mechanizm posuwania się sprawy gruźliczej u dzieci, i to chyba usprawiedliwia, że im poświęciłem tyle czasu.

Zupełnie zrozumiałe będą teraz dla nas cechy gruźlicy dziecięcej. O dwóch już mówiłem: o sadowieniu się w gruczołach i skłonności do uogólniania się, do tworzenia przerzutów.

Z tych dwóch cech wynikają inne. I tak jasną jest częstość pewnych usadowień się gruźlicy u dzieci, rzadkość innych. U dzieci prawie zawsze zajęte są gruczoły oskrzelowe. Częste są ogniska, powstające na drodze przerzutowej: »gruzełki odosobnione« mózgu, zapalenie gruźlicze opon, zmiany kości, stawów i skóry, gruzełki w wątrobie, śledzionie i t. d. Rzadka gruźlica krtani, gruźlica narządów płciowych. Płuca w przeciwieństwie do stosunków u dorosłych nie rzadko bywają wolne.

Przechodzę do szczegółów klinicznych. Oczywiście z powodu ograniczonego czasu mogę omówić krótko tylko niektóre postacie. Przedmiot ograniczę zatem do postaci najważniejszych do gruźlicy gruczołów oskrzelowych i gruźlicy płuc, poczem omówię jeszcze, co rozumiemy pod nazwą zołzów.

Gruźlica gruczołów oskrzelowych jest ogromnie częsta, gdyż można ją stwierdzić w materyale sekcyjnym u dzieci z gruźlicą według Hamburgera i Sluki prawie zawsze, w 98%, według Combyego w 97%. Zatem nawet wtedy, gdy miejscem wtargnięcia nie jest narząd oddechowy, gruźlica szybko przerzuca się na gruczoły oskrzelowe. Około gruźlicy gruczołów oskrzelowych grupują się niejako wszystkie inne usadowienia się jej. Stąd z reguły następuje szerzenie się sprawy z miejsca na miejsce, drogami chłonnemi lub drogami krwionośnemi przez przerzuty. Pewne rozpoznawanie gruźlicy gruczołów oskrzelowych u dziecka dawałoby klucz do rozpoznawania gruźlicy wogóle.

Rozpoznanie będzie polegało: 1) na stwierdzeniu sposobami fizycznymi powiększenia gruczołów i 2) na udowodnieniu, że chodzi o powiększenie gruźlicze, co można osiągnąć *a*) przez wyłączenie innych przyczyn powiększenia, n. p. ostrych spraw nieżytowych w oskrzelach i *b*) przez stwierdzenie, że dany osobnik jest gruźlicą zakażony.

Sposoby fizyczne, służące do udowodnienia powiększenia gruczołów oskrzelowych pozostawiają ciągle jeszcze wiele do życzenia mimo, że pewne zdobycze i tu zaznaczyć należy. Tłómaczy się to łatwo położeniem gruczołów w środku klatki piersiowej tak, że zewsząd oddzielone są od ścian klatki piersiowej płucami i niedostępne dla badań. W razie powiększenia, masy gruczołowe mogą dotykać co najwyżej do kręgosłupa, rzadziej do mostka.

Obecność powiększenia gruczołów oskrzelowych zdradzać się może pewnymi objawami skutkiem oddziaływania na narządy sąsiednie przez ucisk, pociąganie i szerzenie się sprawy zapalnej. Wchodzą tu w grę żyły, nerwy, tchawica, oskrzela, przełyk. Objawy te są jednak na ogół rzadkie, dlatego mają niewielkie znaczenie praktyczne. Zbytecznem byłoby wymienienie wszystkich możliwych. Wspomnę więc tylko o niektórych. Przez ucisk na rozdzielenie tchawicy powstaje niekiedy kaszel krztuścowaty, jednak bez t. zw. »reprise«. Ważna jest znajomość tego objawu, zjawisko samo jest jednak rzadkie.

Ucisk nerwu współczulnego może wywołać różnicę w wielkości źrenic (Seeligmüller, Roque, Destrée). Źrenica szersza odpowiada stronie zajętej, lub zajętej więcej. Niekiedy rozszerzenie ujawia się dopiero przy doświadczeniu Valsalvy (nadęcie się, forsowny wydech po głębokim wdechu przy zamkniętych ustach i nosie).

Objaw Smitha, o którym między innymi pisał Brudziński, przypisując mu wielkie znaczenie, nie jest objawem pewnym, ani stałym. Polega on na tem, że przy przegięciu silnem głowy w tył stwierdzić można nad rękojeścią mostka szmer żylny. Objaw ten tłómaczy się uciskiem na żyły przez masy gruczołowe, które przy przegięciu głowy wraz z tchawicą przesuwają się ku górze.

Z innych objawów wymienię:

Bolesność przy ugniataniu na wyrostki kolczaste kręgów piersiowych 2—7. (Petruschky) i bolesność przy obmacywaniu zgłębnikiem od przełyku (E. Neisser), objaw chyba u dzieci trudny do stwierdzenia.

Wielkie znaczenie ma opukiwanie kręgosłupa, dające jednak tylko w przypadkach korzystnych — mianowicie przy braku obfitszej podściółki tłuszczowej na grzbiecie — wyniki dosyć pewne. Opukuje się wyrostki kolczaste najlepiej bezpośrednio. Idąc od góry od kręgu wystającego otrzymujemy najprzód odgłos stłumiony, (chodzi o kręgi, z trzonami, do których płuco nie przylega), potem coraz jawniejszy. Wypuk jawny utrzymuje się prawidłowo do 9. kręgu piersiowego. W przypadkach, w których masy gruczołowe dosięgają wielkości 10 mm³, coby odpowiadało sześcianowi o boku niewiele większym, jak 2 cm, otrzymujemy odgłos przytłumiony już na wyrostku 5. i 6-tym (de la Camp).

Objawy osłuchowe są zawiłe i nie dają pewnych wskazówek. Wspomnę tylko o tem, że przy osłuchiwaniu kręgosłupa słyszy się szmer tchawiczny z wysokością zmieniającą się przy otwieraniu i zamykaniu ust nad 5-tym i 6-tym wyrostkiem kolczastym, gdzie w stanie prawidłowym słychać szmery pęcherzykowe.

Ważne wyniki może dać badanie promieniami Roentgena, chociaż nastręcza ono wiele trudności, wymaga wielkiej wprawy i pewnej ostrożności w zużytkowaniu danych. W ocenie wartości i pewności metody znajdujemy zresztą pomiędzy autorami pewne różnice zdań. Leroux n. p. twierdzi, że tylko rzadko nie udaje się stwierdzić istniejących obrzmień. Reyher zaś uważa zadanie to za jeden z najtrudniejszych rozdziałów radioskopii, względnie radiologii i przytacza n. p. radiogram z cieniami, które snadnie można było wziąć za cienie gruczołów, z przypadku, w którym przy obdukcyi stwierdzono gruczoły niezmienione. Chodziło zatem o »prawidłowy rysunek wnęki«.

Tyle co do objawów fizycznych. W przypadku stwierdzenia powiększenia gruczołów oskrzelowych pozostaje wyłączenie innych przyczyn poza gruźlicą, na ogół nie trudne, i udowodnienie, że chodzi o osobnika zakażonego gruźlicą. Otóż co do tego ostatniego punktu, to próby miejscowe tuberkulinowe stanowią ogromny postęp. Nie będę ich opisywał, gdyż mówił o nich kol. Eisenberg. Są to próby niewątpliwie swoiste, bardzo czułe i na ogół bardzo pewne. Trzeba się tylko liczyć z tem, że u gruźliczych może próba wypaść ujemnie, jeżeli chodzi o osobniki wyniszczone, i osobniki z szybko postępującą i daleko posuniętą gruźlicą. Ale i poza temi możliwościami próba skórna (Pirqueta) i naskórna (Moro) niekiedy zawodzi. Najczulszą i najpewniejszą jest próba podskórna (odczyn Epsteina i Eschericha). Otrzymuje się obrzęk widoczny, bolesny, utrzymujący się kilka dni po wstrzyknięciu 0,01—0,001 mgr. U osobników, u których odczyn skóry Pirqueta był ujemny, można dla ostatecznego wyłączenia gruźlicy wstrzyknąć dawki większe: zaczynając od 0,2 mgr.

Odczyn dodatni stwierdza tylko, że dany osobnik jest zakażony, lub był zakażony gruźlicą. Ponieważ przy gruźlicy u dzieci gruczoły oskrzelowe są prawie zawsze zajęte, więc przedewszystkiem trzeba myśleć o tej siedzibie gruźlicy, choćby nawet objawy fizyczne były niewyraźne lub zupełnie zawiodły. Ogniska mogą być jednak, mianowicie u dzieci starszych już wygasłe, zwapniałe. Dlatego co do wysnuwania wniosków, tyczących się danej choroby, zaleca się pewna ostrożność. Niedawno spostrzegaliśmy n. p. w klinice przypadek wady serca z zarośnięciem worka osierdziowego, przypadek, w którym były obustronne zmiany zapalne płuc, w końcu ropniak opłucny po stronie prawej i odma opłucna w górze z przodu. Objawy mogły być uważane za gruźlicze, a odma za jamę gruźliczą w płucach, za czem przemawiał pozornie dodatni odczyn Pirqueta. Tylko obserwacya całego przebiegu i brak prątków gruźliczych w plwocinie uchroniły nas od mylnego rozpoznania. Badanie pośmiertne stwierdziło dwa zwapniałe gruczoły przy wnęce płuc, żadnych innych ognisk w ustroju nie wykryło.

Gruźlica gruczołów oskrzelowych może się nie objawiać żadnemi zaburzeniami ogólnemi tak, że ustrój sprawia wrażenie zupełnie zdrowego, albo nawet może się znajdować w stanie

kwitnącym: gruźlica utajona. Przerzuty takie, jak w kościach, stawach, mózgu, a przedewszystkiem zapalenie gruźlicze opon, mogą zjawić się niespodziewanie, jak grom z jasnego nieba. Nierzadko jednak wszystko kończy się pomyślnie zupełnem wyleczeniem.

Częściej jednak stwierdza się zaburzenia ogólne: Upośledzenie rozwoju ogólnego, wątłość kośćca, szczególniej klatki piersiowej, cienkość skóry, skąpość podściółki tłuszczowej, gruczoły chłonne wszędzie liczne, drobne, twarde (*polymicroadenia*), niedokrwistość, zaburzenia żołądkowo-jelitowe, ciepłotę dochodzącą do stanu podgorączkowego. Wszystko to obejmowano nazwą zołzów drażliwych (*scrofulosis erethica*). O ile zaś zaburzenia można wziąć za cierpienie samoistne, możnaby mówić w myśl Maragliana o gruźlicy zamaskowanej (*tuberculosis larvata*). Zapomocą nowszych sposobów rozpoznawczych przypadki te na ogół łatwo jest jednak obecnie zdemaskować. I tutaj zapisać trzeba postęp wybitny.

Płuca zajęte zostają u dziecka w różny sposób. U dzieci młodszych dość często następuje zajęcie przez szerzenie się gruźlicy z gruczołu we wnęce na bezpośrednie sąsiedztwo po przebiciu torebki gruczołu. Sprawa dość późno dochodzi do powierzchni klatki piersiowej, późno też jest dostępną dla badania fizycznego. Innym razem następuje rozsianie się sprawy nagłe przez przebicie do oskrzela lub do naczyń. Od objawów płucnych nieznacznych odbija wtedy jaskrawo ciężki stan ogólny, wybitna sinica i duszność. Zapalenie płuc serowate (*pneumonia caseosa*) rozwija się najczęściej w następstwie odry, krztuśca, grypy, rzadziej samorzutnie. Fizycznie stwierdza się objawy zapalenia płuc, stąd trudności rozpoznawcze mogą być znaczne.

U dzieci starszych w wieku szkolnym gruźlica płuc rozwija się — zapewne skutkiem zakażeń następnych — i przebiega podobnie, jak u dorosłych. Co do częstości gruźlicy w tym wieku, to podania autorów są bardzo rozbieżne. Gdy jedni podają częstość zmian początkowych, jako mniejszą, niż 1% (n. p. Squire i Gowdey 0·8%), to Grancher i jego uczniowie znajdowali w szkołach paryskich zmiany gruźlicze pewne lub bardzo prawdopodobne w 11—15% przypadków u chłopców, a w 17—27% przypadków u dziewcząt (Méry). Gruźlica otwarta, zatem niebezpieczna dla otoczenia, jest zato rzadka (1: 500). — Te znaczne różnice tłomaczą się przedewszystkiem różnym sposobem badania. Dlatego chciałbym zwrócić uwagę na badanie Grancherowskie, które pozwala z wielkiem prawdopodobieństwem rozpoznać zmiany początkowe w okresach, poprzedzających okresy klasyczne. Trzeba przy osłuchiwaniu płuc zwracać uwagę wyłącznie na wdech (podczas wydechu najlepiej odrywać ucho od klatki piersiowej), badać porównawczo symetryczne miejsca obu stron, zwrócić uwagę szczególniej na okolice podobojczykowe z przodu, nadgrzebieniowe z tyłu. Początkowo stwierdza się tylko zmiany wdechu: osłabienie i zaostrzenie, niekiedy przerywanie. Potem stwierdzić można oprócz tego lepsze przewodnictwo głosu (*bronchophonia*), a następnie dopiero lekkie skrócenie odgłosu opukowego (»submatité«). Badanie trzeba ewentualnie powtórzyć, aby stwierdzić stałość zmian. Jeżeli prócz tego obecne są objawy ogólne i jeżeli odczyny tuberkulinowe wypadną dodatnio, to rozpoznanie gruźlicy płuc (*stadium germinationis*) jest bardzo prawdopodobne. Gdybyśmy czekali na dalsze objawy, stłumienie, rzężenia, prątki w plwocinie, doczekalibyśmy się niewątpliwie rozpoznania zupełnie pewnego, ale dopuścilibyśmy się nagannego zaniedbania wobec chorego, gdyż tylko w okresie Grancherowskim szanse wyleczenia zupełnego są znaczne, a w klasycznych okresach zmniejszają się gwałtownie. Wspomnieć jednak muszę, że Young jako przyczynę osłabienia szmerów nad pewnymi płatami stwierdzał zapomocą radioskopii nieregularność w czynności przepony i odnosił ten objaw do zmian gruczołów oskrzelowych, płuca zaś miały być wolne. Rzeczywiście osłabienie wdechu słychać często nad całem prawie płucem. Być może zatem, że tłomaczenie Grancherowskie zjawiska nie jest słuszne. Grancher mianowicie przyjmuje, że gruzełki, początkowo usadowione u wejścia do pęcherzyków, w lejkach, i zwężające je, są przyczyną niedostatecznego dostępu powietrza do pęcherzyków i osłabienia szmerów.

Pozostałoby mi jeszcze omówienie jednej postaci gruźlicy dziecięcej, mianowicie zołzów. Mam tu na myśli zołzy otrętwiałe (*scrofulosis torpida*), o zołzach drażliwych już wspomniałem. Jak wiadomo, stosunek gruźlicy do zołzów był oddawna przedmiotem żywych sporów. Po odkryciu prątka gruźliczego i stwierdzeniu, że znaczna część objawów zołzowych, mianowicie zaś zmiany gruczołów, zmiany w kościach i stawach wywołana bywa przez prątki gruźlicze, odzywały się głosy (Neumann) o wyrugowanie pojęcia zołzów i zastąpienie ich, względnie objęcie ich nazwą gruźlicy. Przeciwko temu jednak protestowała większość klinicystów. Zołzy bowiem stanowią obraz kliniczny dobrze określony, przeważnie dający się rozpoznać na pierwszy rzut oka.

Cechą zasadniczą zołzów nie są przytem wcale zmiany w stawach, kościach, gruczołach z prątkami gruźliczymi, lecz t. zw. skrofulidy, zołzowe zmiany na powierzchniach, na błonach śluzowych i skórze. Wymienić tu należy: pryszczyki spojówkowe, zapalenie brzegów powiek, nieżyt zołzowy nosa, zgrubienie wargi górnej, wypryski skórne sączące i liszajowate, pewne nacieki liszajowate i guzowate, skłonność do nieżytów gardła, ucha, dróg oddechowych, przewodu pokarmowego z towarzyszącemi zwykle licznemi niebolesnemi obrzmieniami gruczołów chłonnych.

Zmiany te nie zawierają komórek olbrzymich, ani prątków gruźliczych, nie są zatem zmianami gruźliczemi, są to zmiany zapalne, nieswoiste, podobne do tych, jakie mogą być wywołane przez jady chemiczne.

Jakaż jest zatem przyroda tych zmian? Moro i Doganoff wypowiedzieli w r. 1907 zapatrywanie, że chodzi tutaj o zjawiska tuberkulotoksyczne, a myśl tę podjął świeżo Escherich. Według Eschericha wszystkie dzieci zołzowe okazują allergię tuberkulinową, a odczyny miejscowe są bardzo żywe, wczesne i występują przy znacznych rozcieńczeniach. Przy próbie Pirquetowskiej obwódka zapalna ma w przypadkach zołzów zwykle 30—40 mm średnicy, a zawsze powyżej 10 mm; często tworzą się pęcherzyki, niekiedy nawet martwina w środku. Wynik próby Moro (wcieranie w skórę maści tuberkulinowej 60%) jest bardzo żywy, a próba »wyczarowuje« (niekiedy nietylko na miejscu stosowania) rozmaite zmiany, podobne do zmian zołzowych skóry. Nie jest więc przypadkowem, że przypadek, który tu przedstawiłem, a w którym wrażliwość na tuberkulinę była bardzo znaczna (po wstrzyknięciu 0,05 mg podskórnie naciek z pęcherzami, później częściowa martwica skóry, przy próbie Pirqueta duża krosta, podobna zupełnie do krosty szczepiennej), okazywał wybitne objawy zołzowe: nieżyt nosa, zaczerwienienie i obrzmienie nozdrzy, zgrubienie wargi, zmiany spojówkowe. U takich dzieci po zastosowaniu tuberkuliny na spojówkę (próba Calmettea i Wolff Eisnera) można otrzymać bardzo niepożądane objawy, to też w danym przypadku wykonanie tej próby musi się uważać za niedozwolone.

Otóż ta wielka wrażliwość na tuberkulotoksynę tłomaczyłaby powstanie objawów zołzowych, chodziłoby o oddziaływanie błon śluzowych i skóry na minimalne ilości jadu, znajdujące się przypuszczalnie w wydzielinach gruczołowych i zapalnych wysiękach. Obecności tego jadu nie udało się tu jednak dotychczas udowodnić.

W ten sposób zołzy w całości mogłyby się zlać z gruźlicą dziecięcą, stanowiąc tylko jednę z jej postaci. Pozostałoby do wyjaśnienia, dlaczego tylko pewna część dzieci zakażonych okazuje objawy zołzowe. Escherich tłómaczy to okolicznością, że dzieci te już przed zakażeniem okazują zboczenie konstytucyonalne, znane pod nazwą limfatyzmu i cechujące się wejrzeniem ciastowatem i bladością skóry, przerostem narządów limfatycznych (szczególniej migdałków i grasicy), niechęcią do ruchów. To byłby właściwy limfatyzm tak, jak go określa Czerny, proponując zresztą dla niego nazwę »stanu ciastowatego« (*status pastosus*). Limfatyzm nie miałby większego znaczenia dla nabycia gruźlicy, ale usposobiałby do zołzów o tyle, że w razie nabycia gruźlicy przebiegałaby ona pod postacią zołzów. Same objawy zołzowe miałyby zależeć już od gruźlicy.

Nowsze jednak spostrzeżenia Moro dowodzą, że limfatyzmowi w patogenezie objawów zołzowych trzeba przyznać jeszcze większe znaczenie. W przeciwieństwie do twierdzenia Eschericha na 300 przypadków zbadanych próby tuberkulinowe, mianowicie próba Moro i Pirqueta dały w spostrzeżeniach Moro w 13 przypadkach (4·3%) wynik zupełnie ujemny, mimo obecności typowego wejrzenia zołzowego, w szczególności mimo stwierdzenia pryszczyków spojówkowych, dużych gruczołów na szyi i t. d. W dwóch zaś przypadkach zdołał Moro następnie stwierdzić zjawienie się odczynu dodatniego, bardzo żywego: limfatyzm przeszedł w zołzy.

Wyniki te zgadzałyby się zresztą z zapatrywaniami Czernego, już dawniej wypowiedzianemi. Czerny opisał mianowicie jako skazę wysiękową (*diathesis exsudativa*) zbiór objawów, które powtarzają się przy zołzach, a użył nowej nazwy dlatego, ażeby z góry zaznaczyć, że chodzi o sprawę, nie pozostającą z gruźlicą w żadnym związku. Czerny zresztą odróżnia ten obraz także od limfatyzmu, ale przyznaje, że oba zboczenia często się ze sobą kombinują. To, co Moro rozumie jako limfa-

tyzm, byłoby właśnie taką kombinacyą. Objawami skazy wysiękowej są według Czernego u dzieci w pierwszych miesiącach niedostateczny rozwój przy piersi mimo nieobecności zaburzeń żołądkowo-jelitowych, później łuszczyca języka, załupieżenie ciemiączka, ognipiór, czyli słodki strup, świerzbiączka, czyli ognik, łatwe odparzanie fałdów skórnych, zapalenie oskrzeli (z objawami dychawicy lub bez), zapalenie gardła, migdałków, zapalenie powiek i, co najważniejsza, pryszczyki spojówkowe (*phlyctaenae*). Na objawy ma wybitny wpływ sposób żywienia, mianowicie niekorzystnie oddziaływa wszelkie przekarmianie.

Otóż Moro starał się stwierdzić przez wywiady w 50 przypadkach zołzów, jak częste są te objawy, co do pierwszego roku życia, t. j. co do czasu, kiedy zakażenie gruźlicze jest jeszcze rzadkie. Tylko 20% przypadków dało wynik ujemny. Załupieżenie ciemiączka wykazano przez wywiady w 60%, świerzbiączkę w 36%, wypryski w 20%, łuszczycę języka w 10% limfatyzm byłby więc nietylko podłożem, koniecznem dla powstania zołzów, lecz do niego należałoby odnieść właściwe objawy zołzowe: zapalenie na powierzchniach błon śluzowych i skóry. Odróżnienie zołzów i limfatyzmu dałoby się przeprowadzić tylko na podstawie wyniku prób tuberkulinowych.

Rokowanie w gruźlicy dziecięcej po wyłączeniu postaci szybko postępujących lub uogólniających się jest na ogół lepsze, aniżeli u dorosłych, już choćby dlatego, że u dzieci przeważa umiejscowienie w gruczołach. Rokowanie zależy, jak wynika z przytoczonych już liczb Merciera, w wybitnym stopniu od warunków, w jakich rozwija się dziecko zakażone. W pierwszym roku życia bardzo wyraźny wpływ na przebieg gruźlicy ma sposób karmienia. U dzieci przy piersi, jak wynika z badań Engela, sprawa ogranicza się długo na gruczoły chłonne, u karmionych sztucznie szybko się szerzy. Szczególnie ważnem jest tutaj, czy dziecko przez pierwsze dwa miesiące było karmione piersią, czy sztucznie.

Nie mogę omawiać szerzej zapobiegania gruźlicy, ani leczenia. Wspomnę tylko, że w ostatnim czasie objawił się ogólnie zwrot do leczenia swoistego tuberkulinami. Zajmujące są szczególniej wyniki, bardzo korzystne, które osiągnął Schlossmann przy leczeniu osesków wysokiemi dawkami tuberkuliny. Chodziło przeważnie o gruźlicę gruczołów i kości.

Jak z tego przedstawienia wynika, praca ostatnich lat nad gruźlicą była wcale owocna. Zyskaliśmy bardzo wiele danych co do patogenezy gruźlicy i zołzów, wyjaśnione zostały w znacznej mierze różnice między przebiegiem gruźlicy u dzieci i u dorosłych, poznaliśmy częstość gruźlicy u dzieci, w próbach allergicznych zyskaliśmy znakomity środek do odsłaniania nawet najbardziej ukrytych ognisk gruźliczych, a także w metodach fizycznych, stosowanych celem wykrycia gruźlicy gruczołów oskrzelowych i gruźlicy płuc, niejeden daje się stwierdzić postęp. Wszystko to ułatwia nam znakomicie zwalczanie gruźlicy, a to tembardziej, że zwalczanie to nie może polegać jedynie na usuwaniu sposobności do zakażenia. Sposobność ta jest zbyt częstą, aby można było w obecnych warunkach liczyć na to, że uda się jej uniknąć dziecku starszemu, a temwięcej człowiekowi dorosłemu. Tylko dzieci najmłodsze, u których gruźlica z reguły przebiega niekorzystnie, powinno się bezwarunkowo uchronić od zakażenia, w pierwszym rzędzie przez wyłączenie z otoczenia osób z gruźlicą otwartą i osób podejrzanych, dalej przez usunięcie możliwości zakażenia przez mleko niewyjałowione. O ile chodzi o dzieci starsze i dorosłe, nie będzie można także lekceważyć zadania, żeby ograniczyć sposobność do zakażenia, walka jednak z gruźlicą będzie polegać głównie na wykryciu zakażenia w początkowych okresach, doprowadzenia do wyleczenia i osiągnięcia możliwie największej i najtrwalszej odporności.

Oceny i sprawozdania.

Jahreskurse für die ärztliche Fortbildung in zwölf Monatsheften. Redaktor Dr J. Sarason. Monachium. Lehmann. Cena 16 Mk. za rocznik.

Sprawa uzupełniania wykształcenia lekarskiego staje się w ostatnich czasach wobec gwałtownego rozrostu i szybkiego postępu nauk lekarskich zagadnieniem poważnem i trudnem. Rozwiązać je spróbowali pierwsi Niemcy, stwarzając doskonałą organizacyę kursów uzupełniających dla lekarzy. I te kursa jednak nie są wystarczające; wymagają one znacznych wydatków, porzucenia na czas pewien praktyki, a na to nie każdy lekarz może sobie pozwolić; przytem z drugiej strony, ze względu właśnie na uczestników, musi się kursa wciskać w ciasne ramy czasu, kilka tygodni zaledwo, na czem pogłębienie wykładów cierpi, a przeciążeni wykładami uczestnicy i tak się nużą. Piśmiennictwo lekarskie peryodyczne wszelakiego rodzaju nie może uchodzić za dobry środek dokształcania się, bo zwłaszcza dziś, gdy coraz więcej odczuwa się potrzebę przeciwdziałania zbytniej specyalizacyi, śledzenie postępu medycyny we wszystkich działach wymagałoby zbyt wiele i czasu i trudu, gdyby ku temu służyć miały dotychczasowe typy czasopism lekarskich. Dr Sarason próbuje więc stworzyć nowy typ wydawnictwa, któreby co miesiąc przynosiło pogląd na obecny stan jednej z gałęzi wiedzy lekarskiej, dając zarazem przegląd postępu w ostatnim roku, i to w takiej formie, by lekarz, chcący sobie ten postęp przyswoić, jaknajmniej potrzebował wysiłku. Plan wydawnictwa, dla którego zjednano szereg bardzo wybitnych sił dydaktycznych, obejmuje w każdym roku po jednym zeszycie z zakresu biologii (fizyologii i patologii), chorób krążenia i oddychania, chorób trawienia, krwi i wymiany materyi, chorób skórnych i wenerycznych, neurologii i psychiatryi, chorób dzieci, położnictwa i ginekologii, lecznictwa ogólnego, ortopedyi, chorób zakaźnych i higieny, chirurgii i medycyny sądowej z nauką o wypadkach, wreszcie chorób oczu, nosa, gardła, krtani i uszu. Planowi temu możnaby zarzucić tylko, że zbyt mało miejsca wyznacza dla chirurgii, a stosunkowo wiele medycynie wewnętrznej. Wydawnictwo rozpoczęło się właśnie »kursem« Prof. Lubarscha, obejmującym zagadnienie dziedziczności, zapłodnienia, rozrostu prawidłowego i chorobowego, nowotwory i zaburzenia przemiany tłuszczów i węglowodanów. W lutym ukaże się zeszyt, obejmujący »kurs« Prof. Ortnera z zakresu chorób krążenia (czynnościowe rozpoznawanie chorób serca, serce wolowatych, miażdżyca) i Prof. Brauera z zakresu chorób narządu oddychania. Z.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

(Promienie Röntgena).

Köhler. **W sprawie głębokiego leczenia wielkiemi dawkami rentgenowskiemi.** (Münch. med. Wochs. 1909, Nr 45). Skuteczność i przenikalność promieni rentgenowskich będzie tem większa, im większe stosować będziemy dawki. Temu dotąd stała na przeszkodzie wrażliwość ustroju na promienie, udaremniająca stosowanie silniejszych dawek. K. podaje sposób, dozwalający na stosowanie 10—20 razy silniejszych dawek, niż zwykle, a to na zasadzie spostrzeżenia, że lampa rentgenowska z bardzo dużem ogniskiem (4—8 razy większem, niż zwykle) daje wyraźny obraz siatki drucianej, położonej wprost na płycie fotograficznej, natomiast obrazu tego już nie otrzymamy, gdy siatka oddalona jest od płyty na 4—5 ctm. Praktycznie zastosował to K. w następujący sposób: Jeżeli położymy wprost na skórę, a nawet wciśniemy w nią, siatkę metalową, to w takim razie promienie przejdą pomiędzy oczkami siatki w głąb, n. p. do nowotworu, natomiast skóra narażona będzie na szkodliwe działanie naświetlania jedynie w oczkach, pod samą zaś siatką od działania zostanie ochroniona. Zyskujemy przez to wiele, bo możemy stosować ogromne dawki (nawet zapomocą kilku lamp), a ewentualne uszkodzenia nie zajmują wielkiej, jednolitej przestrzeni, lecz tylko pojedyncze punkty, oddzielone od siebie tkanką zdrową, nie uszkodzoną, co

ze względu na gojenie się ma bardzo wielkie znaczenie. Pod siatkę podkłada się jeszcze cienki filtr skórzany lub glinowy celem zatrzymania promieni wtórnych. Oczka siatki powinny być trójkątne lub kwadratowe, a nie okrągłe, siatka sama powinna być twarda, nie podatna, najlepiej z żelaza. Lampy o dużem ognisku, ewentualnie o licznych katodach, łatwo sporządzić. K.

Wehrsig. **Nadmierne tworzenie się tkanki rogowatej pod paznokciami, jako wynik działania promieni Röntgena.** (Münch. med. Wochs. 1909, Nr 32). Początkowe uszkodzenia rentgenowskie bywająprzez lekarzy, a zwłaszcza przez chirurgów lekceważone, a często uważa się je np. za wyprysk wskutek działania sublimatu. Doświadczył to W. i na sobie. Z początku zjawiły się na rękach i przedramionach zaczerwienienia, zwłaszcza koło włosów. W. uważał to za wyprysk sublimatowy, wstrzymał się więc na pewien czas od sublimatu, natomiast pracował z przyrządami Röntgena dalej. Sprawa skórna poprawiła się nieco, natomiast wystąpiły zmiany w paznokciach, stale się pogarszające. Mianowicie każdy paznokieć przy wolnym brzegu zaczął odstawać, a z pod niego wyrastały masy rogowe. Z czasem substancya paznokci stała się kruchą i zaczęła się rozdzielać na łuski, a nadto paznokcie zaczęły się marszczyć i pękać podłużnie. W. musiał wobec tego zupełnie zmienić swe zajęcie i obecnie wprawdzie wystąpiła mała poprawa, ale masy rogowe mimo usuwania odrastają jeszcze stale. Cierpienie to nazwał Unna: hyperkeratosis subungualis. Dodać tu należy, że W. z powodu warunków, od niego niezależnych, nie zachowywał przy manipulacyach rentgenowskich żadnych ostrożności. K.

Simmonds. **O działaniu promieni Röntgena na jądro.** (Tow. lek. Hamburg, 2. XI. 1909). S. przeprowadził liczne badania na zwierzętach (świnkach morskich i myszach) dla zbadania, jaki właściwie wpływ wywierają promienie rentgenowskie na jądro. Naświetlał 20—400 minut. S. przekonał się, że uszkodzenia dotyczą przedewszystkiem komórek nasiennych i zjawiają się nie zaraz, lecz dopiero jakby po pewnym okresie »wylęgania«. Zmiany zwykle nie występują w całem jądrze, lecz ogniskowo, co umożliwia późniejszą regeneracyę. W czasie niszczenia komórek nasiennych występują obficie komórki zastępcze (Zwischenzellen), które znów potem znikają w czasie regeneracyi. Komórki te mogą zdaje się zastępować komórki nasienne w »wydzielaniu wewnętrznem«, które jest potrzebne do utrzymania popędu płciowego i drugorzędnych cech płciowych. Dowodzą tego także doświadczenia kliniczne, bo osoby (i zwierzęta), u których jądra zanikły pod wpływem rentgenizacyi, tracą jedynie zdolność zapładniania, a nie tracą popędu płciowego. Uszkodzenia wywołać można nietylko przez dłuższe działanie promieni, ale także przez bardzo krótkie przy użyciu bardzo silnego prądu. Natomiast dłuższe przebywanie w pracowni bez zbytniego zbliżania się do przyrządów niema żadnego wpływu na jądro. Nawet 6-miesięczny pobyt w pokoju rentgenowskim nie wywołał żadnych zmian u świnek. U rentgenologów dawniejszych, którzy nie dbali wcale o siebie, zmiany w jądrach mogły być poważniejszej natury (przewlekłe); rentgenolodzy ci przeważnie są bezdzietni. A.

Ginekologia i położnictwo.

Prof. Birnbaum. **O ciąży po przyszyciu macicy do powłok brzusznych (ventrofixatio) z powodu tyłozgięcia macicy ustalonej.** (Arch. f. Gyn. t. 89, zesz. II.). Już tyłozgięcie macicy ruchomej może utrudnić lub nawet uniemożliwić zastąpienie, jużto wskutek zmian na błonie śluzowej, już w następstwie samego tyłozgięcia (nieprawidłowy kierunek części pochwowej, zwężenie ujścia wewnętrznego, skrócenie tylnego sklepienia pochwy, wywołujące przedwczesny wyciek nasienia, załamanie jajowodów). Tem trudniej nastąpi zastąpienie, jeżeli tyłozgięta macica jest ustalona. Stopień tego utrudnienia zależy od rozległości zrostów, jakoteż od stanu i położenia, w jakiem wskutek nich znajdują się przydatki. To też i rokowanie w takich przypadkach bezpłodności jest różne. Jeżeli zrosty między macicą, a zatoką Douglasa są cienkie, to rokowanie jest do pewnego stopnia korzystne: jeżeli zaś zrosty rozciągają się także na przydatki, to rokowanie tylko wówczas może być korzystne, jeżeli brzuszny otwór jajowodów pozostał drożny i ich nabłonek niebardzo jest uszkodzony; w przeciwnym razie rokowanie jest niekorzystne, gdyż tak leczenie operacyjne, jak i zachowawcze rzadko kiedy wiedzie tu do celu. Leczenie tyłozgięcia macicy ustalonej polega albo na ciągłem miesieniu, rozciąganiu i rozrywaniu zrostów, albo na gwałtownem ich rozerwaniu w uśpieniu (Schultze), albo na operacyi. Operacya jest postępowaniem najodpowiedniejszem, szczególnie tam, gdzie zrosty są rozległe, gdyż otworzywszy jamę brzuszną, można je z łatwością usunąć, nadto można się należycie zoryentować o stanie przydatków i w końcu można uwolnioną macicę przyszyć do powłok brzusznych. Z 20 w ten sposób leczonych kobiet 4 przeszły po operacyi prawidłową ciążę i poród; w innych uwolniła operacya chore od wielu przypadłości, bezdzietność utrzymywała się jednak nadal (uszkodzenie nabłonka jajowodów). E. Ehrenpreis.

Ernst Runge. **Doświadczenia przy nadłonowem cięciu cesarskiem.** (Arch. f. Gyn. t. 89, z. II.). Autor opiera swoje doświadczenia na 22 przypadkach, z których w 20 chodziło o ścieśnienie miednicy, w 2 zaś o drgawki porodowe. W przypadkach tych może nadłonowe cięcie cesarskie nietylko zastąpić dotychczas wykonywane cięcie cesarskie klasyczne, lecz je także z wielu względów przewyższa. I tak wyłącza ono jamę otrzewną z pola operacyjnego, ochrania jelita i sieć przed wszelkiem dotknięciem, pozostawia macicę »in situ«, a krwawienie bywa tylko nieznaczne, w każdym razie mniejsze, aniżeli przy nacięciu trzonu macicy. Ważną zaletą tego zabiegu jest i to, że przy zastosowaniu go ze wskazania względnego można przeczekać działanie bolów porodowych do ostatniej chwili, i dopiero wówczas przystąpić do operacyi, jeżeli poród na drodze naturalnej okaże się niemożliwy. Nie bez znaczenia jest i ta okoliczność, że odklejenie się łożyska po porodzie może się odbyć fizyologicznie, gdy przy klasycznem cięciu cesarskiem wydobywa się łożysko zwykle ręcznie. W końcu i czas trwania operacyi przy cięciu nadłonowem jest krótszy, a zeszycie cienkich brzegów cięcia szyjkowego łatwiejsze, aniżeli po przecięciu trzonu macicy. Pewną zaletą jest także możność zastosowania cięcia poprzecznego przez powłoki brzuszne i powięź, przyczem zmniejsza się znacznie niebezpieczeństwo następowego powstania przepuklin i osiąga się dobry wynik kosmetyczny. O ile jednak nadłonowe cięcie cesarskie ze względu na powyższe zalety może skutecznie współzawodniczyć z cięciem ces. klasycznem przy ścieśnieniach miednic znacznego stopnia, to przy ścieśnieniach średniego stopnia należy, o ile się ma wolny wybór, dać pierwszeństwo cięciu przyłonowemu (pubotomia), jako operacyi technicznie łatwiejszej, mniej niebezpiecznej, mogącej pozostawić stałe rozszerzenie miednicy. Mimoto korzystniej będzie niekiedy i tu zastosować cięcie nadłonowe, szczególnie tam, gdzie chodzi o szybkie ukończenie porodu, o pewniejszą gwarancyę otrzymania płodu żywego i u pierwiastek, gdzie należy przypuszczać, że mimo cięcia przyłonowego trzeba będzie poród ukończyć przy pomocy kleszczy lub obrotu i nie będzie można czekać na poród samorodny. Przebieg i udanie się operacyi zależą do pewnego stopnia od chwili jej wykonania. Z początkiem czynności porodowej sięga bowiem fałd otrzewny pęcherzowo-maciczny (plica vesicouter.) jeszcze głęboko między pęcherz, a przednią ścianę macicy, tak że oddzielenie go od pęcherza, jak przy metodzie Sellheima, lub odsunięcie na bok prawy wraz z pęcherzem, jak przy metodzie Latzkiego, napotyka na wielkie trudności i często łączy się z mimowolnem naddarciem otrzewnej. W miarę postępu porodu jednak, podnoszący

się trzon macicy pociąga za sobą ku górze także ten fałd otrzewny, oddzielając go przytem mniej lub więcej zupełnie od pęcherza. Oddzielenie to będzie tem większe, im bardziej ścieśniona jest miednica, albowiem im wyżej główka stoi nad wchodem, tem silniej rozszerza dolny odcinek macicy. To też najkorzystniejszą do operacyi jest ta chwila, kiedy ujście macicy jest zupełnie rozwarte, pęcherz płodowy jednak jeszcze utrzymany. Do operacyi wybierać należy o ile możności przypadki, na pewno niezakażone. W przypadkach, podejrzanych co do zakażenia, radzi autor ranę zostawić otwartą i skrupulatnie ją sączkować; należy się też wystrzegać otwarcia sklepienia pochwy. W przypadkach autora operowano z początku metodą Sellheima, ostatnie jednak przypadki technicznie łatwiejszą metodą Latzkiego. Powłoki brzuszne i powięź przecinano zawsze poprzecznie, 2 palce nad spojeniem łonowem; odsłoniętą szyjkę macicy podłużnie. Krwawienie było zawsze małe, a cięcie pozwalało zawsze na wygodne wyciągnięcie płodu, i dzięki elastyczności tkanki macicznej nigdy nie powstawały dalsze naddarcia. Płód wyciągnięto 14 razy kleszczami, 4 razy przy pomocy obrotu na nóżkę, raz z położenia nóżkowego, a raz z miednicowego. Przeważnie czekano na samorodne odejście łożyska, czasem posługiwano się zabiegiem Credego, a rzadko tylko wydobywano łożysko ręcznie. Połóg przebiegał w 19 przypadkach prawidłowo, w 3 nastąpiło zakażenie, 2 z nich skończyły się śmiercią; śmiertelność matek wynosiła więc = 9·1%, płody urodziły się wszystkie żywe. Co do późnych następstw operacyi, dzisiaj nie można jeszcze nic pewnego powiedzieć. W szczególności chodziłoby tu o zachowanie się blizny macicznej przy następnych porodach, tembardziej, że wytwarza się ona w tem właśnie miejscu, które już w warunkach fizyologicznych ulega największemu rozciągnięciu, co w każdym razie usposabia do pęknięć. Frank podał już kilka przypadków, w których następne porody i połogi przebiegały pomyślnie. E. Ehrenpreis.

Dermatologia i syfilidologia.

Bering. **Jak wpływa odczyn swoisty surowicy na rozpoznanie, rokowanie i leczenie kiły.** (Arch. für Derm. u. Syph. 1909, Tom 98). B. na podstawie 2718 spostrzeganych przypadków dochodzi do następujących wniosków: Odczyn Wassermann-Neisser-Brucka jest swoisty i ma wielką wartość tak przy rozpoznawaniu, jakoteż przy leczeniu kiły, chociaż nie powinno się pomijać badania klinicznego. Dodatni wynik odczynu zależy nietyle od długości trwania choroby, ile raczej od obfitości zmian swoistych. Wystąpienie odczynu dodatniego jest wskazówką do energicznego leczenia przeciwkiłowego, stosowanego dopóty, dopóki się nie uda zamienić go na odczyn ujemny. Nieliczne przypadki, gdzie mimo wszystko odczynu ujemnego osiągnąć nie możemy, powinno się leczyć energicznie przez szereg lat (4–8), a jeśli i wtedy odczyn się nie zmieni, należy rokować źle. Leczenie powinno być jak najwcześniejsze i jak najenergiczniejsze. Jeśli tylko spostrzeże się krętki blade w podejrzanej zmianie, kiedy jeszcze niema zmian drugorzędnych, niema odczynu swoistego, powinno się podać natychmiast rtęć bardzo energicznie (14—16 wstrzyknięć śródmiąższowych kalomelu à 0·05) i starać się przez dalsze, okresowe podawanie rtęci (Hydrarg. salicyl) o niedopuszczenie zmiany odczynu na dodatni. Leczenie takie jest, zdaniem autora, ideałem leczenia kiły. Dr Weber.

Dohi. **Tatuowanie, a kiła.** (Arch. f. Derm. u. Syph. 1909, T. 96). D. opisuje przypadek kiły guzkowej u Japończyka, którego cały grzbiet pokryty był tatuowaniem tuszem chińskim i cynobrem. W miejscach, napuszczonych tuszem, powstała w skórze znaczna ilość wykwitów kiłowych, natomiast w skórze nietatuowanej było ich mniej, w miejscach zaś, barwionych cynobrem, nie można było znaleźć ani jednego guzka swoistego. Tusz chiński więc prawdopodobnie drażniąc skórę, tworzył niejako miejsca mniejszej odporności, w których osiedlał się jad kiłowy, natomiast cynober jako przetwór rtęciowy był dla niego glebą nieżyzną, co stanowi jeszcze jeden dowód wpływu rtęci na kiłę. Dr Weber.

F. Lewandowsky. **Badania doświadczalne gruźlicy skóry.** (Archiv f. Derm. und Syph. 1909, T. 98). Autor, wcierając świnkom morskim i królikom w skórę ogoloną i nacinaną płytko nożykiem bakterye gruźlicze, wyhodowane z toczniа, gruźlicy skóry (scrophuloderma) i przypadków chirurgicznych gruźliczych, przekonał się, że zakażenie zwierząt szczepionych występuje stale, jeżeli tylko szczepienie było odpowiednio wykonane. Zmiany, które powstają w miejscu szczepienia, zależne są od żywotności zarazka, rasy i indywidualności zwierzęcia szczepionego. U świnek morskich typowe owrzodzenie powstaje po dwóch tygodniach, u królika zależnie od miejsca, w którem szczepimy, zmiany będą podobne do tocznia lub do gruźlicy brodawkowej (t. verrucosa). Prawie zawsze i u świnek morskich i u królików rozwija się następowe zajęcie płuc, u świnek morskich nadto występuje marskość wątroby, jeśli tylko choroba rozwijała się dosyć powoli i trwała dość długo. Histologicznie spostrzega się prawie zawsze brak serowacenia. Naciek drobnokomórkowy u świnek jest bardziej rozlany, u królików więcej w kształcie guzków; komórki nabłonkowate u królików są większe, komórki plazmatyczne liczniejsze. Jeżeli po jakimś czasie u zwierzęcia, raz już szczepionego, ponowimy szczepienie bakteryami gruźlicy, odczyn będzie mniejszy, nie udaje się przenieść jednak tej względnej odporności na inne zwierzę zapomocą surowicy. Dr H. L. Weber.

C. Bruck. **Etyologia i patogeneza pokrzywki.** (Archiv für Derm. u. Syph. 1909, T. 96). Na poparcie hipotezy Wolff-Eisnera, że pokrzywka polega na nadczułości (anafilaksyi) ustroju wobec obcych ciał białkowatych, przytacza B. stałe występowanie tej choroby po spożyciu mięsa wieprzowego u pewnego chorego, u którego przed laty wystąpiło zatrucie po spożyciu kiełbasy wieprzowej. Znamienne jest następujące doświadczenie autora: 3 świnkom morskim wstrzyknięto po 10 cm^3 surowicy nieczynnej wyżej opisanego chorego, innym 3 po 10 cm^3 surowicy człowieka zdrowego. Po 24 godz. 1-ej, 2-giej, 4-ej i 5-ej śwince wstrzyknięto do jamy brzusznej po 5 cm^3 nieczynnej surowicy świńskiej, 3-ej i 6-ej po 5 cm^3 surowicy baraniej. Pierwsza świnka padła po 80 m. wśród objawów ciężkiego zatrucia, druga okazywała te same objawy chorobowe, jednakże przyszła do zdrowia. reszta pozostała zupełnie zdrową, jako dowód, że w surowicy badanego znajdowało się jakieś ciało swoiste, wywołujące nadczułość tego ustroju wobec surowicy świńskiej, a dające się przenieść biernie na zwierzęta zdrowe. W drugiej części swej pracy stara się B. dowieść, że pokrzywka powstaje wskutek podrażnienia nerwów (w myśl Neissera) i nie jest »zapaleniem« skóry. Dr H. L. Weber.

L. Brocq. **Dziegieć z węgla kamiennego w chorobach skórnych.** A. Jambon **Leczenie wyprysku dziegciem z węgla kamiennego.** (Annal. de derm. et de syph. 1909.

Dziegieć otrzymany z węgla kamiennego, wprowadzony w lecznictwie chorób skórnych przez Dinds, działa — zdaniem Brocqa — o wiele korzystniej od dotychczas znanych przetworów dziegciowych. Przytem jest tani, działa szybko i mało drażni skórę. Najlepsze wyniki daje w leczeniu wyprysku sączącego, pęcherzykowego, guzkowego, natury łojotokowej i przy swędzeniu skóry. Po dokładnem oczyszczeniu miejsca chorobowo zajętego ze strupów i łusek mydłem i eterem smaruje się je czystym dziegciem, czeka się 2—3 godzin aż do jego wyschnięcia, poczem puder i lekki opatrunek kończy zabieg. Co 4—7 dni smaruje się na nowo.

Jambon ogłasza 50 przypadków wyprysku, leczonego dziegciem z węgla kamiennego i przenosi go również nad

dotychczas stosowane przetwory dziegciowe. Zamiast pudru robi zaraz opatrunek z gazy białej. Po 4 godzinach, kiedy dziegieć wysechł, opatrunek zdejmuje. Po 48 godzinach zmywa stary dziegieć olejem migdałowym i pędzluje na nowo. Sączenie i świąd ustępują wkrótce, po 10—14 dniach choroba zwykle zostaje wyleczona. Dr Weber.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dn. 25 maja 1909.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Przyjęto jednomyślnie do Towarzystwa kol. Władysława Kanię.

3) Kol. Bielański imieniem komitetu przedwyborczego oznajmia, że na prezesa Towarzystwa proponowano Prof. Dobrowolskiego, który jednakże odmówił. Komitet proponuje więc Prof. Wicherkiewicza.

W głosowaniu kartkami obrany został prezesem Prof. Wicherkiewicz.

Na wiceprezesa proponuje komisya przedwyborcza kol. Bochenka. Kol. Boczar proponuje kol. Stankiewicza. Na 62 głosujących otrzymali kol. Bochenek 33, kol. Stankiewicz 27, 2 karty puste. Na sekretarza dorocznego proponowała komisya przedwyborcza kol. Berezowskiego, który jednak kandydatury nie przyjął; kol. Borzęcki proponuje kol. Bujaka, którego też wybrano większością głosów.

Redaktorem wybrano przez aklamacyę Prof. Ciechanowskiego.

Do komisyi redakcyjnej na 51 głosujących otrzymali: kol. Krzyształowicz 49, kol. Lewkowicz 34, kol. Wojciechowski 46, kol. Eisenberg 39, kol. Rutkowski 42, kol. Spira 16.

Wybrani: kol. Krzyształowicz, Rutkowski, Eisenberg, Wojciechowski.

Na gospodarza domu wybrano przez aklamacyę kol. Seńkowskiego. Na przewodniczącego komisyi bojkotowej przez aklamacyę kol. Bielańskiego. Do komisyi rewizyjnej przez aklamacyę kol. Cerchę i Bielańskiego. Do Rady zawiadowczej Towarzystwa lekarzy galicyjskich Prof. Bylickiego i Prof. Browicza. Na delegatów na Walne Zgromadzenie Tow. lek. gal.: Prezesa, Redaktora, kol. Surzyckiego, Prof. Kostaneckiego, Prof. Browicza, kol. Kwaśnickiego, kol. Dobrowolskiego, kol. Damskiego, kol. Landaua Jana. Na zastępców delegatów: kol. Bochenka, Prof. Reissa, kol. Wachtla, kol. Schoenguta.

4) W dyskusyi nad wykładem Prof. Browicza przemawia kol. Eisenberg: W sprawie etyologii raka, nierozwiązanej dotąd mimo niezliczonych wysiłków, nauka z konieczności obracać się musi jeszcze w obrębie przypuszczeń i prawdopodobieństw. Teorya pasorzytnicza, która wobec niewystarczających innych teoryi nasuwała się drogą sugestyi powodzenia w innych dziedzinach patologii, dotąd nie zdołała przekonać o słuszności swych przypuszczeń. Co do żadnego z przyjmowanych kolejno zarazków raka czyto z grupy bakteryi, czy drożdży, czy pierwotniaków, nie można twierdzić, że spełnia warunki, stawiane co do swoistości zarazków. Także i zasadniczo rzecz biorąc, można podnosić poważne zarzuty przeciw teoryi pasorzytniczej wogóle. Liczne spostrzeżenia wskazują na wybitną rolę, jaką odgrywają w etyologii raka długotrwałe, choćby nieznaczne urazy lub szkodliwe wpływy chemiczne (rak u robotników parafinowych, rak kominiarzy, rak wargi dolnej od fajki, rak powłok brzusznych u pewnego szczepu Afgańskiego z powodu noszenia małego piecyka na brzuchu, nieznany w Europie rak języka u kobiet indyjskich z powodu żucia orzechów betelu). Spostrzeżenia te kazałyby przypuszczać wszechobecność zarazka rakowego, przypuszczenie, któremu nie odpowiada bynajmniej względnie mała częstość raka (vide gruźlica). Nadto i wyniki badań doświadczalnych nad rakiem, którym chcę kilka uwag poświęcić, zdają się przemawiać przeciw teoryi pasorzytniczej. Pokazują one, że można uodparniać zwierzęta przeciw rakowi już to przez to, że się im wstrzykuje miazgę rakową, jużto przez wstrzykiwanie miazgi narządów prawidłowych lub płodowych lub wreszcie krwi; spostrzeżenia te nie godzą się oczywiście ze swoistością, jaką zwykliśmy spostrzegać, gdy uodparniamy zwierzęta przeciw zarazkom bakteryjnym. Nadto zwierzęta takie, jak wykazał Ehrlich, są też odporne przeciw zaszczepieniu chrząstniaków, co do których niełatwo byłoby przypuścić etyologię zakaźną. Wreszcie, co najważniejsze, badania te wykazują bezpośrednio, że przeszczepialność raków z myszy na mysz związana jest bezwzględnie z obecnością nienaruszonej komórki rakowej; już ogrzewanie materyału szczepiennego do nizkiej stosunkowo ciepłoty (45—48°), nieszkodliwej dla znanych zarazków, zabijając komórki, znosi przeszczepialność raka, taksamo działanie bardzo słabych antyseptyków lub choćby tylko mechanicznego zmiażdżenia komórek. Jeżeli zaś wreszcie wobec tych faktów kto twierdzi, że sama komórka rakowa jest pasorzytem, to jest to oczywiście kapitulacyą teoryi pasorzytniczej lub omówieniem, nic nowego nie przynoszącem.

Nadto chciałbym zwrócić pokrótce uwagę i na inne wyniki tych badań doświadczalnych. Zasadniczo zajmują się one dwoma różnemi zagadnieniami, a mianowicie: w jakich warunkach rak zaszczepiony może się rozwijać, po drugie zaś, jakie jest »primum movens« rozwoju raka; odpowiedź na te oba zagadnienia dopiero rozwiązałaby sprawę etyologii raka w szerszem pojęciu. Co do pierwszego zagadnienia, doświadczenia te wskazują na odżywianie jako na najważniejszy warunek rozwoju przeszczepionego raka. I tak Ehrlich wykazał, że rak z myszy nie daje się przeszczepić na szczura, tak blizko z nią spokrewnionego; zaszczepiony nowotwór rozrasta się nieznacznie w ciągu pierwszego tygodnia, poczem wzrost ustaje, a nowotwór dość szybko ulega zupełnemu wessaniu. Ehrlich tłómaczy to ciekawe zjawisko przypuszczeniem, że do odżywiania raka potrzebne jest pewne swoiste ciało, ciągle wytwarzane przez przemianę materyi w ustroju myszy, natomiast obecne tylko w małej ilości i niedostatecznie odtwarzane przez ustrój szczura: stąd krótki początkowy wzrost ustaje i nowotwór ginie z braku odpowiednich ciał odżywczych. Ten rodzaj odporności E. nazywa »odpornością przez wygłodzenie« (athreptische Immunität). Nadto przy opisywanych wyżej próbach uodparniania, badania histologiczne wykazały, że gdy u zwierząt prawidłowych po zaszczepieniu rychło wrasta tkanka łączna unaczyniona w materyał zaszczepiony, zapewniając mu dostateczne odżywienie, to u myszy uodpornionych tkanka otaczająca nie oddziaływa na materyał zaszczepiony, nie zaopatruje w naczynia i przez to niejako zagładza. Dalej pokazał się ciekawy fakt, że u zwierząt ciężarnych szczepienie raka bywa zwykle bezskuteczne, jakgdyby odżywianie płodu, t. j. już istniejącego jakoby nowotworu, wyczerpywało ciała odżywcze, potrzebne dla rozwoju raka. Rak szczepiony u zwierząt młodych powstrzymuje ich rozwój ogólny, pozwalając tylko na rozwój narządów przyswajania i wydalania, tak że całe zwierzę staje się jakoby narządem trawiennym i wydzielniczym dla nowotworu. Najbardziej bezpośrednio dowodzą związku między odżywianiem, a rozwojem nowotworów, nader ciekawe doświadczenia, przeprowadzone niedawno przez Moreschiego w zakładzie Ehrlicha. Stwierdził on, że jeśli przed zaszczepieniem nowotworu przez jakiś czas głodzić myszy, to nowotwory nie przyjmują się wcale lub rozwijają się szczątkowo; taksamo głodzenie (ściśle mówiąc odżywianie niedostateczne) już po zaszczepieniu opóźnia rozwój raka lub całkiem go uniemożliwia, podczas gdy w myszach dostatnio żywionych rak bujnie się rozwija. Wszystkie te doświadczenia dowodzą, że sprawa odżywiania ma dla rozwoju raka bardzo ważne znaczenie i że bierze ona też wybitny udział

w odporności przeciwrakowej, podobnie, jak zarówno Ehrlich, jak Miecznikow, uważają ją za podstawę wszelkich zjawisk odporności wogóle.

Co się wreszcie tyczy drugiego kierunku badań doświadczalnych co do pierwszego bodźca rozwoju raka, to zgodnie z Prof. Kostaneckim uważam, że badania mechaniki rozwojowej rokują może najlepsze nadzieje co do rozwiązania tych zagadnień. Co do teoryi, czy hipotezy Dungerna i Wernera, to zdaje mi się, że w części swej hipotetycznej wzoruje się ona na teoryi Ehrlichowskiej i podobnie jak tamta niełatwo może być poddana badaniu doświadczalnemu; nadto zdaje się, że hipoteza ta tłómaczy wprawdzie podział komórek i wzmożoną ich mnożność, nie tłómaczy jednak tych swoistych cech, które stanowią istotę złośliwości nowotworów, t. j. zaczepności (agresywności) rozwijających się komórek. Wreszcie chciałbym wskazać na inne hipotezy działania bodźców twórczych; i tak Reinke uzyskał przez zadziałanie par eteru i innych narkotyków bujanie nabłonka soczewkowego i tłómaczy je tem, że ciała te, rozpuszczając osłonkę komórkową, złożoną z ciał tłuszczowatych (lipoidów), ułatwiają podział komórek. W ostatnim czasie Loeb (na Zjeździe peszteńskim) stwierdził, że cały szereg czynników cytolitycznych (komórkobójczych), jak podwyższona ciepłota, rozpuszczalniki tłuszczowe, glikozydy, surowice obce, działając w słabem nasileniu, umożliwiają samoistny podział komórki jajowej, działając na osłonkę jajową i przez to wzmagając procesy utleniania w jaju. Które z tych tłómaczeń zdoła kiedyś wskazać drogę do rozwiązania zagadki raka, trudno dziś powiedzieć; bądź co bądź trzeba iść tą drogą dalej, nie zaniedbując badań biochemicznych nad komórką rakową, które już dotąd dały pewne ciekawe wyniki. (Streszczenie własne).

Następnie przemawiali: Prof. Godlewski, Prof. Browicz i Prof. Nowak. Sekretarz: Morawski.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie z d. 15. Czerwca 1909.

1) Wiśniewski przedstawia przypadek **pierwotnego wrzodu kiłowego na brodawce sutkowej obok wczesnej różyczki kiłowej** na całem ciele; przypadek dotyczy mamki, zakażonej przez oseska.

2) Higier: **Niektóre zagadnienia dziedziczności w świetle badań genealogicznych**. Prelegent rozpatruje krytycznie błędne poglądy na sprawę dziedziczności, powtarzające się stale jeszcze od czasu prac Darwina. Powszechnie przyjęte tłomaczenie pojęć wrodzoności (congenitalitas) i usposobienia (dispositio), wad rozwojowych i potworności wrodzonych i nabytych, nie jest ściśle. Należałoby przyjąć podział chorób na wewnątrzpochodne i zewnątrzpochodne (endogen—exogen); w sprawie zwyrodnienia i obarczenia dziedzicznego należy uwzględnić korelacye histoplastyczne i histochemiczne. Mnogie rodzaje dziedziczenia dają się ująć w dwie główne kategorye: dziedziczenie bezpośrednie i dziedziczenie boczne, z których pierwsze daje się podzielić na postać ciągłą i przerwaną (atawistyczną), drugie na postać czystą i mieszaną. Podgrupę stanowi częsta u ludzi »hereditas matriarchalis masculina« w której dziedziczą wyłącznie potomkowie męzcy za pośrednictwem kobiet, dziedzicznemi zmianami niedotkniętych (daltonizm, krwawiączka i t. p.). Następnie rozpatruje prelegent krytycznie używane obecnie metody statystyczne i genealogiczne i uzasadnia swoje poglądy na kilku przykładach. — W dyskusyi przemawiał Pręgowski.

3) Janowski: **O otrzymywaniu i znaczeniu krzywych przedsionkowo-przełykowych.** Z.

Posiedzenie kliniczne d. 7. grudnia 1909.

1) Borsuk i Kozerski przedstawiają chłopca z **mięsakiem złośliwym szczęki dolnej**, leczonego naświetlaniem promieniami Röntgena. Poprawa widoczna i można oczekiwać, że tą samą drogą uda się przeprowadzić pomyślnie leczenie do końca.

2) Malinowski przedstawia chorą z guzami na kończynach górnych, usadowionymi wzdłuż nerwów. Guzy te są przy ruchach bolesne. M. rozpoznaje tu **chorobę Recklinghausena**.

3) Mutermilch Stanisław wygłosił rzecz p. t. **O stosowaniu w odczynie Wassermanna antygenu nieswoistego**. Omówiwszy podstawy teoretyczne metody Bordet-Gengou odchylania komplementu, oraz odczynu Wassermanna, przedstawia M. własne badania, które przeprowadzone zostały z wyciągiem alkoholowym z serca świnki morskiej w 150 przypadkach. Na 36 przypadków kiły, 27 dotyczyło kiły w okresie drugorzędnym i liczba dodatnich wyników wynosiła 25 t. j. 93%. 9 przypadków dotyczyło cierpień parasyfilitycznych; wynik dodatni otrzymano 8 razy (z płynami mózgowo-rdzeniowymi). Na 17 przypadków podejrzanych otrzymano 2 razy wynik dodatni, raz wątpliwy, 14 ujemny. Reszta, t. j. 91 przypadków, dotyczyło rozmaitych chorób skórnych, nerwowych i wewnętrznych. W tych przypadkach otrzymano wynik dodatni 4 razy. Z tych jednak 4 przypadków, jeden dotyczył chorego, który się przyznał, że miał wrzód twardy, drugi dotyczył chorego, co do którego wywiady rzucały podejrzenie w kierunku przebytej kiły, trzeci — chorej, która kilkakrotnie roniła.

Omówiwszy stronę teoretyczną odczynu Wassermanna, dochodzi M. do wniosku, że nie może tu być mowy nietylko o swoistych niwecznikach w surowicy chorych na kiłę, lecz wogóle o jakichkolwiek niwecznikach komórkowych. Wiązanie komplementu powstaje prawdopodobnie przez połączenie, jakie zachodzi między lipoidami, a pewnymi związkami koloidalnymi w surowicy krwi; innemi słowy, wytłómaczenie t. zw. odczynu Wassermanna należy do dziedziny chemii fizycznej.

4) Wretowski T. wygłosił rzecz p. t.: **W sprawie rozpoznawania bakteryologicznego cholery** (z demonstracyą przecinkowców swoistych, świeżo wyodrębnionych z przypadku zamiejscowego). Prelegent, opisawszy na własnym przypadku klasyczną metodę wyodrębniania przecinkowców cholery z kału, omawia dłużej pożywkę Prof. Dieudonné. Następnie przedstawia szereg hodowli cholery na agarze, peptonie, żelatynie, mleku, pożywkach Endo, Drigalskiego i Dieudonnego, oraz wyniki odczynu indolowego i nitrowoindolowego. Tadeusz Wilczyński.

Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu.

(Wydział lekarski).

VI. Ogólne doroczne naukowo-administracyjne posiedzenie w dniu 30. I. (12. II.) 1909.

Obecnych członków 38, gości 9. Przewodniczy prezes Prof. Zaleski.

Protokół z posiedzenia poprzedniego przyjęto.

I. Prof. Ziemacki przedstawia chorego, urzędnika w wieku lat 28, który został zraniony kulą karabinową w dniu 9. I. 1905 przy salwie wojska podczas rozruchów. Kula przeszyła ramię prawe na wysokości szyjki anatomicznej kości ramieniowej od przodu. Strzał był dany z odległości 20—25 kroków. Kula zmiażdżyła kość i przebiła gałąź powierzchowną nerwu promieniowego, gdyż ręka odrazu obwisła bezwładnie i żadne ruchy wyprostne pięści nie mogły być na razie wykonane. Kość okazała się zdruzgotaną na mnóstwo części na przestrzeni 12—15 ctm. pod główką kości ramieniowej. Cząsteczki kości poczęści wyszły przez wylot, poczęści ugrzęzły w mięśniach. Około 4 lat istniejący bezwład mięśni, zaopatrywanych przez nerw promieniowy (gałąź powierzchowną) sprawia choremu wiele niedogodności. Mówca sądzi, iż należałoby spróbować w da-

nym razie zeszyć nerw. Operacya pozostanie bezowocną, jeżeli już nastąpiło zupełne zwyrodnienie mięśni.

Dyskusya: Prof. Szawłowski: Ponieważ czynności niema, więc należy przypuszczać, że nastąpił zanik nerwu promieniowego. Czy nastąpił również zanik odpowiednich mięśni, trzeba przekonać się zapomocą elektryczności, bo jeżeli przypuszczenie okaże się słusznem, w takim razie żadna operacya nie będzie uzasadniona. — Doc. Noiszewski zapytuje prelegenta, czy nie nastąpi czasem po operacyi pogorszenie; jest to pytanie bardzo ważne i należy je wyświetlić w każdym razie przed wykonaniem operacyi. — Prelegent: Operacya w każdym razie zaszkodzić choremu nie może. Jeżeli się nie uda odnaleźć dośrodkowego odcinka nerwu, w takim razie można nerw łokciowy przyszyć do nerwu promieniowego, a już chory sam się potem nauczy wyróżniać ruchy. Pod tym względem żadnego niebezpieczeństwa niema. Naturalnie, jeżeli nastąpił już zanik, operacya nie da żadnych wyników. Prelegent dodaje, że chory sam chce poddać się operacyi i jest powiadomiony o możliwej ewentualności. — Dr Jastrzębski zapytuje, czy istnieje u chorego oddziaływanie mięśniowe. — Prelegent: Cały ten przeciąg czasu stosowano miesienie i elektryczność. Dwa tygodnie temu, kiedy prelegent widział chorego po raz ostatni, oddziaływanie mięśniowe było. — Prezes w imieniu Zgromadzenia dziękuje za ciekawy pokaz chorego.

II. Nastąpiło odczytanie sprawozdań dorocznych:

a) Sprawozdanie sekretarza działu naukowego »Związku« i Wydziału lekarskiego, Doc. Sowińskiego:

Jak wiadomo, b. Koło lekarzy polskich w ciągu 7 lat istniało jako »Opieka lekarska« przy rz. kat. Tow. Dobroczynności. W ostatnim roku swego istnienia, czując potrzebę rozszerzenia swej działalności, a zarazem chcąc zespolić także licznie zamieszkałych tu nad Newą rodaków przyrodników, powzięto myśl utworzenia wielkiego Towarzystwa, któremu dano nazwę »Związek polski lekarzy i przyrodników«. Dużo poniesiono porażek, zanim nastąpiło legalne pozwolenie na otwarcie tego »Związku«. Wszystkie przeszkody zostały zwalczone. Wreszcie w dniu 18/31. stycznia 1908 odbyło się Walne Zgromadzenie; od dnia tego począł istnieć »Związek«, mając na początku tylko 2 wydziały: Wydział lekarski i przyrodniczy. Otóż rok ubiegły był pierwszym rokiem istnienia »Związku«.

Posiedzeń w roku zeszłym »Związek« odbył: ogólnych naukowo-administracyjnych 5, z tych 1 inauguracyjne, 1 poświęcone pamięci Prof. Mierzejewskiego, 1 jubileuszowe ku uczczeniu 25-letniej działalności lekarskiej Prof. Szawłowskiego, Prof. Ziemackiego i Dra Zakrzewskiego; posiedzeń Wydziału lekarskiego było 4. Do tej liczby należy dodać jeszcze 1 Walne Zgromadzenie organizacyjne »Związku«. Na mocy zapadłej uchwały Związek nie zrywał stosunków z rz. kat. Tow. Dobroczynności i Wydział lekarski również istniał, jako dawniejsza „Opieka lekarska« przy rzeczonem Towarzystwie. Otóż »Opieka lekarska« odbyła 2 posiedzenia: 1 administracyjne, drugie wskutek odezwy prezesa rzeczonego Towarzystwa w celu przedsięwzięcia środków ku zabezpieczeniu zdrowotności (wobec epidemii cholery) w instytucyach, znajdujących się pod opieką rz. kat. Towarzystwa Dobroczynności w Petersburgu.

Średnio uczęszczało na posiedzenie ogólne naukowo-administracyjne 68 osób, na posiedzenia Wydziału lekarskiego 30. W dyskusyach nad odczytami brało udział 20 osób.

Wygłoszono 20 odczytów, z tych na posiedzenia ogólne przypada 11, na posiedzenia Wydziału lekarskiego 9. Odczyty w chronologicznym porządku przedstawiają się, jak następuje:

1) Prof. Merczyng: Ilościowe granice poznania natury. 2) p. Łukaszewicz: O zasadach filozofii naukowej. 3) Dr Gutowski: O warunkach zdrowotnych w Carskiem Siole. 4) p. Leśniewska: Znaczenie specyalnego wykształcenia pracujących w aptekach przed ich wstąpieniem na drogę farmaceutyczną. 5) Prof. Dr Czeczott: Zarys działalności naukowo-społecznej i obywatelskiej ś. p. Prof. Dra Jana Mierzejewskiego. 6) Jenerał inż. wojsk. Kątkowski: Znaczenie badań mikrobiologicznych dla charakterystyki wody. 7) Dr Moraczewski (z Karlsbadu) (gość): Zależność indykanu od indolu. 8) p. Próchnicki: *a*) Pokaz tworzenia się kryształów na szkle, *b*) Atrament własnego wynalazku dla stemplowania bielizny. 9) Prof. Ziemacki: Przyczynek do chirurgii dróg żółciowych. Dwa przypadki operacyi na pęcherzyku żółciowym. 10) Dr W. Dzierzgowski: O katalazie przewodu pokarmowego (żołądka i jelit) z pokazami odczynów chemicznych. 11) Prof. Ziemacki: W sprawie podniesienia produkcyi krajowej wyrobów farmaceutycznych i lekarskich, oraz szerszego rozpowszechnienia wód mineralnych krajowych. 12) Prof. Ziemacki. W sprawie chirurgii dróg żółciowych. 13) Dr W. Kozłowski: Nowy sposób łączenia moczowodów z pęcherzem (urethero-cystostomia) na zasadzie własnych doświadczeń na psach. 14) Prof. Zaleski: Wrażenia z IV. Zjazdu czeskich lekarzy i przyrodników w Pradze. 15) Kand. chemii p. A. Ossendowski: Chemia światła (fotochemia) i jej znaczenie w ekonomii przyrody (z pokazami). 16) Prof. Zaleski: Zarys naukowej działalności jubilatów. 17) p. St. Wisłouch: Zjawiska samoświecenia się u roślin (z pokazami świecących się drobnoustrojów). 18) Inż. R. Chmielewski: O słonych jeziorach nadkaspijskich. 19) Dr Jastrzębski: Trzy przypadki tak zwanej »anaemia pseudoleucaemica infantum« (z pokazami preparatów drobnowidowych krwi).

Wszystkie odczyty prócz jednego mieli członkowie Związku, niektóre z nich były objaśnione przedstawieniem preparatów drobnowidowych, pokazami odczynów chemicznych, pokazami bakteryologicznymi i widmowymi. Prócz tego były 3 demonstracye chorych

W dniu 21. marca (3. kwietnia) 1908 r. Związek uznał wybory w Wydziale farmaceutycznym i Wydział farmaceutyczny ogłoszono jako czynny. Wkrótce ma wyłonić się Wydział dentystyczny i techniczny.

Związek wziął udział w dwóch Zjazdach: na IV. Zjeździe czeskich lekarzy i przyrodników w Pradze był reprezentowany przez prezesa Prof. Zaleskiego, a na I. Wszechrossyjskim Zjeździe otolaryngologicznym w Petersburgu przez Prof. Zaleskiego, Doc. Sowińskiego i Dra Eliassona.

Utworzono komitet szpitalny w celu zebrania funduszu na budowę szpitala polskiego w Petersburgu Pismem urzędowem »Związku« obrano »Przegląd lekarski« w Krakowie.

Tak średnia liczba uczęszczających na posiedzenia ogólne, jak również i na posiedzenia Wydziału lekarskiego jest najlepszym dowodem ogólnego zainteresowania tem nowem naszem Towarzystwem. Ilość odczytów, a zwłaszcza ich jakość, najwymowniej świadczą o wysokich naukowych stronach »Związku«. Należy przypuszczać, że i nadal to zainteresowanie nie ostygnie, i każdy z członków będzie dzielił się swym dorobkiem naukowym, dopomagając w ten sposób do rozkwitu naszego młodego, bo zaledwie rok liczącego »Związku«.

b) Sprawozdanie sekretarza działu administracyjnego »Związku« i Wydziału lekarskiego, Dra Ulińskiego:

Posiedzeń »Rady« w roku ubiegłym było 7, na których uchwalono, co następuje. Wydrukować ustawę »Związku« w ilości 1000 egz. w języku polskim i 500 egz. w języku rosyjskim. Za lokal dla posiedzeń »Związku« obrać »Ognisko polskie« i umieścić tam bibliotekę. »Przeglądowi lekarskiemu« jako urzędowemu pismu »Związku« przesłać zasiłek w kwocie 100 rsr.; prócz tego sprowadzać 1 egzemplarz płatny dla »Związku« i prosić członków o »popieranie »Przeglądu«. Z kasy »Koła pomocy lekarskiej« zapłacić 100 rsr. za maskę i popiersie ś. p. Strawińskiego, b. prezesa »Koła« i umieścić je w lokalu »Ogniska«. Ogólną sumę majątku »Koła pomocy lekarskiej« przelać do kasy »Związ-

zku«, jako mającego nadal spełniać też same obowiązki ogólno-społeczne, które dotąd pełniło »Koło«. Uchwalono doprowadzić do skutku projekt budowy szpitala polskiego w Petersburgu, przeważnie dla biednych rz, kat. wyznania. W tym celu do przedstawicieli kolonii polskiej w Petersburgu rozesłano odezwę; odbyło się organizacyjne posiedzenie, na którem zawiązał się osobny komitet szpitalny; zadaniem tego komitetu ma być przedewszystkiem zebranie niezbędnych funduszów na wybudowanie szpitala. Wiceprezesem tego komitetu został obrany Dr Zakrzewski, sekretarzem Dr Bykowski, pomocnikami: Dr W. Kozłowski i Dr Jastrzębski, a skarbnikiem Dr Hattowski. Uchwalono wydrukować 500 książeczek-kwitaryuszów do zbierania składek. Dla powiększenia funduszu szpitalnego uchwalono prosić artystę Bolesławskiego z Warszawy, który bawił wraz z trupą w Petersburgu, o zaofiarowanie jednego przedstawienia na cel budowy szpitala. W celu organizacyi tego widowiska zawiązał się komitet, do którego weszli: Prof. Zaleski, Dr Bykowski, Dr Uliński, Dr Hattowski, Dr Zakrzewski. Dzięki Drowi Bykowskiemu, który wziął w tej sprawie bardzo czynny udział, przedstawienie to doszło do skutku w teatrze »Komedya« i dało czystego dochodu 1000 rsr. W parę miesięcy potem dzięki staraniom Dra Zakrzewskiego odbył się koncert artystów opery włoskiej w Małym Teatrze, który to koncert na warunkach procentowych z parteru i lóż dał zysku koło 1000 rsr. — Dalej uchwalono wydatki na żałobne nabożeństwo Wyspiańskiego pokryć z kasy »Koła pomocy lekarskiej«. Wyrażono podziękowanie pani Strawińskiej za dar książek naukowo-lekarskich po ś. p. Strawińskim.

Dla uprzedniego porozumienia się z przedstawicielami kolonii polskiej, przyrodnikami i dla umożliwienia im wytworzenia Wydziału przyrodniczego i dokonania wyborów, tak, jakby oni pragnęli, w zakresie jednak obowiązującej ustawy, uchwalono rozesłać do nich odezwę z prośbą o przybycie na przygotowawcze posiedzenie. Na dość licznem posiedzeniu tem roztrząśnięto i zdecydowano sprawę wyborów ogólnych i na Wydziałach. Potem ostatecznie uzupełniono listę przyrodników. Wybory uchwalono przeprowadzić w ten sposób, iż prezes będzie jeden (ogólny dla wszystkich Wydziałów). Każdy Wydział będzie miał swego wiceprezesa. Skarbnik — jeden ogólny. Bibliotekarz również 1 (i kustosz). Wydział lekarski posiadać ma 2 sekretarzy, przyrodniczy — jednego. Prócz tego do Rady »Związku« Wydział lekarski obiera 4 członków, a przyrodniczy — 2. Do komisyi rewizyjnej obydwa Wydziały obierają razem 4 członków, z których jeden jest jej prezesem.

Uchwalono inauguracyjne Walne Zgromadzenie »Związku« zwołać na 18/31. stycznia 1908. Dzień ten jest początkiem istnienia »Związku«. Na tem posiedzeniu zebrano podpisy wszystkich obecnych, które mają być przechowywane w archiwum »Związku«. Na księgi rachunkowe uchwalono w myśl ustawy wydać 115 rsr. (Dok. nast.).

Polityka, a medycyna.

Niedawno w artykule pod tym tytułem (por. Nr 45. z r. 1909) podaliśmy między innemi wiadomość o bezstronnem stanowisku, jakie wobec I. Zjazdu neurologów i psychiatrów polskich zajęła »Sowrem. Psichijatria«. W związku z tem pomieszcza ten miesięcznik obecnie uwagi, zasługujące na wzmiankę, a wywołane listem jednego z psychiatrów Rosyan z Warszawy. Autor listu zapytywał redakcyę »Sowr. Psichijatrii«, jak powinni byli zachowywać się psychiatrzy i neurolodzy Rosyanie, pracujący w Królestwie Polskiem (np. w Tworkach) wobec owego Zjazdu: czy brać w nim czynny udział, czy też wysłać telegramy powitalne po polsku, jak to uczyniła redakcya »Sowr. Psichijatrii« lub po rosyjsku, jak Prof. Bechtierew, który przesłał życzenia, aby polityka nie przeszkadzała pracy naukowej. Psychiatrzy Rosyanie z Królestwa nie byli na Zjazd zaproszeni.

Wobec tego listu określa »Sowr. Psichijatria« pogląd swój, jak następuje: »Zamiast odpowiedzi na ten list, chciałaby redakcya »Sowr. Psich.« zapytać jego autora, czy psychiatrzy Rosyanie w Królestwie biorą udział w miejscowem życiu naukowem i naukowo-społecznem i w jakim do niego są stosunku? Nie widać bowiem, aby brali oni jakikolwiek udział w pracy lekarskich Towarzystw naukowych. Nie przypuszczamy, aby lekarze-Rosyanie, zatrudnieni w zakładach w Królestwie Polskiem, nie przyswoili sobie języka ludności miejscowej; w przeciwnym bowiem razie działalność ich byłaby bezpłodna. Natomiast ogólnie znany jest udział Polaków w naukowych Towarzystwach rosyjskich w stolicy państwa. »Zamiast jedności przymusowej — zjednoczenie dobrowolne; zamiast jedności, polegającej na pochłonięciu Polski przez Rosyę — jedność, oparta na równości i niepodległości obu narodów«. W tych szlachetnych słowach A. I. Herzena — odpowiedź dla autora listu, w jaki sposób powinni byli zbliżyć się psychiatrzy Rosyanie do I Zjazdu psychiatrów polskich w Warszawie; sposób to, wymagający długiego czasu i wielkich, wytrwałych usiłowań. O tem zapomniał psychiatra Rosyanin z Warszawy, autor wystosowanego do nas listu«. K.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Krajowa Rada Zdrowia wydała na posiedzeniu w d. 15. I. b. r. we Lwowie opinię w sprawie posady tymczasowej docenta higieny w seminaryum w Sokalu, posady lekarza seminaryum w Czortkowie, taks szpitalnych w Tarnopolu, Przemyślanach, Przemyślu, Jarosławiu, utworzenia okręgu sanitarnego w Muszynie, wywłaszczenia w celach sanitarnych realności we Lwowie, dyet dla lekarzy z powodu duru plamistego i opodatkowania wód mineralnych.

Nową fundacyę lekarską tworzy, jak donosi »Głos lekarzy« (Nr 2) Izba lekarska wschodnio-galicyjska według projektu swego prezydenta Dra Festenburga. Będzie to kasa wsparć dla wdów i sierot po lekarzach i podupadłych lekarzy, oparta na kapitale żelaznym, którego podstawę stanowić będzie 50.000 kor., zgromadzone dotąd na ten cel przez Izbę, a wzrastającym przez wpływy z grzywien, corocznych subwencyi Izby i z ofiar dobrowolnych. C.

W uwagach o leczeniu ludu (»Głos lek.« Nr 2) podnosi Dr Grossek, że przeszkoda do należytego rozwoju działalności lekarskiej wśród ludu leży głównie w zasadniczem nieporozumieniu między chorym, a lekarzem. Chory z ludu, mający światopogląd mistyczny, zgłasza się do lekarza (czy znachora), oczekując jakiegoś cudownego wyleczenia jakiemś lekarstwem; lekarz zaś współczesny daje mu rady, oparte na poglądzie przyrodniczym i obejmujące głównie leczenie czynnikami przyrody, wobec którego leczenie farmaceutyczne schodzi na plan drugi. Ponieważ lekarze do pojęć ludu zniżyć się nie mogą i nie powinni, przeto trzeba pojęcia ludu podnieść, wykształcić w nim lepsze zrozumienie porad lekarskich. Osiągnąć to można, oświeciwszy lud, »przynajmniej o tyle, aby uważał chorobę za zjawisko przyrody, na którego przebieg wpływają przyrodzone siły«. R.

W walce z partactwem popełniają lekarze, zdaniem Dra Klęska (»Głos lek. Nr 2), wiele błędów, przedewszystkiem przez to, że potępiają partactwo w czambuł, nie znając przeciwnika (literatury partackiej) i nie uwzględniając, że niekiedy nawet laik może wpaść na dobre pomysły (Priessnitz, Hessing); dalej przez to, że obniżają powagę własnej nauki, np. przez lekkomyślną, a zbyt stanowczą krytykę postępowania kolegów; w końcu przez lekceważenie opowiadań chorych o leczeniu u partaczy i niezadawanie sobie trudu dyskusyi i naukowej argumentacyi w każdym poszczególnym przypadku, oraz przez to, że nie zwalczają partaczy początkujących, że walczą w pojedynkę, a nie przez korporacye i zbyt pospiesznie, nie mając w ręku dostatecznych dowodów przeciw partaczowi. Dr Klęsk proponuje utworzenie przy

Izbach lekarskich lub Związkach zawodowych — komisyi do walki z partactwem. Komisye te powinny badać »metody leczenia« partaczy, informować o tem lekarzy i zwalczać sposoby szkodliwe zapomocą dzienników; dalej powinny badać przypadki rzekomego wyleczenia przez partaczy i wreszcie zwalczać wszelkie partackie ogłoszenia i reklamy, oceniać wydawnictwa książkowe partackie i zdawać publicznie z ocen tych sprawę. Skargi na partaczy powinny wnosić do sądu korporacye lekarskie na zasadzie pewnych dowodów. R.

Sprawę zaopatrzenia kraju w dobrą wodę poruszyła miejska komisya sanitarna we Lwowie, rozpatrując na posiedzeniu 8. I. b. r. wyniki badań bakteryologicznych wody z potoków Szczerek i Stawczanka w okolicy Lwowa, podejrzanej jako źródło duru, a zawierającej, jak się okazało, obficie prątki okrężnicy. W dyskusyi nad tą sprawą podniesiono konieczność przypomnienia w Sejmie o uchwale sejmowej z r. 1908, aby Wydział krajowy zwołał w sprawie zaopatrzenia kraju w dobrą wodę ankietę fachową i przedłożył Sejmowi na jej zasadzie wnioski w jednej z najbliższych sesyi. — Przypomnienie takie byłoby istotnie na czasie, choćby ze względu na to, że mogłoby przyspieszyć zgromadzenie koniecznego do tej ankiety materyału. R.

Składka noworoczna na fundusz wdów i sierot im. ś. p. Jordana za rok 1909. (Dok.).

Po dwie korony nadesłali: Drowie Z. Reuberger, A. Landau, T. Fechter, G. Turzański, Z. Dzikowski, Z. Maurer, J. Tarchalski, R. Gerber, T. Cybulski, St. Szczurkowski, T. Bąkowski, I. Schmar, W. Wiszniewski, T. Janiszewski, G. Bikeles, W. Ziembicki, J. Opolski, J. Lubowiedzki, B. Kibitz, K. Berezowski, St. Czarnik, Sz. Bibring, Prof. Gluziński, M. Reichenstein, A. Kasprzyk, O. Zimmermann, C. Dolnicki, E. Kowalewski, St. Jasiński, I. Meller, M. Sołtysik (Stryj), H. Breyer, A. Damm, G. Bielański, W. Stankiewicz, I. Rosmarin, I. Bory, B. Blech, I. Barban, E. Dawidowicz, Łodygowski, St. Gąsiorowski, I. Przystópski, M. Ziembiński, I. Jurowicz, Finkel, I. Kostman, Halarewicz, A. Bard, I. Feuerstein, St. Łuniewski, I. Rosner, W. Stablewski, L. Weisberg, E. Zaleski, A. Willer, J. Woytkowski, L. Fürbek, W. Fiałkowski, Z. Manheim, A. Łobaczewski, Wilson, R. Stroka, Zarzycki, E. Müller, A. Tarnawski, Tymot. Piotrowski, T. Torczyński, J. Szewczyk, Fr. Chaderski, M. Blassberg, C. Sędzimir, D. Mohr, S. Taub, W. Piaskiewicz.

Po koronie nadesłali: Drowie L. Sobieszczański, Budzynowski, Z. Aschkenazy, Śliwiński, A. Wrzosek, M. Salpeter, Ozimek, T. Węclewski, I. Wachnianin, I. Reischer, Sztencel, R. Lenartowicz.

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 9. I. do 15. I. 1910 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Buczacz (Barysz 12), Horodenka (Niezwiska 2, Żywaczów 1), Jaworów (Wierzbiany 1, Podłuby 2), Kałusz (Dołżka 3), Lisko (Dwernik 1), Nadwórna (Nadwórna 2, Tarnowica leśna 1), Nisko (Łętownia 1), Rawa (Ulicko seredkiewicz 4), Śniatyn (Zabłotów 2), Zborów (Grabkowce 6, Jezierzanka 1, Kadobińce 7). Dr T.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 9. I. do 15. I. 1910 zgłoszono przypadków: błonicy 7 † 1 (w tem obcych 3 † 1), krztuśca 2, płonicy 13 † 3 (6 † 3), odry 2, duru brzusznego 2 † 1 (1 † 1), gorączki połogowej 1 † 1 (1 † 1), róży 1, nagm. zapalenia przyusznic 9. Dr Janiszewski.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło 19. I. 1910 posiedzenie, na którem Prof. Kader przedstawił przeszczepienie 5-go palca stopy w dłoń lewą celem zużytkowania do dalszej plastyki (twarzy), oraz 4 preparaty nerek, wyciętych z powodu gruźlicy, Dr Radliński przedstawił chorą, operowaną z powodu gruźlicy nerki, Dr Hładij — rentgenogramy, okazujące odradzanie się kości po całkowitem podokostnem usunięciu kości, a r. dw. Prof. Wicherkiewicz — operowaną swoim sposobem zmarszczkę nakątną i opadnięcie powiek, operowane podług Weckera. Następnie Dr Blassberg miał wykład: »O tak zwanym artrytyzmie«. Dyskusyę odłożono.

— Otrzymujemy następujące pismo:

»Apteka krakowska Gralewskiego, Jahra i Blumenfelda przysłała mi podkładkę biurową firmy Richtera z kalendarzem i poleceniem przez firmę wyrabianych leków, wszystko w języku niemieckim. Prawdopodobnie podarkiem tym uszczęśliwiono wielu lekarzy w Krakowie i Galicyi i chyba wszyscy uważać muszą zarzucanie nas lekarzy Polaków niemieckiemi reklamami, choćby w postaci i najpiękniejszych podarków, za bardzo niewłaściwe, a dziwię się, że znalazła się w Krakowie apteka, która użycza firmie tej czy innej do podobnych celów swego pośrednictwa, lekceważąc sobie obowiązek, przypominany przemysłowcom naszym krajowym przez Straż polską. Niezamówiony przezemnie kalendarz podkładkowy pośrednikowi odesłałem, podając powody.

Nowy Rok przynosi nam sporo takich rozmaitych podarków w postaci kalendarzy, bezwartościowych zazwyczaj, a zawsze reklamujących firmy niekrajowe, które polecają towar obcy. Odsyłaniem tych nieproszonych »podarków« powinniśmy tamę położyć natrętnemu polecaniu obcych wyrobów, często mało wartościowych, a to tem bardziej, gdy nawet przy tem nasz język nie bywa uwzględniany. Wyzyskują nas, a w dodatku jeszcze nam urągają. Ocknijmy się! Prof. Dr Wicherkiewicz«.

— Kolega Dr Wilczyński z Krakowa złożył na fundusz dla wdów i sierot im. ś. p. Jordana — kwotę 80 koron, jako nieprzyjęte honoraryum od pani K.

Wydział Związku lekarzy na tej drodze przesyła koledze Wilczyńskiemu za dar ten serdeczne podziękowanie.

Sekretarz: Dr Weinsberg. Prezes: Prof. Wicherkiewicz.

— Dr Maryan Bukowski, lekarz okręgowy, mianowany został przez Radę m. Sokołowa (koło Rzeszowa) obywatelem honorowym miasta.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Seweryn Mściwujewski, rodem z Hubaczkowa w Galicyi i p. Alojzy Malinowski, rodem z Radomyśla nad Sanem.

Warszawa. Na posiedzeniu Wydziału III Towarzystwa naukowego warszawskiego, po dorocznym wstępnym wykładzie p. J. Tura: »Podstawy teoretyczne embryologii anormalnej«, przedstawili m. i. p. L. Silberstein pracę p. t. »Niezmienniki fal Roentgena«, a p. Z. Weyberg: »Spostrzeżenia nad promieniotwórczością atmosferyczną w okolicy Ojcowa i Olkusza« (przedst. p. S. Dickstein).

— Poświęcenie nowego pawilonu na 50 łóżek w Zakładzie dla chorych umysłowo w Drewnicy, utrzymywanym przez »Towarzystwo opieki nad umysłowo i nerwowo chorymi«, odbyło się 9. I. 1910. Pawilon, odpowiadający wszelkim nowoczesnym wymogom, wykonano według planów budowniczego Hosera. Zakład w Drewnicy może obecnie pomieścić 200 chorych. Powstanie i rozwój zawdzięcza zakład głównie wielkiej energii i nieznużonej pracy Dra K. Rychlińskiego.

— Szkoła położnych (»babek«) wiejskich przy Instytucie położniczym warszawskim okazała się przez 5 lat istnienia bardzo pożyteczną i potrzebną; w r. b. na 25 miejsc wakujących zgłosiło się 122 kandydatek. Władze rządowe mają obecnie rozstrzygnąć, czy szkoła nadal istnieć będzie. (Gaz. lek. 3).

— Na wakującą po ś. p. Dr Karczewskim ordynaturę przy szpitalu Dzieciątka Jezus zgłosiło się podobno 20 kandydatów. Jak zaznacza »Medycyna i Kronika lekarska«, nie rozstrzygnięto dotychczas, jaką drogą ma być obsadzona ta posada, wobec jednak kilku chirurgów-ordynatorów bez oddziału, prawdopodobnie nowego konkursu nie będzie.

— Osławiona organizacya pomocy lekarskiej dla ludności gubernii Płockiej, wprowadzona przez rząd na próbę tymczasowo przed 10 laty, została niestety utrzymana na dalsze 3 lata wskutek uchwały Dumy i Rady Państwa.

Z różnych stron. Dyplom doktorski uzyskał we Lwowie p. Henryk Stefan Sochański, rodem z Krakowa.

— Dowiadujemy się, że ogłaszanie sprawozdań z posiedzeń Towarzystwa lekarskiego lwowskiego w »Wiener klinische Wochenschrift« (o czem donosiliśmy w Nrze 3. r. b.) zainicyował w r. 1908 ówczesny prezes Towarzystwa, prym. Dr Wilhelm Pisek, który też wziął na siebie główny ciężar połączonej z tem pracy.

— W Petersburgu odbył się w ubiegłym tygodniu III Zjazd psychiatrów rosyjskich pod przewodnictwem Prof. Bechtierewa, który rozpoczął Zjazd od podniesienia zasług dwu Polaków, Prof. Balińskiego i Prof. Mierzejewskiego, jako twórców psychiatryi w Rosyi. Jednym z 4 wiceprezesów Zjazdu wybrany został Polak, Prof. Czeczott. W szóstym dniu Zjazdu (15. I. n. s.) odbyło się osobne uroczyste posiedzenie dla uczczenia pamięci znakomitych rodaków naszych, Prof. Balińskiego i Prof. Mierzejewskiego. Na posiedzeniu tem wygłosili stosowne mowy Prof. Bechtierew, Prof. Czeczott i Prof. Formanek z Pragi.

— Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu

wydelegował na III Zjazd psychiatrów rosyjskich Prof. Czeczotta, Doc. Sowińskiego i Dra Konasiewicza, a na XII Zjazd rosyjskich przyrodników i lekarzy w Moskwie Prof. Zaleskiego, jako swych przedstawicieli.

— Naczelnik Akademii wojskowo-lekarskiej w Petersburgu, Prof. Danilewskij, zwracając ministerstwu projekt nowej ustawy Akademii, podał się zarazem o dymisyę.

— II. międzynarodowa konferencya w sprawie raka odbędzie się w Paryżu 1—5 października b. r.

— »Deutsche medizinische Wochenschrift« (Nr 2) ostrzega przed odznaczeniami t. zw. »Academia fisico-chemica di Palermo«, nie mającemi żadnej wartości, a obliczonemi jedynie na wyzyskanie odznaczonych.

— Prezydyum Towarzystwa »Schroniska lekarskiego« w Maryenbadzie rozesłało do wszystkich Towarzystw lekarskich w Austryi odezwę, zachęcającą do ofiar na schronisko, z którego korzysta już co lata znaczna liczba kolegów. Datki przyjmują: Dr Grimm (prezes), i Dr Zörkendörfer (wiceprezes Towarzystwa) w Maryenbadzie.

Mianowani: dyrektorami klinik położniczych: w Göttingen Prof. Jung z Erlangen, a w Jenie Prof. Henkel z Gryfii; Dr Stanisław Jasiński ze Lwowa dyrektorem szpitala w Jaśle.

Zmarli: psychiatra Doc. Kolpin w Bonn, okulista Prof. Widmark w Stockholmie;

Dr Markus Apte w 83 r. ż. w Warszawie, Dr Czesław Bitner w Moszczenicach.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Arhovin. Dr Perl. Uwagi o znaczeniu arhoviny dla lekarza praktykującego (Therapeut. Centrbl. Nr 11. 1909).

Autor stosował arhovinę w praktyce prywatnej i uznał ją za lepszą od środków balsamicznych, gdyż posiadając własności lecznicze, równe środkom balsamicznym, nie wywiera ona szkodliwych działań ubocznych, jak tamte środki. Jako dodatnie własności arhoviny wskazuje autor podniesienie się kwaśności moczu i wyjaśnienie się jego, jak również znieczulenie przewodu moczowo-płciowego. P. nie zauważył żadnych szkodliwych działań ubocznych. Arhovinę stosował P. w ostrym i przewlekłym wiewiórze i w wiewiórze u kobiet; zwłaszcza w leczeniu tego ostatniego poleca autor stosowanie arhoviny obok troskliwego leczenia miejscowego. Dla lekarza, wykonywującego praktykę prywatną, ważną jest ta zaleta arhoviny, że wpływ jej na podmiotowe dolegliwości jest nadzwyczaj dodatni. Dawka: 3 r. dz. 2 kaps. à 0·25 gr. arhoviny. Hr. W.

Rok XLIX. Kraków, dnia 29 stycznia 1910. Nr 5.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Kliniczne znaczenie odruchu sercowego Abramsa

podał

Dr Leon Żuławski,

Dyrektor szpitala powszechnego w Gorlicach.

Wielokrotnie znajdujemy się w bardzo trudnem położeniu wobec rodziny chorego, a nawet wobec ordynującego lekarza, zasięgającego naszej rady w niedomodze serca znaczniejszego stopnia, gdy przedewszystkiem zachodzi pytanie, czy dany stan chorego jest beznadziejny, czy też da się jeszcze nad nim zapanować.

Na wstępie informują nas, że chory zażywał już wszelkie możliwe środki moczopędne i sercowe, ale bez skutku. Zastajemy chorego o twarzy bladej, pokrytej potem; spojówki z odcieniem żółtaczkowym, uszy, koniec nosa i wargi sinawe; ręce obrzękłe, zimne, palce sine, tętno przyspieszone, małe, nieregularne, przepuszczające, obrzęki zajęły stopy, łydki, uda i brzucch; wątroba znacznie powiększona i bardzo bolesna; oddychanie znacznie przyspieszone z uczuciem trwogi, przerywane napadami duszności; mocz w skąpej ilości, wysycony, z obfitym osadem; osłuchiwanie serca prawie niemożliwe, opukując stwierdzamy znaczne rozszerzenie stłumienia; osłuchiwanie płuc, bardzo utrudnione, wykazuje rzężenia, przemawiające za obecnością obrzęku i przekrwienia płuc; słowem znajdujemy stan rozpaczliwy i mamy rozstrzygnąć, czy ten tak osłabiony mięsień sercowy może jeszcze przy odpowiedniem leczeniu wrócić do takiej sprawności, ażeby zdołał wyrównać zaburzenie w krążeniu. Nie zawsze można odpowiedzieć wymijająco; często sami sobie musimy dać pewną odpowiedź, zważywszy, że celem zapanowania nad stanem chorego należy nieraz zastosować środki, które w danym razie mogą być przez rodzinę uważane za zbyt energiczne, jak np. znaczny upust krwi celem zwolnienia pracy prawej komórki lub bardzo liczne nacięcia obrzęków. Przy prawdopodobieństwie dobrego wyniku postępowanie nasze nabierze pewności z pożytkiem dla chorego.

W powyżej opisanym stanie ciężkiej asystolii nie można oprzeć się jedynie na wywiadach, to znaczy uzależnić rokowania od tego, czy dany stan asystolii występuje po raz pierwszy, czy po raz wtóry lub trzeci. Również przedmiotowe dane, uzyskane wedle stosowanego dotychczas klinicznego badania, nie dają, nawet pomimo znacznego osobistego doświadczenia, żadnej pewności.

Te trudności rokowania w niedomogach sercowych skierowały uwagę mą ku studyowaniu odruchu sercowego celem zastosowania zachowania się tego odruchu do oceniania stanu mięśnia sercowego w hyposystolii i asystolii

Ponieważ nie wiem, czy wogóle istnieją w piśmiennictwie polskiem jakie prace o odruchu Abramsa, zestawię w krótkości spostrzeżenia obcych autorów nad odruchem sercowym, jakoteż swoje badania, przeprowadzone na licznym materyale szpitalnym i prywatnym.

W roku 1901 zwrócił Abrams (w czasopiśmie »Med. Record.« 5. Jan.) uwagę na odruchowe zmniejszanie się stłumienia serca pod wpływem mechanicznego podrażnienia okolicy serca; objaw ten wyzyskał Abrams do różniczkowania rozszerzenia serca od wysięków osierdziowych. Nazwany odtąd odruchem sercowym Abramsa, objaw ten nie zdołał wzbudzić takiego zajęcia, ażeby wszedł w stały zapas klinicznych sposobów badania serca, aczkolwiek późniejsze poszukiwania Heitlera we Wiedniu (Über reflekt. Pulserregung. Central. f. inn. Medic), a Merklena i Heitza w Paryżu rozszerzyły już znacznie zakres znaczenia tego objawu w patologii chorób sercowych.

Jeżeli przez kilka chwil drażnimy skórę okolicy serca, czyto przez tarcie kawałkiem gumy do wycierania, czy zapomocą klepania łokciowym brzegiem zgiętej ręki lub nawet przez mocne pukanie, to zauważymy, że prawie bezpośrednio potem występuje lekkie zaczerwienienie skóry w tem miejscu. Opukując wtedy granicę poprzednio naznaczonego kolorowym ołówkiem stłumienia sercowego, spostrzegamy, że granica ta przesunęła się łukowo ku dołowi i wewnątrz, czyli że stłumienie serca zmniejszyło się. To zmniejszenie się stłumienia występuje przeważnie w kierunku poprzecznym od lewej strony ku prawej i to tak w zakresie bezwzględnego, jak i względnego stłumienia. W zakresie stłumienia bezwzględnego, czyli małego, jest odruch Abramsa wybitniejszy i zmniejszenie stłumienia wynosi od lewej strony zwyż 1 cm. U zdrowych odruch trwa krótko, zwyczajnie 2 minuty, natomiast w stanach chorobowych serca trwa dłużej, nieraz przeszło godzinę. Liczne badania moje odruchu Abramsa u zdrowych potwierdziły spostrzeżenia Merklena i Heitlera, że odruch ten wykazać można u każdego zdrowego zupełnie człowieka. Nie u wszystkich odruch ten jest jednakowy; zależy to od wieku badanego, od jego wrażliwości, oraz od mniej lub więcej

rozwiniętych mięśni klatki piersiowej. U dzieci i wątłych a wrażliwych kobiet odruch występuje wybitniej, aniżeli u silnie zbudowanych mężczyźn z dobrze rozwiniętymi mięśniami. Heitler wykazał, że odruch sercowy Abramsa można wywołać, drażniąc skórę innych okolic ciała, jak okolicy wątroby, dalej, że także drażnienie błon śluzowych, stawów, np. przy zginaniu i wyprostowywaniu kończyn, wywołuje odruch Abramsa. Równocześnie zrobiono spostrzeżenie, że występuje zwolnienie albo przyspieszenie tętna zależnie od tego, czy tętno było przyspieszone lub zwolnione, jako objaw odruchowego zadrażnienia nerwów naczynioruchowych. Schott z Nauheim, tłómacząc skuteczne działanie kąpieli w chorobach serca, wykazywał powstawanie odruchu sercowego po kąpielach słonych i gazowych. Te liczne bodźce, zapomocą których można wywołać odruch Abramsa, wskazują, że objaw Abramsa jest odruchem na zadrażnienie nerwów czuciowych ciała.

Abrams dowiódł zapomocą badania odruchu sercowego na ekranie przyrządu Röntgena, że zmniejszenie się stłumienia sercowego powstaje wskutek odruchowego wzmożenia się skurczu serca oraz rozszerzenia się brzeżnych części płuca w następstwie odruchowego pogłębienia wdechu. Zmniejszenie się stłumienia sercowego głównie w poprzecznym kierunku wskazuje na to, że głównie prawa komórka serca ulega wzmożonemu skurczeniu się.

Zaznaczyć należy, że niewyjaśnioną dotąd w przebiegu tego odruchu pozostała sprawa zachowania się koniuszkowego uderzenia serca, które nie zmienia swego położenia, aczkolwiek wobec powyższego tłómaczenia powinnoby zmienić swe położenie. Merklen widzi w tem dowód, że odruch zależy głównie od zmian w objętości prawej komory, dodaje jednak, że ostatecznie tylko badania radioskopowe mogą wyświetlić tę wątpliwość.

Badając odruch sercowy w głębokiem uśpieniu, stwierdzałem brak jego jedynie w bardzo głębokiem uśpieniu, graniczącem z zamartwicą, zresztą zawsze odruch występował; w danym razie możnaby przy bardzo głębokiem uśpieniu w niepewności kierować się zachowaniem się odruchu Abramsa.

Przechodząc do stanów chorobowych serca, zaznaczam, że tylko w pewnych chorobach spotykamy stały brak odruchu sercowego, jak w wysiękach osierdnych i w zrostach osierdzia; zresztą odruch sercowy zazwyczaj istnieje, a jeżeli go brak chwilowo lub stale, to jest to *malum omen* i wskazuje na chwilowe lub stałe zmniejszenie pobudliwości i kurczliwości mięśnia sercowego. W znacznych stopniach rozedmy płuc, gdy wskutek wydęcia brzeżnych części płuca stłumienia bezwzględnego nie można opukiwaniem oznaczyć, można stwierdzić odruch sercowy w zakresie względnego czyli wielkiego stłumienia.

Z pilnej obserwacyi odruchu sercowego, z jego zachowania się, można w ostrych chorobach gorączkowych wyciągnąć pewne wskazówki rozpoznawcze. Jak wiemy, u zupełnie zdrowych odruch ten trwa krótko i zakres jego jest stosunkowo niewielki, $1-1\frac{1}{2}$ cm. Przeciwnie przy rozszerzeniach serca czas trwania odruchu przedłuża się znacznie, również zwiększa się jego zakres. Na podstawie tych dwu właściwości odruchu sercowego w stanie zdrowia i w stanie chorobowym serca można wcześnie już rozpoznać ostre rozszerzenie serca w takich chorobach gorączkowych, jak zapalenie płuc włóknikowe, w ostrym gośćcu stawowym itd. Badając w ostrych sprawach chorobowych codziennie odruch Abramsa, jego zakres i czas trwania, zauważyłem kilkakrotnie nagłą zmianę, którą tłómaczyła późniejsza obserwacya, wykazująca objawy rozszerzenia i osłabienia serca.

W przewlekłych wadach serca w stanie hyposystolii, gdy u chorych, u których odruch sercowy wobec istniejącego rozszerzenia był wybitny, odruch ten nagle znacznie słabnie lub nawet znika zupełnie; wskazuje to na przejście hyposystolii w ciężką asystolię i rokowanie nasze czyni poważniejszem. Przy braku odruchu w hyposystolii serca nie możemy jednak rokować stanowczo źle, ponieważ zdarza się, że pomimo braku odruchu zdołamy pokonać asystolię, że serce przy odpowiedniem leczeniu wyrównywa zaburzenia krążenia, poczem wraca i odruch. Brak odruchu był tu chwilowy, zależny od chwilowego osłabienia pobudliwości i kurczliwości serca. Gdyby w ciężkiej asystolii brak odruchu był stałym, nie zdołalibyśmy podnieść siły mięśnia sercowego i wyrównać zaburzenia krążenia.

Ponieważ niepodobna oznaczyć, czy brak odruchu Abramsa w ciężkiej asystolii jest chwilowym, czy też stałym, nie możemy stanowczego rokowania opierać na braku odruchu.

Natomiast w obecności żywego odruchu mamy pewny znak prognostyczny w ocenieniu ciężkich stanów asystolii serca. Wielokrotnie kierowałem się tym objawem w rokowaniu w niedomodze sercowej i zawsze tam, gdzie odruch Abramsa był wybitny, osiągałem — bez względu na inne objawy, obciążające rokowanie, — wyrównanie asystolii. Ilekroć w ciężkiej asystolii serca spostrzegałem, że po zadrażnieniu okolicy serca stłumienie bezwzględne zmniejszyło się o 1 cm lub więcej, tylekroć rokowałem dobrze co do możliwości wyrównania się czynności serca przy odpowiedniem leczeniu. Czasami były to przypadki rzeczywiście rozpaczliwe.

I tak, w czerwcu zeszłego roku zostałem wezwany do przypadku niedomykalności zastawki dwudzielnej na naradę lekarską. Lekarz ordynujący, jakoteż poprzednia narada z innym lekarzem orzekła, że stan jest beznadziejny; stosowano już wszystkie środki moczopędne i sercowe bez skutku. Chora była w stanie ciężkiej asystolii. Zastałem stan następujący. Chora siedzi, nie może się położyć, twarz blada, pokryta zimnym potem, sinica obu małżowin usznych, nosa, warg, obrzęk przedramion, rąk, sinica palców, obrzęk stóp, goleni, obu ud, części płciowych zewnętrznych, skóry brzucha, znaczna puchlina brzuszna i opłucna, oddechy przyspieszone, przerywane nagłą dusznością i kaszlem, nad klatką piersiową wszędzie rzężenia, stłumienie sercowe bardzo powiększone, czynność serca przyspieszona, tony głuche, tętno małe, nikłe, przeszło 120 na minutę. Brzuch w okolicy wątroby bardzo bolesny, wątroba dość znacznie powiększona, moczu mało; mocz zawiera białko i wiele osadu. Stan ten upoważniał do złego rokowania; pomimo tego po długiem badaniu orzekłem ku wielkiemu zdziwieniu lekarza ordynującego, że istnieje prawie pewność wyrównania się tej tak ciężkiej asystolii. Rokowanie to oparłem na obecności bardzo wybitnego odruchu Abramsa. Zauważyłem w czasie badania chorej, że już po mocnem opukiwaniu przesunęła się granica stłumienia o $1\frac{1}{2}$ cm. Świadomość tego, że serce przy takiem zaburzeniu krążenia tak żywo oddziaływa, upewniła mnie w przekonaniu, że zmiany mięśnia sercowego nie mogły być tego rodzaju i stopnia, ażeby przy odpowiedniem leczeniu mięsień ten nie mógł wrócić do

potrzebnej sprawności. Po zastosowaniu upustu krwi przez postawienie 20 pijawek uzyskałem w stosunkowo krótkim czasie zupełne wyrównanie zwykle używanymi środkami sercowymi. Chora ta dotąd żyje.

Podobne kilkakrotne spostrzeżenia upoważniają mnie do twierdzenia, że dokładne badanie odruchu Abramsa w stanach hyposystolii i asystolii serca może dać cenne wskazówki dla rokowania i leczenia tych stanów. Przy badaniu odruchu Abramsa w stanach chorobowych serca należy obok badania stłumienia serca zwrócić uwagę i na zachowanie się poprzednio oznaczonego stłumienia wątroby, które również, jakkolwiek w mniejszym stopniu, okazuje odruchowe zmniejszenie, jeżeli wątroba wskutek zastoju jest znaczniej powiększona. Zmniejszenie to uwydatnia przesunięcie się tak górnej, jak i dolnej granicy stłumienia.

Stały brak odruchu Abramsa spotkał Merklen w asystolii zwyrodniałego mięśnia sercowego w następstwie stwardnienia tętnic wieńcowych. W jednym ze swoich przypadków stwierdził on nieznaczne pomniejszenie się odruchowe stłumienia, które często zupełnie nawet nie występowało. Chory ten zmarł po kilku miesiącach niedomogi ze znacznymi obrzękami, a badanie pośmiertne stwierdziło zwężenie (arteriitis obliterans) tętnic wieńcowych. Uporczywy brak lub znaczne zmniejszenie odruchu wskazuje na głębokie zmiany mięśnia sercowego i upoważnia do bardzo złego rokowania.

Obok przypadków zwyrodnienia mięśnia sercowego spotykamy się z trwałym brakiem odruchu Abramsa, jak wyżej już wspomniałem, w wysiękach osierdnych i zrostach osierdzia. Sam Abrams zwrócił uwagę na znaczenie braku odruchu przy wysiękach. Zrozumiałem jest, że tylko wtedy nie wywołamy przy wysiękach osierdnych odruchu Abramsa, gdy obfity wysięk pokrywa serce zupełnie, tak, że nie przylega ono do ściany klatki piersiowej. Przy małych ilościach płynu należy badać chorego siedzącego, lekko ku przodowi pochylonego; w przeciwnym razie można popełnić omyłkę. Zmienność odruchu, raz obecność jego, drugi raz brak, będzie najpewniejszym dowodem, że w worku osierdziowym znajduje się płyn.

Merklen i Heitz zauważyli stały brak odruchu sercowego przy zrostach osierdzia, szczególnie w ich najważniejszej z klinicznego stanowiska postaci, mianowicie przy zrostach zewnętrznych. Przy zrostach osierdzia należy z uwagi na rokowanie odróżniać przypadki proste, w których istnieje jedynie zrost blaszek osierdzia, co stosunkowo mało upośledza czynność serca, — od przypadków, w których zrosty łączą worek osierdziowy z całem śródpiersiem przedniem. Wtedy w następstwie zrostu osierdzia z tchawicą, z przełykiem i ze ścianą klatki piersiowej serce pozostaje w stałem rozszerzeniu i zdolność kurczenia się serca jest bardzo ograniczona. W pierwszych przypadkach t. j. zrostu blaszek, można jeszcze dosyć często napotkać odruch sercowy, natomiast w drugich nigdy. Stały brak odruchu Abramsa wraz z wykazaniem wielkiego stłumienia bezwzględnego serca stanowi zbiór objawów, na podstawie którego z wszelką prawie pewnością można rozpoznać zrosty osierdzia z otoczeniem.

Dotychczasowe spostrzeżenia doprowadziły mnie do wniosku, że kliniczne badanie odruchu Abramsa może w wielu przypadkach dać cenne wskazówki i że w żadnym przypadku badania tego odruchu pominąć się nie powinno.

Z oddziału chorób wewnętrznych szpitala krajowego w Sarajewie.

Kilka uwag o kiłowych schorzeniach narządu krążenia.

Skreślił

Prof. Dr L. Korczyński.

Ciekawych szczegółów dostarczyło drobnowidowe badanie serca.

W świeżych preparatach dostrzeżono zwyrodnienie tłuszczowe włókien mięsnych; zwłaszcza w lewej komorze było ono bardzo znaczne. Nadto okazywały włókna z ogniska rozmiękczynowego znamiona obumarcia. W preparatach barwionych, sporządzonych ze stwardnionych skrawków, uderzały już na pierwszy rzut oka zmiany w naczyniach. Przez porównanie preparatów, pochodzących z różnych miejsc mięśnia, można było wprost śledzić kolejny postęp tych zmian. Najdawniejsze cechował zanik właściwych ścian naczyń; miejsce ich zajęła tkanka łączna. W okresie wcześniejszym okazywały naczynia przedewszystkiem zgrubienie warstwy środkowej, a w niej naciek drobnokomórkowy; warstwa wewnętrzna przeważnie nie okazywała zmian. W bardzo tylko niewielu miejscach znajdują się w niej zgrubienia, ściśle zresztą ograniczone.

Podłużny przekrój takiego naczynia przedstawia ryc. 1. Na przekrojach poprzecznych spotkać się można dość często z zupełnem zamknięciem naczynia, światło jego wypełnia tkanka włóknista, wśród której widać jeszcze tu i owdzie jądra komórek.



Ryc. 1. Podłużny przekrój naczynia.

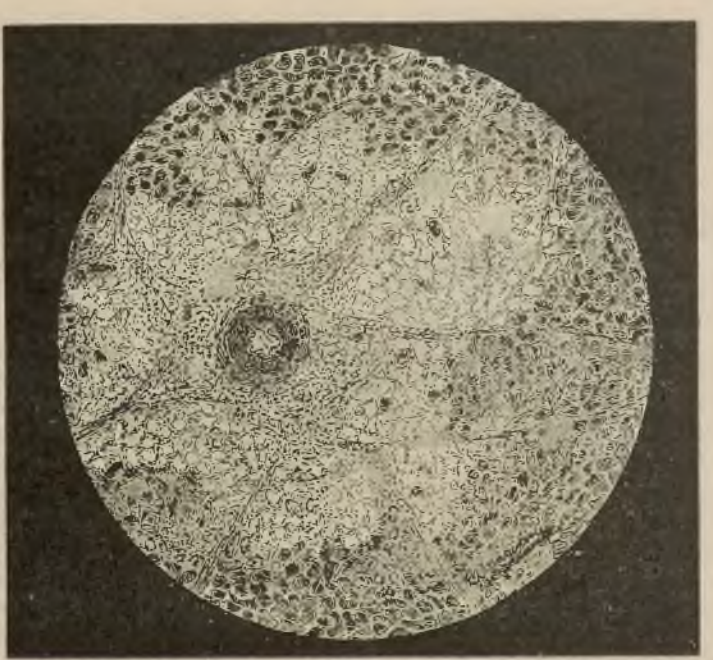
a) Zgrubiała warstwa środkowa, *b*) warstwa zewnętrzna, *c*) przerosła błona wewnętrzna, *d*) tkanka mięsna.

Naciek drobnokomórkowy.

W tej części serca, w której znaczny stosunkowo obszar uległ obumarciu, znajduje się bardzo wiele takich zamkniętych naczyń; inne okazują zwyrodnienie włókniste.

Ryc. 2 przedstawia obraz zmian w naczyniu, przeciętem poprzecznie. Bardzo wyraźnie widać tu zgrubienie warstwy mięsnej, pofałdowanie i pomarszczenie warstwy wewnętrznej.

W otoczeniu naczyń chorych widoczny jest wszędzie wtórny rozrost tkanki łącznej i zanik włókien mięsnych.



Ryc. 2. Poprzeczny przekrój naczynia ze znacznie zgrubiałą warstwą środkową *a*), *b*) okołonaczyniowa tkanka łączna z obfitym naciekiem komórkowym, *c*) zwyrodniała tkanka mięsna, *d*) tkanka mięsna prawidłowa.

Wszędzie obfity naciek drobnokomórkowy.

Jeśli już na podstawie ogólnego obrazu zmian w zakresie narządu krążenia, dostrzeżonych przy sekcyi, ze znacznem prawdopodobieństwem można było skłaniać się do przypuszczenia, że zmiany w układzie naczyniowym są wypływem przebytej kiły, to w przypuszczeniu tem utrwalają jeszcze bardziej zmiany, stwierdzone przez badanie drobnowidowe. Wykazuje ono, że w naczyniach wieńcowych nie ma właściwej miażdżycy, odznaczającej się, jak powszechnie wiadomo, z jednej strony zanikiem warstwy mięsnej, a bujaniem warstwy środkowej, z drugiej zaś t. zw. wstecznemi przemianami. Przeciwnie, w naczyniach, gdzie sprawa znajduje się jeszcze w rozwoju, rzuca się wprost w oczy zgrubienie środkowej części ściany naczynia, a równocześnie jakby kurczenie się, bliznowacenie warstwy wewnętrznej. Zupełnie więc słusznie mówić można w tym przypadku o »mesarteriitis chronica« w pojęciu Hellera i Doehlego oraz późniejszych badaczy i tak samo, jak oni to czynili, przyjmować za istotę tego zapalenia tło kiłowe.

W opisanem spostrzeżeniu mamy typ przypadków ze zmianami, posuniętemi już bardzo daleko i zajmującemi znaczne obszary układu naczyniowego. Właściwe ocenienie przyrody schorzenia ma tu znaczenie raczej tylko teoretyczne. Chory nic przez to nie zyskuje, bo leczenie, nawet najenergiczniejsze, nie może przynieść żadnej korzyści. Inaczej dzieje się wtedy, kiedy mamy przed sobą chorych w okresie wcześniejszym, u których zmiany nie są jeszcze nazbyt wielkie. U nich liczyć jeszcze można na poprawę, mieć nadzieję, że dalszy rozwój choroby uda się powstrzymać. I względnie nie tak rzadko przydarzają się wśród chorych z objawami przewlekłego zapalenia serca przypadki, w których po leczeniu zapomocą soli jodowych nastaje znaczna poprawa. Nie we wszystkich zapewne wolno wprost rozpoznawać tło kiłowe, często brakuje po temu dostatecznych podstaw, ale są jednak takie, gdzie za tem tłem przemawia bardzo wiele szczegółów. Do rzędu takich przypadków byłbym skłonny zaliczyć trzy spostrzeżenia, leczone w ciągu ostatnich dwóch lat (1908—1909) na moim oddziale.

I. Zuhdija R., lat 53, wyznania mahometańskiego, woźny, rodem z Maglaju w Bośnii, zamieszkały w Sarajewie.

Przed 8 laty przebył kiłę, na którą leczył się w tutejszym szpitalu. Od lutego 1908 przypadłości sercowe znacznego stopnia. Najbardziej dokuczają choremu napady bicia serca i duszności, połączone z uczuciem lęku i z bolami w okolicy serca. Duszności doznaje zresztą już od dość dawna; w ostatnich latach wzmogła się ona do tego stopnia, że chory nie może prawie chodzić. Od czasu do czasu pojawiają się wymioty. Z początku leczył się chory poza szpitalem. Ale cały szereg leków sercowych, jak nie mniej przetwory kofeiny i teobrominy, nie wywierały żadnego skutku. Do szpitala wstąpił 10. lipca 1908.

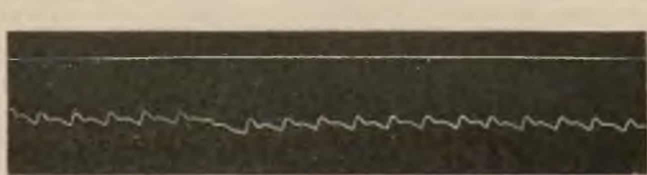
Stan obecny. Mężczyzna dobrze zbudowany, miernie odżywiony. Skóra i błony śluzowe, dostępne badaniu, bardzo blade. Na wystających częściach ciała sinica. Gruczoły karkowe w przegubach łokciowych, w pachwinach twarde. Na skórze grzbietu i ramion płytkie blizny, w części zupełnie odbarwione. Okostna kości piszczelowych, zwłaszcza po stronie prawej, wyraźnie zgrubiała, przy opukiwaniu młotkiem tej okolicy kości doznaje chory bolu.

Czaszka symetryczna, powierzchnia kości gładka, porost włosów bardzo skąpy. Język gładki, wyraźny zanik brodawek. Podniebienie zmian nie okazuje, błona śluzowa gardła połyskująca, ścieńczała.

Klatka piersiowa symetryczna, dość jeszcze podatna, rozszerza się przy wdechu dostatecznie. Drżenie klatki piersiowej w okolicy między łopatkami wzmożone. W temże miejscu bębenkowo — przytłumiony odgłos opukowy, słaby chuchający wdech i wydech. Nad resztą płuc odgłos opukowy jawny, szmery oddechowe wyraźnie zaostrzone, od czasu do czasu furczenia i gwizdy. Kaszel mierny; plwocina nieżytowa.

Uderzenie serca rozlane, uderzenie końca serca w VI międzyżebrzu, poza linią sutkową. Obszar stłumienia większy od prawidłowego, przedewszystkiem w wymiarze osiowym. Nad rękojeścią mostka ograniczone przytłumienie, sięgające prawie do dołka jarzmowego.

Na końcu serca miękki skurczowy szmer. Zresztą wszędzie słabe, głuche tony. W dołku jarzmowym tętnienie.



Ryc. 3 a). Tętno sprychowe po stronie prawej.



Ryc. 3 b). Tętno sprychowe po stronie lewej.

Nad tętnicami szyjnemi tylko rozkurczowy ton. Tętno sprychowe po stronie prawej słabsze (ryc. 3); zrzadka stwierdzić można pojawianie się skurczów dodatkowych. Liczba tętna 70—80 w minucie. Narządy jamy brzusznej nie okazują zboczeń. Około kostek obrzęk małego stopnia.

Mocz miernie wysycony, o c. wł. 1·026, składników nieprawidłowych nie zawiera. Badanie krwi wykazuje: c.

czerw. 2,340.000, c. b. 9.600, hemoglobiny 30%. Wśród ciałek białych: neutrochłonnych 48%, limfocytów 32%, przejściowych 12%, eozynochłonnych 8%.

Wobec tego, że leczenie dotychczasowe zapomocą leków sercowych nie wpływało zupełnie na objawy choroby, a wywiady i badanie dostarczyły dowodów przebytej kiły, podano choremu zaraz w pierwszym dniu po przyjęciu do szpitala jodek potasu w ilości 1 grm. dziennie. W następnych dniach podniesiono dawkę najpierw do 2, wkrótce potem do 3 gr. dziennie. Oprócz tego stosowano chłodnik na okolicę serca i górną część mostka; od czasu do czasu, w razie napadu dusznicy bolesnej, podawano glonoinę w pastylkach po 1 mlgrm. Już po tygodniu takiego leczenia ustąpiły zupełnie napady dusznicy, chory czuł się swobodniejszym. Od 27. lipca rozpoczęto wcieranie szarej maści po 3 grm. dziennie. Poprawa postępowała dalej. Wejrzenie chorego stało się lepsze. Ilość moczu wzmogła się, mieszanina krwi poprawiła się dość znacznie. Badanie z dnia 31. lipca wykazywało: c. czerw. 3,100.000, białych 7.800, hemoglobiny 45%. Stosunek ciałek białych zmienił się również korzystnie. Naliczono neutrochłonnych 58%, limfocytów 26%, przejściowych 10%, eozynochłonnych 6%.

Równocześnie z tem można było stwierdzić znaczną poprawę stanu serca. Uderzenie końca serca przesunęło się w górę do V. międzyżebrza i przekraczało nie o wiele linię sutkową, rozmiary stłumienia zmniejszyły się, tony stały się głośniejsze, szmer skurczowy nad lewą komorą utrzymywał się jednak dalej.

Ta znaczna i względnie szybka poprawa sprawiła, że chory zaczął sobie przykrzyć w szpitalu i dopraszać się, aby go wypuszczono, utrzymując, że jest już zupełnie zdrów.

Przez czas swego pobytu otrzymał w postaci wcierań 45 grm maści rtęciowej i około 30 grm. jodku potasu. Wyszedł ze szpitala 14. sierpnia 1908.

W maju 1909 r. zjawił się chory po raz drugi w ambulatoryum szpitalnem. Opowiadał, że przez 5 miesięcy czuł się zupełnie dobrze. Potem stan zaczął się zwolna, ale stale pogarszać, pojawiła się trwała duszność, potęgująca się od czasu do czasu; napadów duszności z uczuciem lęku i bolu w klatce piersiowej nigdy jednak nie bywało. Na kończynach dolnych wystąpił obrzęk, który z początku znikał po spoczynku nocnym, później wszakże utrzymywał się już stale. Wreszcie zauważył chory powiększanie się brzucha i to go skłoniło do szukania pomocy w szpitalu. Przyjęto go dnia 13. maja.

Stan chorego był znacznie gorszy, aniżeli w roku zeszłym. Skóra i błony śluzowe woskowo blade, kończyny dolne obrzękłe powyżej kolan. W jamie brzusznej sporo wolnego płynu. W narządzie oddechowym rozległy nieżyt zastoinowy.

Uderzenie końca serca w VI. międzyżebrzu, prawie w linii pachowej przedniej. Stłumienie rozpoczyna się na górnym brzegu IV. żebra, przekracza linię mostkową lewą, dochodzi do linii pachowej przedniej. Stłumienie nad rękojeścią mostka w tych samych rozmiarach, co dawniej. Nad końcem serca skurczowy szmer, rozkurczowy głuchy ton; nad komorą prawą dwa głuche tony, nad tętnicą główną i nad tętnicą płucną dwa głuche tony. Tętnica skroniowa widoczna pod skórą, wężykowata. Tętno sprychowe, jak poprzednio, słabsze po stronie prawej; liczba tętna 92, parcie krwi (Gaertner) 110 mm rtęci.

Mocz wysycony, o c. wł. 1.034, w ilości 500 cm³ z pierwszej doby, zawiera wyraźną obrączkę białka (1·25‰ Essbach).

W leczeniu zwrócono się, jak za pierwszym pobytem chorego, do jodku potasu, ale ponadto podano diuretynę i agurynę.

Przy tem leczeniu nastała i tym razem szybka poprawa. Już w 3. dniu pobytu chorego w szpitalu wzrosła ilość moczu do 2 litrów na dobę, ciężar właściwy zmniejszył się, ilość białka opadła do 0·75%.

W następnych dniach wzrosło wydzielanie moczu jeszcze bardziej, dochodząc nawet do 4–6 litrów na dobę. Białko pojawiało się jednak stale.

Od 6. czerwca rozpoczęto wcierania szaruchy, po 3 grm dziennie, niezaprzestając równoczesnego podawania jodku potasu po 2 grm dziennie.

Poprawa postępowała dalej. Już koło połowy czerwca było wejrzenie chorego znacznie lepsze; owa woskowa bladość skóry, przypominająca żywo cherowatą bladość osób, chorych na krwotoki wewnętrzne, lub na raka, ustąpiła zupełnie; rozszerzenie serca zmalało znakomicie, duszność ustąpiła zupełnie.

Na parę dni przed wypuszczeniem chorego ze szpitala znaleziono: Skóra bledsza od prawidłowej, obrzęków w tkance podskórnej niema, jamy surowicze nie zawierają płynu. Uderzenie końca serca nieco poza linią sutkową w VI międzyżebrzu. Obszar stłumienia większy od prawi-



Ryc. 4

dłowego, przedewszystkiem w wymiarze osiowym. Szmer nad końcem serca utrzymuje się, nad rękojeścią mostka I. nieczysty ton, zresztą wszędzie czyste tony. Tętno 76, miarowe, dość silnie napięte, o charakterze właściwym miażdżycy (ryc. 4). Mocz wydziela się średnio w ilości około 2 litrów, c. wł. nizki 1·010 do 1·014, ilość białka waha się między 0·3‰ a 0·5‰, w osadzie, bardzo skąpym, tylko nader nieliczne wałeczki szkliste i komórki nabłonkowe z dróg moczowych.

Przy wypuszczeniu ze szpitala polecono choremu używać z przerwami przez kilka miesięcy jodek potasu w ilości 1·5 grm dziennie. (C. d. n.)

Rzut oka na nowsze zdobycze dyagnostyczne w medycynie wewnętrznej.

Wykład wstępny na kursie medycyny wewnętrznej dla lekarzy praktycznych.

Podał

Doc. Dr Erwin Mięsowicz.

(Ciąg dalszy).

Osłuchiwanie nie wykazuje prawie żadnych większych zdobyczy. Zauważyć tylko należy, że przedłużenie i zaostrzenie wydechu w szczycie płuca prawego jest często zjawiskiem fizyologicznem. Z tego też powodu objaw ten można tylko z wielką ostrożnością przyjmować za oznakę rozpoczynającej się gruźlicy płuc. Podnieść tutaj należy, na co słusznie poważni klinicyści zwracają uwagę, że w badaniu fizycznem szczytów płucnych chęci wczesnego rozpoznawania gruźlicy płuc popadnięto w wielką przesadę. Bezstronne oglądanie przy sekcyach początkowych zmian gruźliczych w szczytach, wykazuje, że są one bardzo często zupełnie niedostępne dla badania fizycznego.

Znakomitem uzupełnieniem, kontrolą, a bardzo często zupełnie samodzielną i niczem zastąpić się nie dającą metodą badania jest w medycynie wewnętrznej prześwietlanie promieniami Röntgena.

Zwrócimy w tem miejscu tylko uwagę na zastoso-

wanie prześwietlania promieniami Röntgena w rozpoznawaniu chorób klatki piersiowej i jamy brzusznej.

Badanie zapomocą promieni Röntgena (ortodiagrafia) umożliwiło nam zapoznanie się w pewny sposób z położeniem i wielkością serca w ustroju żywym. Wiemy obecnie, że położenie serca i rzut (projekcya) jego granic na ścianę klatki piersiowej zależy od ustawienia przepony. Przy głębokim wdechu lub przy nizkiem ustawieniu przepony w przebiegu rozedmy płuc, lub u ludzi z bardzo dużą klatką piersiową, zwiesza się serce prostopadle w klatce piersiowej i wymiar jego poprzeczny może być około 5 cm mniejszy, niż przy wysokiem ustawieniu przepony. Przy wysokiem ustawieniu przepony spoczywa serce na niej, a sylwetka jego może się wydawać większą i naśladować obraz przerostu serca. Przy wielkich różnicach w ustawieniu przepony, wywołanych przez najrozmaitsze przyczyny, przesuwa się prawa granica serca w obrazie rentgenograficznym bardzo nieznacznie, — 3—4 cm na prawo od linii środkowej ciała. Jeżeli prawa granica serca przy badaniu ortodiagraficznem jest przesunięta więcej, niżeli 4 cm na prawo od linii środkowej ciała, to wówczas świadczy to zazwyczaj o rozszerzeniu prawego przedsionka, rzadziej o rozszerzeniu prawej komory. Przerost prawej komory nie wywołuje rozszerzenia się cienia serca ku stronie prawej. Lewa granica serca jest bardziej zmienna. Najbardziej na zewnątrz położony jej punkt (w sylwetce rentgenograficznej) nie odpowiada koniuszkowi serca, ale nieco powyżej położonemu odcinkowi lewej komory. Przy wdechu znajduje się granica lewa serca w oddaleniu 9 cm, przy wydechu w oddaleniu 11—12 cm od linii środkowej ciała. Dla zwykłych pomiarów serca wystarcza ortodiograficznie oznaczyć wysokość ustawienia szczytu przepony, oraz prawą i lewą granicę serca, a następnie oznaczyć odległość tę w centymetrach.

Możność oglądania serca i dokonywania na nim pomiarów w ustroju żywym, dozwoliła stwierdzić, że zmiany w wielkości serca pod wpływem wysiłków fizycznych nie są tak znaczne, jak to sobie dotąd wyobrażaliśmy.

Trudne, a nieraz niemożliwe dawniej rozpoznawanie tętniaków i guzów w śródpiersiu stało się obecnie przy zastosowaniu promieni Röntgena możliwem. W wielu przypadkach nieokreślonych bólów w różnych okolicach klatki piersiowej, przeczulicy skóry w okolicy międzyłopatkowej, lub na piersiach, duszności, badanie promieniami Röntgena wykazuje obecność tętniaka lub guza śródpiersia.

W chorobach płuc oddaje badanie rentgenograficzne znaczne usługi.

Badanie szczytów płuc przy pomocy zdjęć rentgenograficznych pozwala często rozpoznać początkową gruźlicę szczytów płucnych albo też gruczołów kołooskrzelowych. Zdjęcia rentgenograficzne wykazują, że często początek sprawy gruźliczej stwierdzić można w gruczołach kołooskrzelowych. Wyniki, uzyskane za pomocą rentgenogramów, należy jednakowoż zawsze zużytkowywać w rozpoznawaniu ostrożnie, pamiętając, że liczne mogą być źródła pomyłek, naśladujące w obrazie rentgenograficznym obraz początkowych nacieków w szczytach płuc.

Również ostro przebiegające sprawy zapalne naciekowe w płucach dają się zapomocą prześwietlania i zdjęć rentgenograficznych wyśledzić. Przedstawiają się one w obrazie rentgenograficznym jako wyraźne cienie. Zdjęcia te pouczyły nas, że ostre sprawy zapalne rozpoczynają się zazwyczaj około wnęki płuca i stąd dopiero posuwają się ku obwodowi, gdzie stają się już dostępne dla badania zwykłemi metodami fizycznemi.

Niezawsze można odróżnić rentgenologicznie sprawy naciekowe w miąższu płucnym od wysięków opłucnych. Cień wywołany w obrazie rentgenograficznym przez wysięk opłucny jest zwykle wybitniejszy, aniżeli cień, wywołany przez naciek miąższu płuca. Następnie w przebiegu wysięków stwierdzamy małą poruszalność odpowiedniej połowy przepony, lub też przepona zupełnie się nie porusza. Zniesienie ruchomości przepony, które bardzo wyraźnie rentgenoskopowo stwierdzić można, jest ważnym szczegółem rozpoznawczym wysięków opłucnych. Objaw ten stwierdzamy jednakowoż także i w przebiegu spraw zapalnych, tworzących się na dolnej powierzchni przepony. Możemy się w ten sposób upewnić w rozpoznaniu ropnia podprzeponowego, ropnia wątrobowego, lub okołonerkowego.

Badanie przełyku zapomocą promieni Röntgena wykonujemy w ten sposób, że wprowadzamy do przełyku miękki zgłębnik żołądkowy, wypełniony rtęcią, lub też w ten sposób, że chory połyka gałkę z węglanu bizmutowego. Posuwanie się i zatrzymywanie się takiej gałki w przełyku doskonale można śledzić na ekranie rentgenoskopowym. Dla uwidocznienia uchyłków lub rozszerzeń przełyku połyka badany odpowiednią ilość papki ryżowej, zaprawionej 20—30 gr. węglanu bizmutowego. Papka taka wypełnia rozszerzenie i daje na ekranie wyraźny cień.

Tak samo, jak przełyk, badamy inne odcinki przewodu pokarmowego. Doskonale, po wypełnieniu papką bizmutową, możemy uwidocznić położenie i wielkość żołądka. Pokazało się, że pionowe ustawienie żołądka jest rzeczą częstą. Żołądek klepsydrowaty, blizny i zaciągnięcia w ścianach żołądka, nawet ruchy robaczkowe żołądka dadzą się rentgenoskopowo stwierdzić.

Po wypełnieniu żołądka prawidłowego papką bizmutową widzimy rentgenoskopowo, jak papka ta częściami dostaje się do jelita cienkiego, szybko przez jelito to przechodzi i po 3 godzinach znajduje się w okolicy jelita ślepego. Wypełnia następnie jelito grube i w przeciągu dnia dostaje się do jelita esowatego. Wszelkie załamania, rozszerzenia i zwężenia jelit występują w obrazie rentgenoskopowym bardzo wyraźnie.

Co do wykazywania rentgenologicznego kamieni w pęcherzu, miedniczkach nerkowych, oraz pęcherzyku żółciowym, to nadmienić należy, że tylko te kamienie wykazywać się dają, które mają odpowiednią gęstość od soli wapniowych. Kamienie pęcherzowe wygodniej wykazywać zapomocą cystoskopu, kamienie w miedniczkach nerkowych można przy odpowiedniem badaniu rentgenograficznie wykazać, co ma wielkie znaczenie dla zabiegów chirurgicznych. Kamienie wątrobowe zapomocą metody rentgenologicznej wykazać się nie dają.

Badania fizyologów wyjaśniły w ostatnich czasach wiele szczegółów rozpoznawczych, odnoszących się do oceniania czynności serca.

Otto Frank wykazał, że krzywe tętna, które uzyskiwaliśmy przez zastosowanie sfigmografów dźwigniowych, są zniekształcone wskutek działania siły ciężkości i drgania

samych przyrządów. Dźwignie zastąpił on promieniem światła, które się odbijało od zwierciadełka, ustawionego na tętnicy. Ruchy zwierciadła odbijały się doskonale w ruchach promieni świetlnych, które można było łatwo utrwalić na płytach fotograficznych. Stwierdzono, że krzywe tętna, w ten sposób otrzymane, różnią się swą prostą budową od krzywych tętna, uzyskiwanych przyrządami dźwigniowymi. Niektóre wzniesienia i fale krzywych, dawniej uzyskiwanych, są zatem wytworem sztucznym. Dlatego też sfigmografia kliniczna będzie musiała być, wobec nowych metod badania, dokładnie ponownie przerobiona.

Krzywa ciśnienia krwi w przebiegu skurczu komór wznosi się stromo do góry, tworzy następnie płaski wierzchołek, a z chwilą rozkurczu komór nagle opada. Krzywa ciśnienia przedsionków wykazuje najwyższe wzniesienie w czasie skurczu przedsionków, a tuż przed okresem skurczu komór. Z chwilą rozkurczu komór, t. j. w czasie otwierania się zastawki dwudzielnej i trójdzielnej, opada nagle krzywa ciśnienia przedsionków. Krzywą ciśnienia komór możemy graficznie przedstawiać, zdejmując tętno z uderzenia końca serca i tętnicy szyjnej (carotis). Krzywą zaś ciśnienia w przedsionku prawym możemy uzyskać, zdejmując graficznie tętno z żyły szyjnej (v. jugularis). Jeżeli zaś będziemy zapisywali równoczasowo krzywe, zdejmowane z tętnicy szyjnej i z żyły szyjnej, to uzyskamy metodę, dozwalającą na równoczesne sprawdzanie ruchów przedsionków i komór i kontrolowanie stosunku ruchów tych części serca względem siebie. Zapomocą krzywych, zebranych z tętnicy i żyły szyjnej, możemy wykazać, że w warunkach chorobowych stosunek skurczów przedsionków do skurczów komór ulega najrozmaitszym zaburzeniom, np. fala krzywej przedsionkowej może być znacznie wzmożona i oddzielona dłuższym przestankiem od fali krzywej komorowej. Bardzo wyraźnie objaw ten występuje w t. zw. tętnie cwałowem (Galopprythmus).

Niemiarowość serca (arrhythmia). Niemiarowość może powstawać w ten sposób, że przewodnictwo bodźca ruchowego jest w mięśniu sercowym upośledzone. W warunkach prawidłowych bodźce ruchowe w mięśniu sercowym powstają w przedsionkach w okolicy ujścia żył. Bodźce te wywołują, wędrując przez przedsionek, skurcz przedsionka, następnie przechodzą przez cienką wiązkę mięśni, t. zw. wiązkę Hisa, do komór i wywołują skurcz komór. Jeżeli wiązkę Hisa doświadczalnie u zwierzęcia przetniemy, to przerywamy związek przechodzenia bodźców ruchowych pomiędzy komorą i przedsionkiem. Przedsionki i komory kurczą się wówczas automatycznie, a niezależnie od siebie. U człowieka następuje w różnych sprawach chorobowych, w mięśniu sercowym się toczących, upośledzenie lub zniesienie zdolności przewodnictwa bodźców ruchowych w zakresie wiązki Hisa. W razie upośledzenia zdolności przewodzenia wiązki Hisa nie dochodzą wszystkie bodźce ruchowe z przedsionka do komory, tak że nie każdemu skurczowi przedsionków odpowiada skurcz komór. W razie zupełnego zniszczenia przewodnictwa w zakresie wiązki Hisa kurczą się przedsionki osobno swym własnym rytmem, komory zaś również kurczą się swym własnym rytmem, który cechuje się znacznem zwolnieniem (15—30) uderzeń na minutę. Objaw ten tłómaczy nam istotę t. zw. choroby Adam-Stokesa. (C. d. n.).

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

(Choroby zakaźne).

Jaworowski. **Próba leczenia duru plamistego przetworami jodu.** (Prakt. Wracz 1909, Nr 25—26). Autor zebrał 40 spostrzeżeń. Chociaż ilość ta, zdaniem jego, jest za mała do wysnuwania ostatecznych wniosków, jednakowoż dodatnie wyniki leczenia przetworami jodu występowały bardzo wyraźnie i nie można było oprzeć się wrażeniu, że to właśnie ten sposób leczenia działa tak dodatnio. Najwyraźniej występował wpływ na objawy mózgowe. Chorzy, którzy skarżyli się na silne bole głowy, często bredzili lub byli bezprzytomni, po kilku dawkach jodu czuli się tak dobrze, że mogli jeść obiad siedząco. Następnie znikała bezsenność, chorzy bardzo dobrze spali nietylko w nocy, ale i w dzień po jedzeniu. Najczęściej w durze wysypkowym daje się spostrzegać przełomowy spadek ciepłoty — powolny spadek zaś spotyka się stosunkowo rzadko. W przypadkach J. nie było ani jednego przełomowego spadku ciepłoty. J. podawał jod najczęściej w postaci rozczynu Lugola, następnie skrobi jodowej (amylum jodatum) z 2% zawartością czystego jodu, potem jodglidyny, jodipiny 10%, i jodku chininy (chininum jodatum). Dzienna dawka czystego jodu wynosiła średnio 0·50. Objawy zatrucia jodem spostrzegał J. tylko w 5 przypadkach, przytem nie można było zauważyć bolu głowy, ani łzotoku. Wobec tego mało prawdopodobnem wydaje się zdanie Nothnagla, że przyczyną podrażnienia błon śluzowych przy podawaniu jodku potasu jest domieszka czystego jodu. W końcu swej pracy zestawia J. w tablicy wszystkie swoje spostrzeżenia. (Dziwnem wydaje się tylko to, że autor nie miał żadnego przypadku śmiertelnego. Przyp. spr.).

L. Mańkowski.

F. Widal, E. Joltrain i A. Weil. **Nagła ślepota w toku duru brzusznego.** (Société méd. des hôp. 30. VII. 1909). Młody człowiek, lat 20, bez żadnych poprzednio zaburzeń ocznych, w 9. dniu klasycznego duru brzusznego, budzi się rano zupełnie ślepy, nie okazując równocześnie żadnych zaburzeń ze strony opon mózgowych. Stwierdzono zupełną, obustronną ślepotę, ze zniesieniem odruchów źrenicznych. Dno oka okazywało po obu stronach obrzęk tarczy nerwu wzrokowego z wyraźnem rozszerzeniem żył. Nakłucie kanału rdzeniowego stwierdziło wysokie ciśnienie płynu mózgowo-rdzeniowego, nie zawierającego ani białka, ani pierwocin komórkowych. W dwie godziny po nakłuciu kanału rdzeniowego zaczęła się poprawa wzroku, a po dwu dniach była już bardzo wyraźna. Obrzęk tarczy nerwu wzrokowego wtedy już zupełnie ustąpił, ale pozostało jeszcze rozszerzenie żył. Powtórne nakłucie kanału dowiodło wzmożonego jeszcze parcia w jamie mózgowo-rdzeniowej, ale nie tak wielkiego, jak pierwej. Nazajutrz wzrok był już prawidłowy, a w dniach następnych i dno oka wróciło do stanu najzupełniej prawidłowego. Okoliczności stwierdzone wziernikiem ocznym, ustąpienie przypadłości po nakłuciu rdzeniowem, wyłączają tło neuropatyczne sprawy, a przeciwnie pozwalają dopatrywać się we wzmożonym ucisku śródczaszkowym przyczyny obrzęku tarczy n. wzrokowego i ślepoty. Wreszcie fakt, że ciśnienie tętnicze stale trzymało się poniżej poziomu prawidłowego, dozwala oddzielić ten przypadek od ślepot przemijających, opisanych przez Vaqueza w niektórych zatruciach, a będących wynikiem podniesionego ciśnienia tętniczego. Autorowie podkreślają zatem, że poza ślepotą histeryczną i ołowiczą, istnieją jeszcze ślepoty nagłe, przemijające, bez wzmożonego ciśnienia tętniczego, w toku zakażeń, n. p. duru, a wywołane obrzękiem n. wzrokowego, spowodowanym podniesieniem parcia śródczaszkowego. U takich chorych nakłucie lędźwiowe równocześnie i wyświetla sprawę i skutecznie, a rychło ją leczy. Stahr.

Kamsarakan. **Przyczynek do sprawy zajęcia stawów w przebiegu róży w stosunku do ostrego gośćca stawowego.** (Med. Obozr. 1909, Nr 5). K. podaje dwa przypadki zajęcia stawów w przebiegu róży. Spostrzeżenia te ciekawe są z tego powodu, że przemawiałyby za pewnego rodzaju pokrewieństwem tych powikłań z ostrym gośćcem stawowym. U obu chorych po dłuższym pobycie w szpitalu, skoro ustąpiły wszystkie objawy róży, powstało zajęcie stawów. Zajęcie to miało przebieg typowy ostrego gośćca stawowego z nawrotami i zajęciem zastawki dwudzielnej. Do tego trzeba dodać, że pierwszy chory nigdy dotychczas na gościec nie cierpiał. K. porównuje zajęcia stawów w rozmaitych chorobach zakaźnych i podkreśla z naciskiem tożsamość zajęcia stawów w swoich spostrzeniach z ostrym gośćcem stawowym; zarazem zaznacza, że u pierwszego chorego z płynu, wydobytego ze stawu kolanowego zapomocą nakłucia, udało mu się wyhodować typowe paciorkowce. Wobec tego zapytuje K., czy nie należałoby przypuszczać, że zajęcie stawów w przebiegu róży i w ostrym gośćcu stawowym wywołane jest przez jeden i ten sam zarazek. L. Mańkowski.

Heckmann. **W sprawie etyologii zniekształtniającego zapalenia stawów.** (Münch. med. Wochs. 1909, Nr 31). Ścisłe badania kliniczne, jakoteż badania odczynu Wassermanna doprowadzają H. do wniosku, że znaczna część przypadków t. zw. zniekształtniającego zapalenia stawów ma jedynie tło kiłowe, o czem też świadczy skuteczność leczenia przeciwkiłowego, zwłaszcza wstrzykiwania przetworów rtęci. Szczególnie podejrzane są zniekształtniające zmiany w pojedynczych tylko stawach, po wyłączeniu zmian starczych, więc n. p. u ludzi w średnim lub młodym wieku. Zwykle uraz pobudza tu rozwój choroby. Oczywiście prócz kiły gościec może być często przyczyną powstawania zapalenia zniekształtniającego. A.

D. Jacobson. **Poszukiwanie prątka Kocha sposobem antyformino-ligroinowym.** (Soc. de Biol. 1909, 13. XI.). Już Uhlenhuth radził zaprawiać plwocinę, zawierającą mało prątków Kocha, antyforminą, która rozpuszcza wszystkie składniki morfotyczne prócz prątków gruźliczych. Sposób ten ulepszyli Lange i Nitsche, czyniąc zbytecznem centryfugowanie plwociny tak zaprawionej, przez dodawanie ligroiny, której kropelki mocno lgną do prątków i gromadzą je na powierzchni antyforminy, skąd je już łatwo wydostać i zabarwić. Autor stosował ten sposób i radzi go tak wykonywać: Plwocinę rozpuszcza się wolno w wodzie przekroplonej, przyczem wielkie grudki plwociny powinny być rozdzielone na jak najmniejsze części. Następnie wlewa się ją do czystego i dobrze zakorkowanego naczynia (probówki) i dodaje się 40% rozczynu antyforminy i to 5 części antyforminy na 1 część plwociny. W ciągu 2—3 godzin następnych należy często potrząsać w naczyniu tę mieszaninę. Następnie dolewa się na wierzch tej mieszaniny warstwę ligroiny, 2—3 mm grubą. Znowu się kłóci tę mieszaninę bardzo starannie i pozostawia potem w spokoju, najlepiej w cieplarce, około ½ godziny. Stwierdziwszy, że cała ligroina dobyła się na wierzch, można zauważyć między nią, a antyforminą wązki rąbek szary, składający się z drobnych cząsteczek, które to cząsteczki zawierają wszystkie prątki, znajdujące się w badanej plwocinie. Zapomocą platynowej łopatki dobywa się owe drobne grudki na szkiełko i barwi w dowolny sposób. Stahr.

Neurologia i psychiatrya.

Tomaschny i Prof. Meyer. **Cielesne objawy przy otępieniu przedwczesnem.** (Allgem. Zeitschr. f. Psych. T. 66, Z. 5). Do niedawna uważano otępienie przedwczesne prawie za psychozę czynnościową, ale z czasem mnożyły się dowody, iż jest to psychoza prawdopodobnie organiczna, co do pewnych objawów nawet zbliżona do porażenia postępowego. Z objawów podmiotowych Tomaschny zwraca uwagę tylko na takie, które są w pewnym związku wewnętrznym z psychozą i powtarzają się stosunkowo często. Na pierwszem miejscu stawia autor bole głowy, na które skarżyli się prawie wszyscy chorzy: następnie — zawroty głowy (46 przyp.), często powodujące napady, bardzo podobne do padaczki. Dość często można spostrzegać przy otępieniu przedwczesnem stany, podobne do padaczkowych stanów zamroczenia. W 28 przyp. chorzy skarżyli się na rozmaite zboczenia czucia obwodowego, jako to kłucie, szczypanie, swędzenie, drętwienie i t. p. Czwarta część chorych, a było ich 388, miewała rozmaite przykre uczucia w okolicy serca, w 34 zaś przypadkach — w narządach trawienia; również często w narządach płciowych, rzadziej zaś — w skórze i mięśniach. Zaburzenia w czynności gruczołów wydzielniczych, szczególnie potowych, występują wcale nierzadko. Zasługuje na uwagę uczucie ogólnej słabości. Autor przypuszczą, że natężenie, oraz ilość objawów podmiotowych ma pewne znaczenie dla rokowania: im obfitsze i jaskrawsze są objawy, tem rokowanie jest gorsze. Godząc się na to, iż większa część spostrzeganych objawów jest pochodzenia psychicznego, pewną część uważa jednak autor za wyraz jakichś zmian organicznych w mózgu. Wyniki badania przedmiotowego 383 chorych przedstawia współautor (Prof. Mayer), jak następuje: W 36 przypadkach źrenice były większe, niż średnie, z nich 16 oddziaływało na światło prawidłowo, 17 zaś — leniwie; 10% chorych miało wązkie źrenice, 48 źrenice nierówne, u 44 oddziaływanie na światło leniwe. Wzmożenie odruchów kolanowych w 45%. Drganie stopy (clonus) w 6 przyp. Wzmożenie odruchów górnych kończyn dość częste; zaburzenia czucia w postaci przeczulicy i nadmiernej wrażliwości na ból — rzadkie. Dość często obniżenie odruchów z błon śluzowych, oraz sinica kończyn; nierzadkie bole przy ucisku w okolicy jajników lub gruczołów mlecznych. Wyjątkowo często spostrzegano mechaniczną pobudliwość mięśni i dermografię. Na zasadzie swoich spostrzeżeń dochodzi autor do wniosku, że przy otępieniu przedwczesnem jest więcej objawów chorobliwej pobudliwości układu nerwowego, zbliżających je do histeryi, niż znamion cierpienia organicznego mózgu. W miarę zaś tego, jak sprawa w mózgu posuwa się naprzód, na plan pierwszy wysuwają się objawy cierpienia organicznego mózgu. J. Bednarz.

Prof. P. Näcke. **Rzadki przypadek zatrucia nikotyną.** (Münch. med. Wochenschr. 1909, Nr 50). Chory, cierpiący prawdopodobnie na obłąkanie maniakalno-depresyjne (manisch-depressives Irresein), przypadkowo wypił kawę, w której było 7—10 grm tytoniu do żucia. W parę godzin nastąpiły objawy ostrego zatrucia: na całem ciele, przeważnie zaś na tułowiu pojawiła się swędząca wysypka szkarłatna, ciepłota podniosła się do 37,2°, silny ból głowy, nudności, język obłożony; białka w moczu nie było; spojówki były zaczerwienione, źrenice oddziaływały leniwie, tętno — 120, nierówne. Na trzeci dzień nieznaczna poprawa, na piąty objawy zatrucia ustąpiły zupełnie. W okresie ostrego zatrucia chory zachowywał się spokojniej, niż przedtem, na pytania odpowiadał zwięźle. J. Bednarz.

Prof. E. Schultze i A. Knauer. **Zaburzenia w wymianie węglowodanów u umysłowo chorych.** (Allg. Zeitschr. für Psych. T. 66, Z. 5). Autorowie badali systematycznie mocz co do pentozy zapomocą odczynnika Biala (1·0 orcin, 500 cm^3 30% acid. hydrochl., 20 gtt. liquor. ferri sesquichlor.) u 156 chorych umysłowo, oraz co do cukru (fermentacya) — u 127 chorych. Mocz badano w rozmaitych okresach choroby. Wnioski, do których doszli autorowie, brzmią, jak następuje: Bardzo często można znaleźć cukier w moczu umysłowo chorych podczas stanów przygnębienia lub strachu, przyczem ilość cukru zwiększa się lub zmniejsza się zależnie od stopnia przygnębienia lub strachu, niezależnie od tła chorobowego, na którem ten strach lub przygnębienie rozwija się, i znika zupełnie razem z przygnębieniem. To samo można powiedzieć o pentozie. J. Bednarz.

E. Stilling. **O odczynie Mucha.** (Münch. med. Wochenschr. 1909, Nr 51). Autor stosował metodę badania Hirschla i Pötzla. Badania przeprowadzono na 50 chorych na otępienie przedwczesne (5 — hebefrenia, 8 — katatonia, 37 — otępienie wczesne bez bliższego określenia). W 14 przypadkach była wzmożona odporność krwinek czerwonych na rozpuszczenie się, dodanie zaś surowicy chorego na otępienie przedwczesne podniosło liczbę do 22. Autor dochodzi do wniosku, że odczyn ten niema znaczenia rozpoznawczego. J. Bednarz.

Tuwima. **W sprawie wywoływania u opilców wstrętu do wyskoku zapomocą środków podniecających korę mózgową.** (Wracz. Gaz. 1909, Nr 36). T. wychodzi z założenia, że większa część opilców pije wyskok wprawdzie w niewielkich dawkach, ale w krótkich odstępach czasu, używając go jako środka, podniecającego układ nerwowy. Zaspokojenie tej potrzeby podniecenia zapomocą wyskoku jest nieodpowiednie, gdyż podnieca on układ nerwowy tylko w pierwszym okresie swego działania; w drugim zaś okresie działa porażająco, t. j. wprost odwrotnie. Wobec tego odpowiedniejszem byłoby zaspokajanie tej potrzeby zapomocą środków, działających tylko podniecająco. Tak naprzykład, podając alkoholikowi jednocześnie wyskok i atropinę, zaspokajamy potrzebę podniecenia układu nerwowego daleko skuteczniej, niż podając sam tylko wyskok. Po zaspokojeniu tej potrzeby powinien u opilcy wystąpić czasowy przesyt i zanik popędu do picia. Przy podawaniu środków podniecających w większej ilości musi wystąpić przedrażnienie układu nerwowego, które, jak wszelkie nadmierne zaspokajanie potrzeby, musi wywołać wstręt do środka podniecającego. Słowem sposób, proponowany przez T., polega na nadmiernem zaspokajaniu istniejącej u opilców potrzeby środków podniecających i wywoływaniu następowo nieprzyjemnego uczucia, skutkiem którego nietylko wyskok, ale i inne środki podniecające wywołują odrazę. T. używał atropiny, gdyż w przeciwieństwie do kokainy, nie wywołuje ono przyzwyczajenia się do leku; a kofeina (4,0—180·00 po 15,00 co 2 godz.) wywołuje nieprzyjemne objawy ze strony serca. T. stosował atropinę w 100 przeszło przypadkach i pomimo stosunkowo wielkich dawek (0,008—0,012, w jednym przypadku nawet 0,030 dziennie) ani razu nie zauważył jakichkolwiek nieprzyjemnych objawów. Chorzy otrzymywali atropinę bez swej wiedzy jako domieszkę do zupy, herbaty, wódki, piwa i innych napojów. Podawanie lekarstwa porucza się tylko najbliższym krewnym chorego (żona, matka, siostra). Taki sposób postępowania był wskazany, gdyż chorzy przeważnie wcale nie chcieli się leczyć. Zaczynano od dawki 0,001 dziennie (0.06 atrop. sulf, 240·00 aquae destill.; 1 łyżka zawiera 0,001 atropiny) i dochodzono do 0,008 w 2 dawkach po 0,004. Doświadczenie wskazało, że podniecenie ustępuje po 3—4 godzinach, skutkiem tego po upływie tego czasu leczony znowu uczuwał chęć do picia. T. zaczął więc podawać dawki maksymalne po 0,003 — 3 razy dziennie. Przy takiem postępowaniu wstręt do wyskoku pojawiał się daleko prędzej. Samowolne przekroczenia ilości i wielkości podawanych dawek wykazały, że w czasie napadów opilstwa nawet dawki 0,015—0,020—0,030 nie wywoływały większego podniecenia, ani żadnych nieprzyjemnych objawów. W końcu przytacza T. dość szczegółowe opisy 10 typowych swoich spostrzeżeń. L. Mańkowski.

Pedyatrya.

Pospiełowa-Diemkina. **Wpływ czynników fizycznych na wydzielanie się moczu u dziecka.** (Wracz. Gaz. 1909 Nr 40—42). Autorka miała sposobność przeprowadzić swe badania w wyjątkowo dogodnych warunkach. U 6-letniego chłopca istniało wrodzone wynicowanie pęcherza moczowego. Na błonie śluzowej rozwartego pęcherza widać było ujścia obu moczowodów, z których kroplami wyciekał mocz. Ułożywszy chłopca na specyalnem krzesełku na brzuchu, można było zbierać mocz wprost do naczynia. Doświadczenia swe przeprowadzała P. zawsze w ściśle jednakowych warunkach. Każde doświadczenie trwało $1^1/_2$ godziny, przyczem ilość moczu mierzono co kwadrans, a ilość kropli, ściekających na minutę, liczono w ciągu całego doświadczenia. Badano wpływ następujących czynników: ciepła, zimna, promieni światła elektrycznego białych, niebieskich i czerwonych, suchych baniek i miesienia. Światło elektryczne stosowano zawsze o sile 50 świec, a lampkę (stale z jednym i tymsamym reflektorem) ustawiano w odległości 25 cm od skóry. Ciepło stosowano w postaci worka z wodą gorącą, a zimno zapomocą worka z lodem, miesienie w postaci rozcierania i głaskania. Bańki suche stawiano w ilości 6 na okolicę nerek. Badano wpływ tych czynników przy stosowaniu ich nietylko na okolicę nerek, ale i na dolne kończyny. Wykonano także kilka doświadczeń z pędzlowaniami gwajakolem.

Wnioski autorki są następujące: 1) Wszystkie wspomniane czynniki wpływają na zwiększenie wydzielania się moczu. 2) Ażeby wpływ ten jaskrawiej wystąpił, trzeba przed doświadczeniem wprowadzić do ustroju pewną ilość płynu, chociaż wpływ ten występuje i bez poprzedniego picia. 3) Pod wpływem czynników najenergiczniej działających mocz wydziela się w ilości większej, niż wprowadzony płyn (200 grm płynu = 320 grm moczu). 4) Szybkość działania rozmaitych czynników jest rozmaita. 5) Wpływ niektórych czynników przeciąga się poza granice czasu doświadczenia. 6) Miejsce zastosowania czynnika niema większego znaczenia. Stosowanie zimna i ciepła na łydki wywiera taki sam wpływ, jak i stosowanie ich w okolicy nerek. 7) Przerwa i ponowne zastosowanie czynnika wywołuje nową falę zwiększenia wydzielania się moczu. 8) Charakter fal na krzywych wydzielania się moczu, otrzymanych przy zastosowaniu rozmaitych czynników, jest zupełnie jednakowy. Różnica sprowadza się do natężenia działania czynnika i długości trwania działania. W końcu wyraża P. przekonanie, że czynniki fizyczne działają odruchowo, pobudzając ośrodek wydzielania moczu i dlatego krzywe, otrzymane przy działaniu rozmaitych czynników, są tak bardzo podobne do siebie. Dlatego też P. nie może zgodzić się na zdanie, że przy stosowaniu ciepła naczynia skóry rozszerzają się, a naczynia narządów głębszych zwężają. Pogląd taki jest zanadto mechaniczny i wyłącza zupełnie odruch skóry, z którym ostatecznie bardzo trzeba się liczyć. Dr L. Mańkowski.

Szatenstejn. **Przyczynek do kazuistyki tętniaków jamy czaszkowej.** (Wracz. Gaz. 1909. Nr 37). Sz. opisuje przypadek tętniaka, usadowionego na powierzchni zewnętrznej mózgu u 7-letniego chłopca. Przy przyłożeniu ucha lub nawet słuchawki do czaszki słychać było szmer skurczowy, bardzo podobny do pisku. Właśnie ten pisk zwrócił uwagę matki i skłonił ją do zasięgnięcia porady. Pisk ten najwyraźniej dawał się słyszeć po lewej stronie czaszki. Przy ucisku na lewą tętnicę szyjną szmer znikał. Przy ucisku na prawą tętnicę szyjną szmer pozostawał bez zmiany. Sz. przepisał choremu jodek potasu po 0·15 — 3 razy dziennie i zabronił żywszych ruchów. Po 2-miesięcznem leczeniu szmer znikł zupełnie; później powracał od czasu do czasu, jednakowoż zawsze po jakimś większym wysiłku fizycznym; po podaniu jodku potasu znowu znikał. Sz. obserwował chorego w ciągu $2^1/_2$ lat, a w pracy swej podkreśla wielką rzadkość przypadku i dobroczynny wpływ leczniczy jodku potasu. Dr L. Mańkowski.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dn. 12. stycznia 1910.

Przewodniczący Prof. Dobrowolski. Obecnych członków: 42.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. Pachońskiego przyjęto jednomyślnie do grona członków Towarzystwa.

3) Przewodniczący odczytuje pismo kraj. Związku lekarzy w sprawie ubezpieczenia społecznego, żądające, by Towarzystwo lekarskie krakowskie przystąpiło do akcyi ogólno-lekarskiej przeciwko zniesieniu wszelkich ograniczeń w przystępowaniu do tegoż ubezpieczenia. Sprawę tę przekazano komitetowi Towarzystwa.

4) Skarbnik Towarzystwa kol. Akerman odczytuje sprawozdanie kasowe za rok 1909. Na wniosek komisyi kontrolującej uchwalono absolutoryum.

W sprawie stypendyum Krajewskiego zasięga informacyi kol. Borzęcki. — Przewodniczący w odpowiedzi zaznacza trudności formalne w wykonaniu tego zapisu.

5) Kol. Damski, jako sekretarz stały, odczytuje następujące sprawozdanie z czynności Towarzystwa w roku 1909:

»Liczba członków zwyczajnych Tow. lek. krakowskiego zwiększyła się w r. 1909 nieznacznie w porównaniu z rokiem ubiegłym. Ze 178 członków czynnych z końcem r. 1908 podniosła się do 190, a mianowicie przybyło nowych członków 14, wystąpiło zaś dobrowolnie dwóch. Członków korespondentów liczy Towarzystwo 52, honorowych 17. Z pomiędzy ostatnich ubył z niepowetowaną stratą dla polskiej nauki Dr Teodor Dunin, zmarły 16. III. w Warszawie, którego pamięć uczciliśmy wspomnieniem pośmiertnem na posiedzeniu w dniu 17. III.

Członkami honorowymi zamianowało nasze Towarzystwo profesorów uniwersytetu lwowskiego Dra Antoniego Marsa i Dra Antoniego Gluzińskiego. Pierwszego za zasługi położone około budowy »Domu lekarskiego«, drugiego za ogólne zasługi na polu nauki lekarskiej i wielką zawsze życzliwość dla naszego Towarzystwa.

Posiedzeń naukowych odbyto 29, administracyjnych 8. Odczytów było 22, prelegentów 21, demonstracyi 42. Wydział starał się, aby odczyty stanowiły pewną organiczną całość, a że w obecnej dobie nietylko świat lekarski, ale całe oświecone społeczeństwo przygotowuje się do walki z gruźlicą, zorganizowano więc szereg odczytów (8) o gruźlicy, rozpoczynając odczytem o etyologii, a kończąc kliniką gruźlicy. W dalszym ciągu rozpoczęto również na czasie będące odczyty o raku; na temat ten odbyły się dotychczas dwa wykłady. Reszta odczytów była z zakresu anatomii (1), higieny (2), okulistyki (1), kliniki chorób wewnętrznych (3), bakteryologii (1), embryologii (1), weterynaryi (1) i syfilidologii. Jeden wykład z zakresu fizyki. Demonstrowano najwięcej chorych z kliniki chirurgicznej Prof. Kadera. Komisya przemysłowa przedstawiła raz jeden konserwy mięsne wyrobu krajowego.

Liczba członków, biorących udział w posiedzeniach, była w stosunku do ogólnej liczby członków niezbyt znaczna — około 40 uczestników posiedzenia było niejako regułą. Dwa razy tylko — a to na wykładzie o odczynie Wassermana i o etyologii raka brało udział przeszło 70 kolegów. Natomiast dyskusye na każdem posiedzeniu były zawsze ożywione.

Wielce dodatnim objawem żywotności naszego Towarzystwa był gorliwy udział w pracy ogólno-społecznej, tyczącej się spraw sanitarnych. Czynniki miarodajne, licząc się ze zdaniem Towarzystwa, zasięgały jego opinii, tyczącej się asanizacyi naszego miasta. Na dwóch posiedzeniach, 17. i 24. listopada, omawiano temata o gruntach pofortyfikacyjnych, o przyłączonych do Krakowa gminach i o obwałowaniu Wisły ze stanowiska sanitarnego. W posiedzeniu brali udział, zabierali głos i udzielali wyjaśnień oprócz znacznej liczby członków radca dworu protomedyk Merunowicz, radca Ingarden, wiceprezes miasta Dr Szarski, poseł do rady państwa z miasta Krakowa Prof. Sikorski i kilku radców miejskich. Również magistrat m. Krakowa odniósł się do naszego Towarzystwa w sprawie nowej ustawy budowlanej. Spodziewać się więc należy, że i nadal społeczeństwo nasze utrzyma czucie z naszem Towarzystwem w tak żywotnych i na czasie będących zagadnieniach, jakiemi są sprawy sanitarne. Dla celów podobnych stworzono w Towarzystwie stałą komisyę higieniczną.

Do prac ogólno-społecznych, jakiemi zajmowało się w ubiegłym roku nasze Towarzystwo, zaliczyć również należy prace komisyi przeciwgruźliczej, która wprawdzie w maju 1909 rozwiązała się, jako taka, ale stworzyła krakowskie »Koło Towarzystwa walki z gruźlicą«, aby szersze warstwy powołać do czynu i do ofiarności.

Ze spraw narodowo-ekonomiczne znaczenie mających, komisya bojkotowa mimo gorliwej pracy i zebrania bogatego materyału nie osiągnęła należytych wyników. Szczególnie bojkot niemieckich farmaceutycznych wyrobów stał się bardzo trudnym z rozmaitych powodów, z których najważniejszym może jest brak wielkiego przemysłu chemicznego nietylko u nas, ale w całej Austryi wogóle, oraz to, że bojkot nie leży jedynie w ręku lekarzy.

Dodatnim skutkiem uwieńczone zostały starania, aby kraj nasz otrzymał odpowiednie co do liczby zastępstwo w nowo zorganizowanej Najwyższej Radzie zdrowia. Dzięki zabiegom Prof. Browicza, Kostaneckiego i Ciechanowskiego i poparciu prezydyum Koła polskiego i ministra dla Galicyi Dra Dulęby, otrzymał kraj nasz zamiast 2 — sześć mandatów.

Do prac przygotowawczych na Zjazd higieniczny, w Paryżu w r. 1910 odbyć się mający, wybrano jako delegatów Prof. Browicza i Dra Biera. Radca dworu Prof. Dr Wicherkiewicz zastępował polskich lekarzy na międzynarodowym Zjeździe lekarskim w Peszcie. Prof. Dr Piltz reprezentował nasze Towarzystwo na Zjeździe neurologów w Warszawie, zaś na Zjeździe polskich internistów, w lipcu 1909 w Krakowie odbytym, reprezentantem był prezes Prof. Dr Dobrowolski.

Tyle co do spraw ogólnych.

W rzeczach, ściśle tylko Towarzystwo nasze obchodzących, doprowadzono do końca od r. 1908 omawianą sprawę złączenia się Towarzystwa lek. krak. z Towarzystwem lek. galicyjskich. Na Walnem Zgromadzeniu w lutym 1909, uchwalono zgłosić do Rady zawiadowczej przystąpienie do Towarzystwa lek. galic. Na dwóch posiedzeniach administracyjnych omówiono projekt nowego statutu, przedłożono Radzie zawiadowczej Tow. lek. galic. rozmaite zmiany i poprawki, które też Rada chętnie przyjęła, a gdy Namiestnictwo w październiku zatwierdziło nowy statut, Towarzystwo lekarskie krakowskie, zachowując swoją nazwę i zupełną autonomię, stało się sekcyą galicyjskiego Towarzystwa lek. Zlanie się w jedno dwóch o jednakowych celach Towarzystw może się tylko przyczynić do spotęgowania wpływu i działalności instytucyi, a dla naszego krakowskiego Towarzystwa i tę przynosi korzyść, że złączyliśmy się ze zasobnem w środki materyalne Towarzystwem, chociaż wobec połączonej z tym układem zmiany stosunków obu czasopism lekarskich, ponieść musimy pewne ofiary co do »Przeglądu lekarskiego«.

Ze spraw ściśle administracyjnych wspomnę tylko, że Wydział starał się o zupełne uwolnienie »Domu lekarskiego« od podatku domowo-czynszowego. Uzyskał jednak tylko uwolnienie częściowe; wniósł odwołanie od tego orzeczenia do ministra skarbu, oczekując rozstrzygnięcia sprawy w najwyższej instancyi.

Przedstawiając to roczne sprawozdanie w ogólnych zarysach, ustępujący Wydział spodziewa się, że Szan. Koledzy z pobłażliwością oceniać zechcecie wyniki naszej pracy i uznacie, że nie brakowało nam na szczerych chęciach i gorliwości w spełnianiu przyjętych na siebie obowiązków i że nie zaniedbaliśmy świadomie niczego, coby mogło być z korzyścią dla nauki i stanu lekarskiego«.

Sprawozdanie przyjęto.

6) Bibliotekarz kol. Blassberg zdaje sprawę ze swej czynności i stanu biblioteki:

»Do inwentarza i katalogu bibliotecznego wciągnięto w roku 1909 1366 dzieł i 43 czasopism, tak, iż dnia 31. XII. 1909 było w bibliotece uporządkowanych i skatalogowanych razem 7577 dzieł i 303 czasopism.

W roku 1909 wypożyczono z biblioteki: Książek lub pism 123, zwrócono 96, zostaje zaległych 27. Nadto z ubiegłych lat nie wpłynęło dotąd 43 książek lub czasopism. Z biblioteki korzystało w ciągu roku 1909 członków 32.

Sprawiono wysoką, stojącą pułkę drewnianą, o 7 przepierzeniach, przeprowadzoną przez środek sali bibliotecznej.

Wprowadzono stały spis najnowszych wpływów do inwentarza biblioteki, leżący stale w czytelni do użytku członków Towarzystwa. Wprowadzono godziny urzędowe codziennie od godz. 12—1 w południe. Płatny pomocnik bibliotekarza był czynny stale przez cały rok, jedną godzinę dziennie.

Dary. Oprócz licznych poszczególnych dzieł i broszur, które wpływały bądź od autorów i ofiarodawców, bądź od redaktora Przeglądu lekarsk. Prof. Ciechanowskiego, otrzymała biblioteka w roku bieżącym znaczniejsze dary w książkach od pani Drowej Langie, oraz od Drów: radcy Wicherkiewicza, Dra Weinsberga, Bogdanika i Borzęckiego z Krakowa, Dra Heimanna z Warszawy, Dra Pragera z Maryenbadu i Dra Kudasa z Sańskiego Mostu w Bośni.

Zasób biblioteki ucierpiał w tym roku tak samo, jak w ubiegłych, przez dekompletowanie roczników z powodu zabierania z czytelni przez niektórych członków poszczególnych numerów pism bez rewersów«.

Prof. Ciechanowski wnosi wyrażenie podziękowania bibliotekarzowi za niezwykle wydatną pracę. Przyjęto przez aklamacyę.

7) Redaktor Prof. Ciechanowski w zastępstwie chorego kol. Wojciechowskiego zdaje sprawę z administracyi »Przeglądu lekarskiego«.

Kol. Kwaśnicki podnosi nakład pracy i zdolności kol. Wojciechowskiego i stawia wniosek, by wyrazić podziękowanie i uznanie redakcyi i administracyi »Przeglądu«. Przyjęto przez aklamacyę.

8) Prof. Ciechanowski zdaje również w zastępstwie sprawę z administracyi »Słownika lekarskiego«.

Sprawozdanie przyjęto.

9) Kol. Korolewicz zdaje sprawę z czynności komisyi przemysłowo-lekarskiej.

»Komisya przemysłowo-lekarska odbyła w ciągu r. 1909 dwa posiedzenia pod przewodnictwem Dra Bielańskiego, na których między innymi uchwalono: 1) Kooptować do komisyi aptekarza p. Mikuckiego i chemika p. Hetpera. 2) Zwrócić uwagę mleczarni p. Dobrzyńskiej w Krakowie, że w razie, jeśli nie usunie nieporządków i zanieczyszczeń w swoich ubikacyach, Towarzystwo lekarskie będzie zmuszone cofnąć wydane przez siebie polecenie popierania wyrobów tej mleczarni. Dla skontrolowania mleczarni wydelegowano Dra Biera i Dra Korolewicza. 3) Zaliczyć syrup tymo-sulfo-guajakolowy wyrobu aptekarza Armatysa, jako lek polecenia godny pod warunkiem, że nalepi na przetworze znaczki na fundusz wdów i sierót kraj. Związku lek. 4) Odmówić swego poparcia fabryce tarnowskiej Izaaka Spiry wyrobów wełny drzewnej do wypychania poduszek i sienników w szpitalach i klinikach z powodu, iż owa wełna, raczej wióry drzewne, nie nadają się do tego celu. 5) Wydać odezwę do producentów przemysłu lekarskiego, aby we własnym interesie zwracali się z wszelkimi nowymi przetworami po aprobatę do komisyi z tą uwagą, że jedynie takie przetwory, które komisya poleci, mogą liczyć na poparcie ogółu lekarzy. Uchwalono taką odezwę przesłać również do »Centralnego Związku fabrycznego«. 6) Polecić konserwy owocowe, jarzynowe i mięsne wyrobu fabryki J. Różańskiego i Spółki w Bochni pod warunkiem, że fabryka ta podda się ciągłej kontroli komisyi. Prócz tego oddano cały szereg spraw poszczególnym członkom komisyi do referatu.

Sprawozdanie przyjęto.

10) Prof. Nowak podnosi niezwykłe zasługi kol. Dobrowolskiego, jako prezesa i poprzednio jako skarbnika i wnosi, by wyrazić mu podziękowanie. Przyjęto przez aklamacyę. Prezes Prof. Dobrowolski dziękuje wszystkim, którzy mu w pracy byli pomocni.

R. Dw. Prof. Wicherkiewicz dziękuje za wybór i wyraża życzenie, by Towarzystwo nadal podnosiło się i kwitło.

Sekretarz: Morawski.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie z d. 22. czerwca 1909.

1) Żenczykowski przedstawił: a) przypadek **gruźliczego zgrubienia sieci, naśladującego brzeg wątroby,** w którym rozpoznanie ustaliła rentgenoskopia, b) przypadek zupełnej **ślepoty wskutek zatrucia wyskokiem metylowym,** wypitym w ilości niewielkiej (50 grm), po czem prócz białkomoczu jedyną zmianą jest zapalenie pozagałkowej części nerwu wzrokowego.

2) Jerzy Brunner: **O antygenie cholerycznym.** W uodpornianiu czynnem, w którem, zdaniem prelegenta, leży przyszłość seroterapii, używano dotąd jako antygenów przeważnie całkowitych zarazków. Używając metody frakcyonowania zapomocą siarkanu sodowego, stwierdził B., że antygen przechodzi do rozczynu po strąceniu całej zawartości komórki bakteryi cholerycznej rozczynem 20% siarkanu sodu; do 30% rozczynu antygen nie przechodzi. Odporność dochodzi po jednorazowem wstrzyknięciu u królików i świnek morskich do wysokiego stopnia. Antygen nie przechodzi przez glinkę, znosi ogrzewanie w 84°, słabnie po gotowaniu, częściowo rozpuszcza się w wyskoku 80°. Metodę tę, zdaniem B., można będzie zastosować do otrzymywania także innych antygenów. Z.

Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu.

(Wydział lekarski).

VI. Ogólne doroczne naukowo-administracyjne posiedzenie w dniu 30. I. (12. II.) 1909.

(Ciąg dalszy).

W pierwszy poniedziałek każdego miesiąca ma się odbywać posiedzenie Wydziału przyrodniczego, a w piątki — posiedzenia ogólne Wydziału lekarskiego. Na posiedzeniach Wydziałów mają odbywać się odczyty specyalne, a na ogólnych — wspólnie interesujące. Uchwalono, aby 10 członków zarządu »Związku« (2 lekarzy) pozostało nadal członkami w »Opiece lekarskiej« przy Towarzystwie dobroczynności. Uchwalono posłów lekarzy Polaków do Rady państwowej i do Dumy zaliczyć do członków rzeczywistych »Związku«. Odczyty nie powinny trwać dłużej nad 30 minut; posiedzenia należy kończyć o godz. 11½ w. Uchwalono sprawić 2 szafy na książki w zakładzie rzemieślniczym ks. Maleckiego.

Z powodu listu prezesa Towarzystwa dobroczynności p. Jastrzębskiego do »Opieki lekarskiej« uchwalono współdziałać w zapobieganiu cholerze. W tym celu »Koło pomocy lekarskiej« zwołało posiedzenie nadzwyczajne, zapraszając członków »Związku«, oraz wszystkich przedstawicieli instytucyi, znajdujących się pod opieką Tow. dobr. Obrano komisyę zdrowotną, składającą się: z p. Szym. Dzierzgowskiego (prezes), Prof. Zaleskiego, Dra Wilamowskiego (sekret.), Dra Bykowskiego i p. Chrzanowskiego w celu zbadania stanu zdrowotnego wszystkich instytucyi, pozostających pod opieką Tow. Dobr., Macierzy polskiej, oraz administracyi kościoła św. Katarzyny.

Z powodu jubileuszu powieściopisarza hr. Tołstoja uchwalono przesłać mu list w imieniu »Związku«.

W dniu 21. marca utworzono Wydział farmaceutyczny: p. Chrzanowski (wiceprezes), kand. p. Leśniewska, p. Boharewicz (sekret.). Uchwalono wydrukować blankiety w językach polskim, francuskim i rosyjskim. Celem uczczenia 25-letniej działalności naukowo-społecznej 3 członków »Związku«: Prof. Szawłowskiego, Prof. Ziemackiego, Dra Zakrzewskiego, obrano komisyę, składającą się z Prof. Zaleskiego, Drów Bykowskiego, Ulińskiego, Wilamowskiego i p. Chrzanowskiego. Postanowiono posiedzenie w d. 5. (18.) grudnia poświęcić uczczeniu jubilatów, a po posiedzeniu urządzić ucztę składkową z udziałem pań. Z powodu 50-letniego jubileuszu Prof. Kosińskiego w imieniu »Związku« przesłał Prof. Zaleski jubilatowi depeszę gratulacyjną. Również z powodu 50-lecia Wydziału lekarskiego przy Towarzystwie Przyjaciół nauk w Poznaniu posłano depeszę; na odpowiedź Dr Chłapowski przesłał podziękowanie.

Lista członków »Związku« przedstawia się, jak następuje: lekarzy 132, przyrodników 137, farmaceutów 18, lek. dentystów 11, czł. korespondentów 18.

c) Sprawozdanie sekretarza Wydziału przyrodniczego Doc. Smoleńskiego:

Wobec tego, iż do Wydziału przyrodniczego należą przyrodnicy różnych dziedzin, przeto organizacya odczytów jest nader utrudniona. Prócz tego zespolenie to istnieje nader krótko, dlatego też produktywnie Wydział ten przedstawia się na razie jeszcze skromnie. Posiedzeń Wydział odbył w ciągu roku 3, zaś odczytów naukowych miał 2: Stefana Czarnockiego: »O budowie geologicznej zagłębia Dąbrowskiego« i Leonarda Jaczewskiego: »O źródłach mineralnych typu Narzan«.

d) Sprawozdanie z działalności Wydziału farmaceutycznego przedstawił wiceprezes p. Chrzanowski:

Wydział farmaceutyczny, po 3 odbytych posiedzeniach organizacyjnych, utworzył się na wiosnę 1908 roku. W skład Wydziału wchodzi 18 farmaceutów. Kolega Wadowski odwołał się do znanych mu kolegów farmaceutów w Japonii z prośbą o nadesłanie okazów tamtejszych ludowych środków leczniczych w celu zapoznania z niemi członków »Związku.« — Chrzanowski opracował referaty: 1) Prawodawstwo aptekarskie w Rosyi od czasu założenia pierwszych aptek w 1701 r. do dnia dzisiejszego i 2) Krytyka ustawy farmaceutycznej, oddanej obecnie pod rozważenie Rady medycznej.

e) Sprawozdanie skarbnika »Związku«, Dra Aleksandra Karnickiego.

Dochód: Składek dożywotnich po 50 rb. od 6 członków 300 rb. Składek rocznych po 5 rb., od 130 członków 650 rb. Ofiary na rzecz »Związku« 10 rb. Zebrane na wieniec ś. p. Prof. Mierzejewskiego 22 rb. $^0/_0$ od kapitału ogólnego 8 rb. Całkowity dochód 990 rb. Rozchód: Według rachunku drukarni Piątkowskiego 115 rb. 50 kop. Według rachunku prezesa 91 rb. 71 kop. Rachunek sekretarzy 112 rb. 69 kop. Przesłano do Redakcyi »Przeglądu lekarskiego« 100 rb. 2 szafy dla biblioteki 100 rb. Za światło podczas posiedzeń 43 rb. 75 kop. Za wieniec Prof. Mierzejewskiemu 17 rb. Według rachunku p. Piekarskiego za żałobne nabożeństwo po ś. p. Wyspiańskim 12 rb. 50 kop. Według rachunku księgarni polskiej 13 rb. Wydatki drobne 4 rb. 80 kop.

Na 1. stycznia 1909 r. w kasie »Związku« zostaje trzysta siedemdziesiąt dziewięć rubli 5 kop. (379 rb. 5 kop.): kapitał ten składa się ze 300 rb. żelaznego, powstałego według § 7 ustawy ze składek jednorazowych i 79 rb. 5 kop. obrotowego i jest umieszczony w sposób następujący: trzysta pięćdziesiąt rubli na rachunku bieżącym w »Russkim dla wnieszniej torgowli banku« i 29 rb. 5 kop. u skarbnika »Związku«.

f) Sprawozdanie bibliotekarza, Dra Jastrzębskiego:

W kwietniu roku 1908 przeniesiono bibliotekę do lokalu »Ogniska polskiego« i ulokowano w 2 szafach. Otrzymywano w ciągu roku następujące pisma: 1) Przegląd lekarski, 2) Nowiny lekarskie, 3) Medycyna i Kronika lekarska, 4) Czasopismo lekarskie, 5) Przegląd chorób skórnych i wenerycznych, 6) Gazeta lekarska, 7) Lwowski tygodnik lekarski. W listopadzie otrzymała biblioteka dar od wdowy po ś. p. Prof. Mierzejewskim w postaci następujących pism lekarskich: Nowiny lekarskie od 1901—1908 r. Medycyna za 1899, 1900, 1901, 1902, 1903, 1907, 1908 r. (z wyjątkiem niektórych zeszytów). Przegląd lekarski za 1899, 1900, 1901, 1906, 1907, 1908.

Odczytane sprawozdania przyjęto do wiadomości, ale na razie nie zatwierdzono wobec tego, że komisya rewizyjna nie przedstawiła swych wniosków.

III. Doc. Dr K. Noiszewski wypowiedział rzecz p. t.: **Siatkówka i korowy obręb wzrokowy. Powstanie i rozkład wyobrażeń wzrokowych. Halucynacye wzrokowe. Krytyczny rozbiór teoryi Munka.**

Od pewnego czasu w mianownictwie anatomicznem oka i mózgu zaczęto używać wyrazu »rzuty« (projekcye), raz oznaczając tem mianem linie kierunkowe oka, drugi raz włókna korony promienistej w mózgu. W tem ostatniem znaczeniu szczególniej lubiał używać miana »rzuty« Meynert, przypuszczał on bowiem, że mózg jest rodzajem ekranu, na który rzutują się wrażenia całej powierzchni ciała. Anatomia i fizyologia zapożyczyły miana »rzuty« z geometryi wykreślnej, gdzie liniami rzutów punktu przedmiotowego w przestrzeni nazywają dwie prostopadłe, przeprowadzone od tego punktu do dwóch płaszczyzn, ustawionych do siebie pod danym kątem. Zwykle w geometryi wykreślnej biorą płaszczyznę poziomą i pionową. W fizyologii rzutów korowych siatkówek zamiast płaszczyzny poziomej i pionowej mamy płaszczyznę prawą i lewą, więc i rzut przedmiotowego punktu będzie prawym rzutem na płaszczyźnie prawej i lewym rzutem na płaszczyźnie lewej.

W geometryi wykreślnej przyjmują, że dwie płaszczyzny, na które punkt przedmiotowy daje swe rzuty, ciągną się w nieskończoność, żeby każdy przedmiot, nawet największy, mógł być rzutowany na tę płaszczyznę. Co się tyczy siatkówek, to powierzchnie ich nie mogą być uważane za płaszczyzny, a i same powierzchnie są zbyt ograniczone, żeby mogły być uważane za nieskończenie wielkie; ale możemy wziąść dowolnie małą naośną część siatkówki w prawem i lewem oku u podstawy linii spojrzeniowej jako płaszczyznę do tej linii prostopadłej, a następnie powiększać obszar tej płaszczyzny w nieskończoność zmianami położenia płaszczyzny przez zmiany kierunków spojrzeniowych oka. Dzięki miejscozmienności linii spojrzeniowej nawet jeden punkt podmiotowy może wykreślić wszystkie możliwe płaszczyzny i powierzchnie przedmiotowe w przestrzeni. Wyobrażenie każdego przedmiotu składa się z wielkiej liczby spojrzeń, skierowanych w górę, dół, prawo i lewo, a linia łącząca kolejne punkty spojrzeniowe, jest linią, wyobrażającą przedmiot.

Każdy z kolei punkt przedmiotowy zostaje rzucony podwójnym rzutem na te same punkty naosiowe prawej i lewej siatkówki, ale na co raz to inne punkty korowe obrębów wzrokowych półkul mózgowych.

Korę mózgową obrębu wzrokowego możemy przedstawić sobie jako niezmierny układ rzutów linii spojrzeniowej, z których każdy jest środkiem coraz to innego pola widzenia, bo każdemu spojrzeniu odpowiada pole widzenia, właściwe tylko temu spojrzeniu.

Kora obrębu wzrokowego powinna być uważana nie jako siatkówka korowa, która podług Munka i jego szkoły jest tylko powtórzeniem korowem siatkówki oka, ale jako niezmierna ilość półsiatkówek prawych w półkuli prawej i półsiatkówek lewych w półkuli lewej, ułożonych w kierunku biegu linii spojrzeniowej.

Psy z wyciętym środkiem obrębu wzrokowego spo-

sobem Munka, szukając jadła, zwracają głowy na strony nie dlatego, że utraciły możność przyjęcia wrażenia od leżącego na podłodze jadła, ale dlatego, że pies wzrokiem nie może już znaleźć jadła w pokoju, a znajduje węsząc, jak zwierzynę. Zwracanie zaś głowy tłómaczy się w sposób następujący: pies węszący wciąga do nosa prąd woni, płynący w powietrzu; prąd ten następującym po wdechu wydechem byłby odpędzany; dla uniknięcia tego, pies wdycha powietrze z wonią w kierunku płynącej woni, a wydycha w strony od tego prądu.

Uszkodzenie obrębu wzrokowego kory mózgowej sprowadza zaburzenia w ujmowaniu przedmiotów, jest niemożnością wiązania wrażenia z aktem ruchowym, jest rozkładem utworzonych już wyobrażeń wzrokowych i niemożnością tworzenia nowych.

Na wyobrażenie wzrokowe przedmiotu składają się dwa czynniki: wrażenie w siatkówce i akty ruchowe. Wyobrażenie wzrokowe wielkości przedmiotu jest syntezą wielkości obrazu przedmiotu na siatkówce i wielkości napięcia ogniskującego w oku. Im większy jest obraz przedmiotu na siatkówce, tem większym wydaje się nam przedmiot i odwrotnie, im większe jest napięcie ogniskujące (akomodacyjne) w oku, tem mniejszym wydaje się nam przedmiot.

Zupełnie inaczej z powidokami: przedmiot im dalszy, tem wydaje się mniejszy, a powidok im dalszy, tem wydaje się nam większy; w pierwszym przypadku rzędowi obrazów od przedmiotu w siatkówce odpowiada rząd stopni napięcia ogniskującego w oku, w drugim przypadku mamy tylko jeden obraz powidoku w siatkówce, łączony kolejno z różnymi stopniami napięcia ogniskującego w oku.

Wielkość obrazu rzeczywistego przedmiotu na siatkówce zmienia się w zależności od odległości, wielkość obrazu powidoku nie zmienia się na siatkówce.

I chociaż zarówno w pierwszym, jak i drugim przypadku na wyobrażenie wielkości przedmiotu składają się dwa czynniki, ale w przypadku z rzeczywistym przedmiotem wielkość obrazu na siatkówce i wielkość napięcia ogniskującego są zmienne w zależności od odległości przedmiotu; gdy w przypadku z powidokiem zmiennym jest tylko czynnik napięcia ogniskującego, wielkość zaś obrazu powidoku na siatkówce pozostaje bez zmiany.

(Dokończenie nastąpi).

Z wycieczki lekarskiej na południe.

Assuan w górnym Egipcie d. 24. listopada 1909.

Pożegnawszy piękną stolicę Grecyi *), przybyliśmy po kilkudniowej podróży morskiej do Afryki, a mianowicie do Port-Saidu, położonego tuż obok słynnego kanału Lessepsa, a następnie koleją żelazną zdążyliśmy do milionowego, nader zajmującego Kairu. Stolica Egiptu posiada tak dużo wspaniałych meczetów, publicznych gmachów i zbiorów, że wspomnę tylko o nader bogatem muzeum z wykopaliskami i setkami mumii, że konieczną okazało się rzeczą, kilka dni poświęcić zwiedzaniu tych zabytków. Nie zaniedbaliśmy jednak zwiedzić i zakładów leczniczych, zwłaszcza szpitala ewangielickiego, zostającego pod kierunkiem Dra Wilda. Lekarz ten pokazywał nam obok urządzeń szpitalnych dużo przypadków kamicy nerkowej, na którą mieszkańcy Kairu i Egiptu tak samo często zapadają, jak i Grecy, a nadto przypadki tak zwanej »billharzia«, tj. zmian chorobowych w narządach jamy brzusznej, wywołanych przez wnętrzaki (anchylostomum duodenale), na 1 cm długie, które najprawdopodobniej z wodą nilową wnikają do ustroju tubylców i stają się powodem częstych krwotoków, zwłaszcza pęcherzowych. Zdaniem Dra Wilda mieszkańcy Egiptu opierają się jednak bardzo długo zmianom chorobowym, wywoływanym przez te pasorzyty, gdyż widział kilkakrotnie chorych, którzy przez lat 50 na tę chorobę cierpieli. W zakładach klinicznych i muzeach anatomopatologicznych pokazywano nam również spustoszenia w narządach wewnętrznych, wywołane przez te wnętrzaki.

*) Por. artykuł pod tymsamym tytułem w »Przeglądzie lek.« 1909.

Obecny władca Egiptu Abbas II, jak wiadomo, wychowaniec zakładu Terezyańskiego w Wiedniu, jest gorliwym opiekunem instytucyi lekarskich w swym kraju. Podczas audyencyi, której udzielił 6 delegatom naszej wycieczki, a do których grona i podpisany należał, bardzo wiele mówił o dobrych swych chęciach celem rozbudzenia zaufania ludności arabskiej do europejskich lekarzy. Zakupił on w pobliżu swego pałacu piękną realność w samym środku Kairu i przekształci ją na poliklinikę, do której przyjmowani będą chorzy z wyłączeniem tylko chorób zakaźnych.

Z Kairu udaliśmy się do znanego uzdrowiska, położonego w pobliżu na wydmach piaszczystych pustyni arabskiej, do Helouanu. Pociągi kolei żelaznej odchodzą z Kairu co $1/2$ godziny i w 25 minut dosięgają tej osady, która z rokiem każdym coraz to bardziej się rozwija, albowiem zjeżdżają tu liczni chorzy, trapieni przez choroby nerkowe, przez gościec i dychawicę, oraz dotnięci osłabieniem układu nerwowego.

W Helouanie znajdują się kąpiele siarczane, dobrze urządzone, a naturalna ciepłota źródeł siarczanych wynosi 30° C. Wspaniale urządzony jest nowy zakład »Al Hayat«, zbudowany w r. 1903, a rozszerzony przed 2 laty, który z łatwością pomieścił całą naszą drużynę, złożoną ze 114 osób. Zakład ten wznosi się na płaskowzgórzu piaszczystem, 40 metrów nad Helouanem, a 96 metrów ponad poziomem Nilu, oddalonego o 3 kilometry, i pomieścić może 250 osób. Cena całego utrzymania wraz z mieszkaniem wynosi dziennie koło 18 koron (70 piastrów) i wyżej. Tuż naprzeciw stoi budynek, mieszczący w sobie należycie urządzony zakład zanderowski, którym kieruje lekarz z Maryenbadu Dr Premminger (Polak). Nie mogę nie wspomnieć również o pięknej willi polskiej »Wanda«, stanowiącej własność Polki p. W. Bilińskiej, a okolonej pięknym ogrodem. Położenie dobre, tuż prawie naprzeciw zakładu z łazienkami siarczanemi; cena za pokój z utrzymaniem i światłem elektrycznem od $4^1/_2$ rubla wzwyż. Kilkunastu chorych może tu znaleść doskonałe pomieszczenie i czuć się jak w domu u siebie.

Jednostajnie suche i ciepłe, oraz czyste powietrze, niemal wieczna pogoda, brak skoków w ciepłocie, blizkość Kairu, czynią z Helouanu pierwszorzędne uzdrowisko. W styczniu średnia ciepłota najniższa, wynosi bowiem + 13·0 C., (w Palermo na Sycylii + 10·3), w listopadzie + 18·8 (w Palermo + 15·4), w marcu + 17·4 (w Palermo + 12·8).

Według spostrzeżeń, poczynionych przez lekarzy w Helouan, laseczniki gruźlicze giną tu w słońcu już po 6 godzinach. Gruźlica jednak w Egipcie jest bardzo rozpowszechniona i niemal 50% wszystkich zmarłych pada ofiarą tej zarazy, stanowiącej i tutaj klęskę społeczną.

Grono lekarzy w Helouan obdarzyło nas pięknym wykładem o czynnikach leczniczych w tem uzdrowisku, a następnie podejmowało nas w apartamentach »Al Hayatu«.

Wczesnym rankiem z żalem opuszczaliśmy gościnne podwoje »Al Hayatu«, aby podążyć do Nilu, potem do pustyni libijskiej ku lasom palmowym z posągiem Ramzesa III, ku piramidom na Sacharze, a następnego dnia po całonocnej jeździe znaleźliśmy się w słynnym Luxorze nad Nilem. Ruiny Karnaku, groby Faraonów w stubramnych niegdyś Tebach, kolosy Memnona i ruiny świątyń wspaniałych, stanowiły ponętną stronę naszych wycieczek do piaszczystej pustyni. Nie zaniedbaliśmy atoli zwiedzić i tutaj szpitali.

Bardzo nas zajął przenośny szpital namiotowy, zostający pod kierownictwem angielskiego lekarza Dra Callana,

a przeznaczony dla chorób ocznych, głównie do zwalczania egipskiego zapalenia oczu. Arabska ludność chętnie się garnie do tych namiotów i poddaje cierpliwie operacyom ocznym. Często napotyka się tu zniekształtnienia powiek, wytworzone przez barbarzyńskie zabiegi niby lecznicze partaczy lekarskich, bo i tutaj jest ich dosyć. Celem uleczenia jaglicy zakładają oni kleszczyki na powieki i wywołują zgorzel ujętych fałdów, skutkiem czego wytwarza się gruba blizna i wywinięcie powieki, a umiejętna pomoc lekarska musi zapomocą operacyi plastycznych przywracać dawną postać zniekształtnionym powiekom. W namiocie przewiewnym, w którym wachlarz, poruszany przez arabskiego posługacza szpitalnego, łagodzi żar południowego słońca, operuje codziennie zrana Dr Callan przez kilka godzin, a następnie kontroluje przebieg gojenia się ran operacyjnych u chorych, leczonych ambulatoryjnie. Zwiedziliśmy również i szpital światowej firmy Cooka, przeznaczony dla służby i robotników, pozostających na usługach tego ogromnego przedsiębiorstwa. Znaleźliśmy tu prawie te same przypadki chorobowe, co i w szpitalach i klinikach w Kairze, t. j. dużo przypadków kamicy nerkowej i wnętrzaków.

W dniu 21. listopada podążyliśmy koleją wązkotorową, zbudowaną przez Anglików r. 1886, do Assouan, położonego nad pierwszą kataraktą nilową. Odległość tego miasteczka od Kairu wynosi blizko 900 kilometrów, a w pobliżu znajduje się już zwrotnik raka. Pięknem jest położenie tej osady, uroczo również tuż nad Nilem wznosi się Hotel Cataracta z pięknym widokiem na okoliczne skały granitowe i piaszczyste wzgórza, na sąsiednie wyspy: Elephantine i wyspę lorda Kitchenera, pełne bujnej flory podzwrotnikowej.

Interesującą była nasza wycieczka do sanatoryum p. Neufeldówny, położonego w pustyni wśród potężnych złomów granitowych, tak rozgrzanych od żaru słońca nawet z końcem listopada, że miało się uczucie dobrze ciepłego naszego pieca, ogrzanego w zimie. Kilka namiotów, opartych o skały granitowe, było już całkowicie urządzonych dla chorych, którzy tu przybywają, aby znaleść ulgę i pomoc w cierpieniach nerkowych, nieżytach oskrzelowych i przypadłościach nerwowych. Każdy namiot posiada zaciszny kąt dla kąpieli słonecznych. Noce są ciepłe, a wiecznie pogodne niebo, zasiane w nocy gwiazdami o niezwykle silnym blasku, usposabia do marzeń i koi rozdrażnione nerwy. Odległość od Assouan wynosi koło 6 kilometrów, a czyto powozem, czyto na koniu arabskim, wielbłądzie lub dobrze tresowanym ośle, można tu dostać się z łatwością. I tu działają w całej pełni te same czynniki lecznicze, co i w Helouan, tylko tu jeszcze cieplej w styczniu i wogóle w zimowych miesiącach, a deszcz pada raz na lat 10, jak twierdzą tubylcy. W pobliżu Assouan znachodzi się słynna wyspa Philae z bardzo piękną świątynią Izydy nad Nilem, do której i wielki Napoleon podążył w czasie swej wyprawy afrykańskiej w r. 1798, oraz wiekopomne dzieło inżynierów angielskich, zbudowane kosztem 100 milionów koron, kamienna grobla z 180 śluzami, regulująca wzbierające fale Nilu, aby w sposób racyonalny rozprowadzić jego wody po kraju egipskim.

Lussinpiccolo dnia 3. grudnia 1909.

Parowcem Mayflower opuściliśmy Assouan i w dniu 25. listopada zdążyliśmy do Luxoru, a wieczorem nazajutrz znaleźliśmy się w przystani Aleksandryjskiej. Wielkie to miasto portowe posiada należycie urządzone kąpiele morskie w Ramleh, gdzie potężne fale morza śródziemnego rozbijają się o skały nadbrzeżne. Po kilkudniowej przeprawie morskiej przybyliśmy do Korfu, które w latach ostatnich wsławiło się przez piękny pałac w stylu greckim, zwany Achilleon, który zbudowała cesarzowa austryacka Elżbieta, wielka miłośniczka piękna, ogromnym nakładem. Z terasy jego roztacza się na morze jeden z najpiękniejszych widoków na świecie. Mimo tak ponętnych stron i ciepłego klimatu wyspa Korfu nie jest eldoradem pod względem zdrowotnym; zimnica i gruźlica zbierają tu często swe ofiary, a dzieci nie wyglądają zdrowo, ani rzeźko.

W dniu 3. grudnia przybyliśmy do portu w Lussinpiccolo i łódkami popłynęliśmy do Csigale, które stanowi jakby przedmieście miasteczka portowego. Pełno tu will w pięknych ogrodach, a droga nadmorska wije się długą wstęgą wśród palm, pinii i sosen amerykańskich. Morze wrzyna się w ląd w postaci czarujących zatok, a przebywający tu chorzy mogą zdala od kurzu ulicznego przechadzać się i wypoczywać na ławeczkach, pojąc się czystem i ciepłem powietrzem morskiem. Lussinpiccolo jest cieplejsze od Lussingrande, które więcej jest narażone na zimne prądy Bory.

Grono lekarzy, praktykujących w Lussinpiccolo, oprowadzało nas po tem uzdrowisku morskiem, które cieszy się coraz to większym napływem chorych i ozdrowieńców, a wieczorem pożegnało nas na pokładzie naszego parowca.

Jutro, t. j. 4. grudnia, kończy się już nasza wycieczka, pełna niezwykłych wrażeń. Zwiedzenie dwóch prastarych kolebek cywilizacyi, greckiej i egipskiej, pozostawiło w umysłach naszych niezatarte wspomnienia. W roku przyszłym ma się odbyć trzecia naukowa wycieczka również w listopadzie, a obejmie Riwierę włoską i francuską, Hiszpanię, Tunis, Algier i Sycylię. Dr Ferdynand Obtułowicz.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Obowiązki sędziego przysięgłego a zawód lekarski.

Skreślił

Dr Adolf Klęsk.

Proszony przez kilku kolegów, zabieram głos w tej sprawie w nadziei, że może pobudzi on dyskusyę, a ta poruszy do działania odpowiednie czynniki. Obowiązek sędziego przysięgłego jest bezwątpienia obowiązkiem obywatelskim i w zasadzie wszyscy na równi spełniać go powinni, a jednak udowodnić nie trudno, że niezmiernie ciężko, a nieraz niepodobna go pogodzić z obowiązkami lekarza. Gdy swego czasu w pewnym sądzie w Austryi w sprawie przetrzymywania godzinami lekarzy w sądzie, pewna grupa lekarzy czyniła starania, by lekarzy przesłuchiwano ze względu na stratę czasu odrazu, prezydent sądu odrzekł, że nie widzi powodów, dla których stan lekarski miałby być więcej faworyzowany od innych. Taksamo zapewne odpowiedzianoby zrazu w sprawie sędziów przysięgłych. Jeżeli sędzią przysięgłym musi być adwokat, inżynier, kupiec i t. p., dlaczegoż nie może być i lekarz?

A jednak to wielka różnica. Pomijam już tu stronę finansową, choć i ta różni się wielce w swej zasadzie w innych zawodach, a w naszym. Tam łatwo znaleść można zastępcę (o ile go dana osoba już i tak nie ma) i opłacić go ryczałtowo. Lekarz, o ile nie ma asystenta, nie może zawsze opłacić zastępcy w ten sposób, lecz musi prosić drugiego kolegę, by za niego praktykę objął. Łatwo się jednak zdarzyć może, np. w małem miasteczku, że lekarz takiego zastępcy nie znajdzie, np. drugi kolega niema czasu, i wtedy właściwie lekarz powołany na przysięgłego musiałby porzucić kasy chorych, szpital i t. p. i pojechać na kadencyę sądową. A przecież nie wolno lekarzom porzucać chorych z jakichkolwiek powodów. Jeżeli lekarz mieszka w wielkiem mieście i jako sędzia przysięgły pozostaje na miejscu, to zdawałoby się, że to może dla lekarza lepiej, a tymczasem rzecz ma się przeciwnie. Chociażby bowiem lekarz przez ten czas odsunął się od praktyki, to przecież bezwarunkowo nieraz wzywać go będą rodziny, w których leczy stale i gdzie mają do niego jedynie zaufanie. Cóżby publiczność powiedziała na to, gdyby lekarz pozwolił umrzeć choremu, oświadczając, że go nie odwiedzi, bo obecnie, jako sędzia przysięgły, nie praktykuje?

Lekarze nie żądają, by stan lekarski był faworyzowany

żądają jednak, by był traktowany sprawiedliwie i by ogół zdawał sobie sprawę z tego, że sama istota zawodu lekarskiego spoczywa na zupełnie innych podstawach, jak w innych zawodach. Czynności naszej niepodobna nigdy z góry przewidzieć, ani obliczyć i przez to nie można jej zawsze bezkarnie na pewien czas wstrzymać, bo na tem tracą obie strony, t. j. lekarz i chorzy, i to chorzy więcej. Wszelkie niespodzianie z góry na stan lekarski narzucone obowiązki, muszą ten stan naturalnie bardzo krępować. Lekarz, wyjeżdżający dla odpoczynku i t. p., czyni to jedynie wtedy, jeżeli może przedtem odpowiednio swe zajęcia pokierować, a nie wyjedzie wcześniej, zanim się nie upewni, że chorzy jego znajdą przez ten czas odpowiednią opiekę zastępczą.

A cóż robić mają chorzy, którzy z dalekich nieraz stron, z nakładem wielkich kosztów przyjeżdżają do lekarza, mając jedynie do niego zaufanie, a ten ich przyjąć nie może?

Z pewnością każdy, nawet największy biurokrata, przemawiałby za zwolnieniem lekarzy od obowiązku przysięgłych, gdyby np. w jego rodzinie odniósł ktoś szkodę na zdrowiu z powodu tego, że lekarz domowy nie mógł przybyć, zasiadając wtedy na ławie przysięgłych. Każdy człowiek po pracy ma prawo wypoczynku, wymagać go ma prawo także i lekarz. A tu, zmęczony całodzienną pracą w sądzie, wraca do domu, nieraz i późno wieczorem i ledwie usiadł, zostaje wezwany do nagłego wypadku. Iść trzeba, — tak nakazuje przecież obowiązek i sumienie! Czyż podobne fakta zdarzyć się mogą w innych zawodach?

Mógłby ktoś podnieść, że przecież są sposoby uwalniania się od obowiązku przysięgłego; sama jednak myśl ta dowodzi jasno, że lekarze mają chyba słuszne powody starać się o zwolnienie ich od tego obowiązku. Gdy lekarze solidarnie poczynają walczyć o swe słuszne prawa, wtedy podnoszą się głosy: »Wasz stan jest zupełnie wyjątkowym, wy musicie nieraz poświęcać się, lecz zato jesteście wolni«. Lecz zaraz potem, gdy chodzi o jednostki, zapomina się o tym »wyjątkowym stanie«, i wysuwa się zasadę, że wszelkie ciężary ponosić musi lekarz taksamo, jak każdy inny obywatel, natomiast nie wolno mu żądać żadnych ulg. Jeżeli twierdzi się, że lekarze »stać muszą ciągle na straży zdrowia ludzkości«, to jakże pogodzić to z przymusem, odrywającym ich na tak długi czas od tego czuwania?

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 16. I. do 22. I. 1910 doniesiono o nowych przypadkach d u r u p l a m i s t e g o w pow. Buczacz (Międzygórze 3, Olesza 1, Barysz 6, Hrehorów 2), Horodenka (Niezwiska 2), Jaworów (Wierzbiany 4), Nadwórna (Nadwórna 1), Podhajce (Uwsze 4), Stryj (Dzieduszyce w. 1, Podhorodce 1), Zborów (Zborów 2). Dr T.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 16. I. do 22. I. 1910 zgłoszono przypadków: błonicy 5 † 3 (w tem obcych 4 † 2), krztuśca 2, płonicy 6 † 2 (1 † 2), odry 1, duru brzusznego 7 † 4 (6 † 2), inne choroby zakaźne 12. Dr Janiszewski.

Choroby zakaźne w Warszawie. Od 26. XII. 1909 do 1. I. 1910 r. przybyło do szpitali warszawskich przypadków: ospy 38 † 5, odry 4, płonicy 11, błonicy 5 † 1, róży 14 † 1, duru osutkowego 9, duru brzusznego 11 † 3. (Gaz. lek. Nr 4).

---

† Dr Adam Czyżewicz.

zmarły we Lwowie w dniu 24. stycznia b. r. w 69. roku życia, urodził się w Tarnowie, był wychowankiem Uniwersytetu Jagiellońskiego, gdyż ukończył tutaj studya lekarskie, poczem był asystentem uniwersytetu, najpierw w klinice ś. p. Prof. Dietla, a następnie przez szereg lat w klinice ś. p. Prof. Madurowicza. Przeniósłszy się następnie do Lwowa, zdobył wkrótce rozgłos wybitnego ginekologa, a ciesząc się wielkiem uznaniem ogółu i lekarzy, otrzymał posadę profesora c. k. szkoły położnych i prymaryusza krajowego szpitala przed laty trzydziestu. Na tem polu pracował dzielnie i wytrwale, wychowując całe szeregi wybitnych lekarzy, którym nie szczędził właściwej podpory i zachęty do pracy, by ich jaknajlepiej przygotować do wybranego zawodu. Bardzo długo musiał pracować w warunkach bardzo niekorzystnych, zanim Mu się udało wywalczyć ogromną energią i zapobiegliwością nowy lwowski zakład położniczy, w którym dzisiaj mieści się klinika położniczo-ginekologiczna, ginekologiczny oddział szpitalny i c. k. szkoła położnych.

Oprócz wybitnej pracy zawodowej nie szczędził ś. p. Adam Czyżewicz czasu i energii dla spraw publicznych, czego najlepszym dowodem, że przez czas dłuższy pełnił gorliwie obowiązki radnego miejskiego, a działalność wybitna na tem polu skłoniła Radę, że Go wybrała I. wiceprezydentem miasta Lwowa. Przez jedno sześciolecie był posłem na Sejm krajowy, jako wysłannik ziemi samborskiej. Pracując energicznie w Sejmie, wywalczył w latach siedemdziesiątych stworzenie ustawy o lekarzach okręgowych, dał przeto prawdziwą podwalinę dla unormowania krajowej służby zdrowia.

Prawie od trzydziestu lat był członkiem Krajowej Rady zdrowia, której przez długie lata był duchem i prezydentem. Piastował też godność prezesa Towarzystwa lekarzy galicyjskich, prezesa Towarzystwa ginekologicznego, jakoteż członka Rady nadzorczej Muzeum przemysłowego.

Znakomity lekarz, dzielny przewodnik pracy specyalnej, wybitny ginekolog, posiadał przytem wyjątkowe zdolności finansowe, które pozwoliły mu założyć Bank zaliczkowy i przez długie lata być jego dyrektorem.

Z ś. p. Adamem Czyżewiczem ubywa krajowi znowu jedna wybitna postać lekarza, który nietylko potrafił stanąć i stać na wysokości wiedzy i nauki, ale który także, w niczem nie zaniedbując swych obowiązków, umiał z równą gorliwością oddać się pracy społecznej, a plony na obu tych polach zebrane uwiły Mu piękną wiązankę, którą zamknął dni Swego żywota.

Spokój Jego popiołom!

Stanisław Dobrowolski.

Spis prac naukowych A. Czyżewicza: 1) Sprawozdanie z kliniki poł. gin. Prof. Madurowicza za r. 1867. (Przegląd lek. 1868, 1869). 2) Kalendarz lekarski na r. 1868, Kraków. 3) Kazuistyka położnicza. (Służba zdrowia publ. 1872, T. I.). 4) Sprawozdanie c. k. Rady Zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi za r. 1874, Lwów 1876. Tożsamo, za rok 1875 i 1876, Lwów 1879. Tożsamo za r. 1877, Lwów 1880. 5) (— razem z Feiglem). Uterus i vagina septa (demonstracya w Tow. lek. gal. Przegląd lek. 1890). 6) Sposób własny operowania, t. zw. hysterostomatomia (Dziennik III Zj. lek. i przyr. polsk. w Krakowie 1880). 7) O włókniaku macicy (Pamiętn. II Zj. lek. i przyr. we Lwowie 1876). 8) Wiadomości z kliniki Prof. Madurowicza za rok 1865 (Przegl. lek. 1866). 9) Sprawozdanie z kliniki Prof. Madurowicza za r. 1866 (Przegl. lek. 1867). 10) Tyłopochyłość macicy w 5-tym mies. ciąży odprowadzona (Przegl. lek. 1866). 11) O wczesnych i późnych poronieniach (Tow. lek. gal.). (Przegl. lek. 1885). 12) Przypadek ścieśnienia miednicy. Pęknięcie macicy podczas porodu. Laparotomia (post mortem). (Przegl. lek. 1866). 13) Miednica ogólnie zwężona. Zapalenie śródmaciczne. Ekstrakcya. Wymóżdżenie (Przegl. lek. 1866). 14) Sprawozdania c. k. Rady Zdrowia za r. 1878, 1879, 1880, Lwów 1882. Toż za r. 1881 i 1882, Lwów 1884. Toż za r. 1885, Lwów 1887. 15) Życiorys Biesiadeckiego (Przegl. lek. 1889). 16) O cięciu cesarskiem. (Przegląd lekarski 1893). 17) Dalsze dwa przypadki cięcia ces. z pomyślnym przebiegiem (Przegl. lek. 1895).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Prof. Bujwid zamianowany został członkiem Rady dla nadzoru nad obrotem środków spożywczych w Wiedniu.

— Kol. Dr Zenon Grossek złożył na fundusz wdów i sierot im. ś. p. Jordana przy Związku krajowym lekarzy kwotę 12 kor.

Z różnych stron. W Wiedniu rozpoczęło wychodzić pod redakcyą Dra S. Schwarzbarta osobne pismo, poświęcone chorobom serca i naczyń p. t. »Centralblatt für Herzkrankheiten und die Erkrankungen der Gefässe«.

— III międzynarodowy Zjazd laryngologiczny ma się odbyć w r. 1911 w Berlinie, z końcem sierpnia lub początkiem września. Wyjaśnień udziela sekretarz komitetu Prof. Rosenberg (Berlin NW 6, Schiffbauerdamm 26).

— Dyplom doktora medycyny uzyskał w Akademii wojskowo-lekarskiej w Petersburgu lekarz z Ciechanowa p. Martynian Zienkiewicz, po obronie rozprawy p. t. »Wpływ zakażenia na niektóre składowe części krwi«.

— Redakcya »Journal of the Amer. med. Association« ogłasza wezwanie, aby autorowie prac lekarskich podawali zawsze przy swem nazwisku początkowe litery imienia i miejsce zamieszkania. Bez tego bowiem żadna bibliografia nie może być dokładna, jak również nie może być wykonane słuszne żądanie, aby autorowie, krytykujący cudze prace, przesyłali swe prace autorom krytykowanym.

Redakcya otrzymała: Skalski: Rady i wskazówki dla żon i matek. Wydanie II. Nakładem Towarzystwa akcyjnego fabryki Heinzla i Kunitzera w Łodzi. (Broszura popularno-higieniczna, rozdawana pracownikom fabryki). — Nowicki W.: 1) Badania nad istotą chromochłonną nadnerczy zwierząt i ludzi w schorzeniach nerek. »Gaz. lek.« 1909. 2) Nowotwory w świetle najnowszych badań. 3) Wyrostek robaczkowy przy durze brzusznym, »Tyg. lek.« 1909. 4) Über chronisch entstehendes Gasbläschenemphysem. »Virchows Archiv«. 1909. — Higier: 1) Zum Artikel von Prof. Adamkiewicz: »Pathologie der bilateralen Funktionen«. »Neur. Centrbl.« 1909. 2) Z patologii chorób mięśni wrodzonych, dziedzicznych i rodzinnych. 3) Klasyfikacya idyotyzmu. »Gaz. lek.« 1909. 4) Patologia chorób dziedzicznych. 5) Odruchy skórne w udarze mózgowym. »Med. i Kron. lek.« 1909. — M. Selzer: 1) Wyniki leczenia w uzdrowisku ludowem w Hołosku. »Tyg. lek.«. 2) Towarzystwo walki z gruźlicą »Słowo polskie« 1909.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Nowo-pyrenol. (Neu-Pyrenol). Dr Schreiber. O leczniczej wartości nowo-pyrenolu w chorobach narządów oddechowych, szczególnie w dychawicy, w rozedmie płuc, w krztuścu i w grypie. (Deut. Aerzte Zg. Z. 17. 1909).

Nowo-pyrenol, przetwór opatentowany, identyczny z pyrenolem, okazał się skutecznym środkiem w leczeniu nieżytu i zapalnych cierpień oskrzeli, jak również w rozedmie i w dychawicy, ponieważ oprócz własności wykrztuśnych, jest zarazem przetworem przeciwgnilnym i przeciwzapalnym. Nowo-pyrenol jest tymolem, któremu nadano rozpuszczalność w wodzie przy pomocy paradioksybenzolu, z dodatkiem kwasu będźwinowego. Jako przetwór wolny od szkodliwych działań ubocznych, może nowopyrenol być stosowany przez czas dłuższy bez przyzwyczajenia się i nie działa zbiorowo, a niebezpieczeństwo zapadu jest wyłączone, gdyż jako środek przeciwgorączkowy działa nowopyrenol stopniowo, co ma szczególne znaczenie przy grypie i zapaleniu płuc. W krztuścu zmniejsza i łagodzi napady kaszlu. — Dawka dla dorosłych: 6 r. dz. à 0·5 gr. — dla dzieci: 4—6 r. dz. 0·1—0·3 gr. W potrzebie szybkiego działania (w dychawicy) można przy rzadszem podawaniu zwiększyć dawkę jednorazową nowopyrenolu do 1 grama. Hr. W.

Rok XLIX. Kraków, dnia 5. lutego 1910. Nr 6.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

O leczeniu krwioplucia przy gruźlicy płuc.

Podał

S. Justman (Łódź).

(Odczyt na posiedzeniu łódzkiego Towarzystwa lekarskiego d. 8. XII. 1910).

Krwioplucie przy zdrowem sercu jest wczesnym, a często pierwszym objawem gruźlicy płuc. Nieraz jest ono zwiastunem następującego potem krwotoku płucnego, czasem jednak krwotok taki zjawia się nagle, wiodąc za sobą zejście śmiertelne. Thue([1]) podaje, iż w szpitalu miejskim w Christianii zmarło od 1903 r. na 795 suchotników 13, t. j. 1·6% z powodu krwotoku płucnego, przyczem u 8 było to wogóle pierwsze krwawienie. Jeśli przyjmiemy, że krwioplucie występuje prawie u 50% chorych na gruźlicę płuc, to niebezpieczeństwo bezpośrednie nie jest wprawdzie wielkie, mimo to jednak, ponieważ krwioplucie przeraża chorego, wpływa bardzo przygnębiająco na jego psychikę, oraz wszystkie jego czynności, leczenie krwioplucia, względnie zaś możliwie szybkie jego wstrzymanie jest bardzo ważnem zadaniem. To też na brak środków z dziedziny zarówno farmaceutycznej, jak i fizycznej skarżyć się nie można. Powszechnie uznaną jest konieczność zupełnego spokoju chorego. Inna rzecz, czy ten spokój zupełny osiągnąć się daje. Chory, który doznaje uczucia duszenia się wskutek zalewania krwią większej lub mniejszej części dróg oddechowych, w najlepszym razie w części tylko spokojnym być może, kaszleć bowiem musi, by wydalić to, co duszność sprowadza, t. j. wylaną krew. Również wszyscy, ostatni zaś Downas ([2]) zalecają zastosowanie pęcherza z lodem na okolicę przypuszczalnego źródła krwawienia. Lecz przedewszystkiem, miejsca krwawiącego domyślać się tylko można, wszelkie bowiem dokładniejsze badanie jest wtedy przeciwwskazane, powtóre zaś zimno, wywołując nagły skurcz naczyń krwionośnych skóry, może podziałać wprost przeciwnie, powiększając przypływ krwi do narządów wewnętrznych. Również zawodnem jest stosowanie lodu wewnętrznie. Środki t. z. ściągające, jak octan ołowiu, sześciochlorek żelaza, elixir ac. Halleri, są naturalnie zupełnie bezskuteczne, jako działające jedynie w miejscu zastosowania. Stosowanie przetworów sporyszu, styptycyny, wyciągu gorzknika (hydrastis canad.) opierało się na domniemanej analogii z krwawieniami macicznemi. Lecz przetwory te działają na mięsień macicy, przytem mięsień prawidłowy, W przypadku krwioplucia chodzi o tkankę nie zawierającą wcale, lub zawierającą bardzo mało włókien mięsnych gładkich, przytem chorobowo zmienioną, przez co zachowane jeszcze w ognisku gruźliczem włókna mięsne utraciły swą sprężystość i zdolność do skurczu pod wpływem odpowiednich środków. Jeszcze jeden czynnik niweczy ewentualne działanie wspomnianych środków, mianowicie mniejsze lub większe rozrzedzenie krwi, a przeto i mniejsza jej krzepliwość, spostrzegane stale u osobników o podupadłem odżywieniu, z jakich rekrutują się przeważnie chorzy na gruźlicę. Z tego punktu widzenia teoretycznie słusznem jest stosowanie soli kuchennej, względnie zaś żelatyny. Sól zalecana bywa w ilości $^1/_2$—1 łyżeczki od kawy »in substantia« lub z bardzo niewielką ilością wody. Wprowadzona w ten sposób sól wywoływać ma jakoby przesiąkanie surowicy do kanału pokarmowego, a więc zgęszczenie i wzmożenie krzepliwości krwi. W rzeczywistości stosowanie soli w tej ilości i postaci połączone jest z wieloma niewygodami, znacznie je utrudniającemi, a często wprost uniemożliwiającemi. Lecz nawet w przypadkach, gdzie chory szczęśliwie połknął środek, nie dostał mdłości i nie zwrócił go, działanie bardzo często zawodzi. Żelatyna, w ostatnich czasach zalecona przez Hilberta ([3]), ma, stosowana podskórnie lub wewnętrznie, zwiększyć krzepliwość krwi — cel, który na innej drodze przyświecał stosowaniu soli. Lecz, pominąwszy to, że wstrzykiwanie żelatyny jest bardzo bolesne, rzeczywistość niestety nie potwierdza teoretycznych wniosków. Tenże Hilbert, widocznie nie ufając sam zbytnio żelatynie, zaleca również adrenalinę wzgl. suprareninę (1 : 1000) po 5—15 kropel 3 razy dziennie, a więc środek, zwężający łożysko naczyniowe. Wprost przeciwnie Crace Calvert ([4]) stosuje azotyn amylu, którego wdychania obniżają ciśnienie krwi i mają jakoby wywoływać natychmiastowe ustanie krwotoku płucnego [1]).

Niepewność działania, a często bezowocność tych licznych, wzajem się wyłączających środków, skłoniła do stosowania środków znoszących ew. kojących kaszel. Anders ([5]) podnosi bardzo pomyślny wpływ leczenia makowcem, przeciwwskazanym tylko przy bardzo obfitych krwawieniach, t. j. właśnie w tych przypadkach, gdzie wstrzymanie krwawienia rzeczywiście jest zadaniem bardzo doniosłem. Stosowanie alkaloidów makowca, morfiny, kodeiny i pochodnych

1) Wobec faktu jednak, że ciśnienie krwi u chorych na gruźlicę jest stale obniżone, trzeba przyznać stosowaniu środków, podnoszących ciśnienie (adrenalina, naparstnica, strofantus), większą podstawę teoretyczną.

dioniny, heroiny, jest powszechnie przyjęte. Zwolennicy morfiny zalecają przy silniejszem krwiopluciu podskórne jej wstrzykiwanie w celu uspokojenia kaszlu. Wychodzą oni z mylnego założenia, że krwioplucie jest następstwem kaszlu, tymczasem rzecz się ma w istocie wprost przeciwnie: kaszel jest odruchem, mającym usunąć z dróg oddechowych ciało obce, w danym razie nagromadzoną w nich krew. Im więcej przeto krwi wylało się do światła dróg oddechowych, tem silniejszym będzie kaszel. Inny jeszcze wzgląd przemawia przeciw stosowaniu »larga manu« środków kojących przy krwiopluciu. Zwrócił nań uwagę Schroeder(6), który ostrzega kategorycznie przed stosowaniem morfiny przy krwiopluciu, gdyż przez wstrzymanie kaszlu następuje nagromadzenie się wydzieliny wzgl. krwi w płucach, aspiracya jej do sąsiednich oskrzelków, i w ten sposób w następstwie krwawienia sprawa gruźlicza rozszerza się na nowe, niezajęte dotąd części płuc. Że tak jest, przekonywają zarówno spostrzeżenia kliniczne, jak i doświadczenia na zwierzętach.

Gluziński(7) stwierdził, że krew, wstrzyknięta do tchawicy, może być aspirowana do oskrzelków i pęcherzyków płucnych, poczem w zrazikach płuc rozwija się sprawa zapalna. Zdaniem Stachiewicza(8), aspiracyjne zrazikowe zapalenie płuc może wywołać zejście śmiertelne, jeżeli zajmuje znaczne odcinki płuc.

Wracając do leczenia krwioplucia, proponowanego przez Schroedera, zauważymy, że jest ono przeważnie ujemne, t. j. stara się obejść się możliwie bez środków farmaceutycznych. Trzeba, zdaniem jego, przyzwyczaić chorego do opanowania kaszlu, a więc do kaszlania tylko przy obecności wydzieliny, suchy kaszel zwalczać środkami domowymi, ew. małemi dawkami kodeiny. Podawanie zimnych napojów i potraw Schroeder uważa za szkodliwe, gdyż zimno ich krwawienia nie wstrzyma, lecz zepsuje żołądek, a przeto przedłuży wyzdrowienie; dalej zaleca Schroeder ograniczenie ilości napojów dla obniżenia ciśnienia krwi i podawanie łatwo strawnych, lecz pożywnych potraw o ciepłocie zwykłej.

Jak widać, przytoczone powyżej środki są zawodne, przeto nie odpowiadają celowi, a celem tym jest zatrzymanie krwawienia z jednej strony, usunięcie krwi, wylanej z krwawiącego naczynia, z drugiej. Na zasadzie licznych doświadczeń doszedłem do przekonania, że w garbnikanie chininy mamy środek, wstrzymujący w bardzo krótkim czasie krwioplucie. Garbnikan chininy jest proszkiem gruboziarnistym, słabo rozpuszczalnym w wodzie, lepiej w wyskoku. W sokach ustroju: ślinie, soku żołądkowym i jelitowym rozpuszcza się powoli, stopniowo rozpadając się na swe części składowe: kwas garbnikowy i chininę. Jeśli wziąć trochę tego środka do ust, to w pierwszej chwili jest on zaledwie cokolwiek gorzkawy, lecz bardzo szybko uczuwa się smak wyraźniej gorzki, a prócz niego ściągający, właściwy garbnikowi. Ta właśnie szybkość, z jaką zaczyna się rozkład garbnikanu chininy, jest jego zaletą pierwszorzędnej wartości i wywołuje zadziwiająco szybkie działanie jego, wzgl. ustanie krwioplucia. Naturalnie czynnikiem działającym jest kwas garbnikowy, krążący we krwi prawdopodobnie w postaci luźnego związku z jej zasadami. Kwas garbnikowy tworzy z krwią, wylewającą się z krwawiącego naczynia, mocny skrzep, wstrzymujący nietylko krwioplucie, lecz obfitsze nawet krwotoki płucne. Że tak jest, mogłem się o tem nieraz przekonać. Przytoczę tu jeden szczególniej wymowny przypadek.

W lutym 1904 roku byłem wezwany do 20-letniego N. B. z powodu silnego krwotoku gardlanego. Po przybyciu zastałem chorego, kaszlącego często i za każdym razem odkrztuszającego sporą ilość (łyżkę stołową) krwi świeżej. Pod łóżkiem stała miednica, zawierająca dobrą szklankę wykrztuszonej krwi. Niezwłocznie zastosowany garbnikan chininy wstrzymał w przeciągu 1—2 minut krwawienie, tak że chory, który kaszlał dalej, wykrztuszał jedynie ciemne skrzepy. Morfina, zastosowana podskórnie na naleganie innego, przybyłego tymczasem lekarza, wstrzymała wprawdzie kaszel, nie przeszkodziła jednak, by chory po chwili gwałtownym ruchem oddał dużą ilość płynu czerwonego. Zdawało się nam z początku, że to powtórny, tym razem bardzo obfity krwotok płucny. Po bliższem jednak przyjrzeniu się okazało się, że chory zwymiotował zawartość żołądka, składającą się ze znacznej ilości wody (z lodu połykanego), resztek pokarmów i pewnej ilości krwi połkniętej poprzednio. Po zwymiotowaniu chory uspokoił się i odkaszliwał tylko od czasu do czasu ciemno-brunatne masy.

Fakt, że pomimo podskórnego stosowania morfiny bardzo często nie udaje się wstrzymać krwawienia, lecz jedynie można osiągnąć przez zniesienie pobudliwości ośrodka wykrztuśnego zamaskowanie krwawienia z niewątpliwą szkodą dla chorego, skłania mnie do stanowczego twierdzenia, że w wyżej podanym, jak i w szeregu licznych innych przypadków działał jedynie garbnikan chininy. Zresztą działanie tego przetworu jest tak oczywiste i dla profanów, że mam chorych, którzy dostawszy krwioplucia, proszą o niezwłoczne, jeszcze przed przyjściem do nich, zapisanie środka, a jeśli posiadają receptę, sami posyłają po niego, nie czekając mojego przybycia.

Nasuwa się pytanie, dlaczego zamiast związku kwasu garbnikowego nie zastosować samego kwasu. Otóż, stosowano go przy krwiopluciu »per se« lub w połączeniu ze środkiem kojącym, lecz powoli prawie zupełnie go zarzucono. Przyczyną tego pozornie dziwnego zjawiska jest bardzo przykry smak i zbyt silne działanie miejscowe. Pod wpływem garbnika następuje niezwłoczny prawie skurcz wszelkich gładkich włókien mięsnych, a więc i naczyniowych, uniemożliwiający wessanie się, przez co naturalnie działanie miejscowe na błonę śluzową żołądka potęguje się jeszcze; występujące po użyciu kwasu garbnikowego mdłości musiały bardzo często sprowadzać silne wymioty, pogarszające krwotok. Tych wad niema garbnikan chininy. Choć stosowałem go i stosuję bardzo często, nie zdarzyło mi się słyszeć skargi na przykry smak, mdłości, lub widzieć po nim wymioty. Jedynem jego działaniem ubocznem jest zaparcie stolca, które jednak bardzo łatwo jest zwalczyć jakimkolwiek lekkim środkiem rozwalniającym, jak laxin, regulin, kaskaryna i t. p.

Postępowanie moje w przypadkach krwioplucia jest zatem następujące. Przedewszystkiem nakazuję choremu zupełne milczenie i zachowanie spokoju w ułożeniu nawpół siedzącem, podaję 0,5 garbnikanu chininy w opłatku lub (w razie silniejszego krwotoku) bez, dbam nie o zniesienie kaszlu, lecz jedynie o pewne jego złagodzenie, nie wyłączające usunięcia krwi, wzgl. plwociny, znajdującej się w oskrzelach. W tym celu wystarcza kodeina lub dionina w dawkach 0,1—0,015, później nieco woda emska z mle-

kiem w niewielkich porcyach. Z pożywieniem każę czekać kilka godzin, po upływie których pozwalam na lekkie, nie zimne potrawy. Tego rodzaju postępowanie nie zawiodło mnie jeszcze ani razu, choć je stosuję już kilka lat.

Piśmiennictwo. 1) Norsk. Mag. f. Laegevid. 1907, Nr. 1. — 2) Brit. med. Journ., Nr 2426. — 3) Deuts. med. Wochenschr. 1907, Nr. 50. — 4) Lancet, Nr 4362. — 5) Journ. of Amer. Assoc. Nr 13, 1907. — 6) Przyt. przez Hilberta. — 7) Przegląd lekarski, 1893. — 8) Przyt. przez Biegańskiego. Wykłady o chor. zakaźn. ostrych T. II.

Z oddziału chorób wewnętrznych szpitala krajowego w Sarajewie.

Kilka uwag o kiłowych schorzeniach narządu krążenia.

Skreślił

Prof. Dr L. Korczyński.

(Dokończenie).

Opisane w streszczeniu spostrzeżenie należy do rzędu przypadków, w których zmiany w narządzie krążenia są już daleko posunięte. U naszego chorego zajmują one naczynia wieńcowe serca, a w dalszem następstwie i sam mięsień sercowy, obok tego także tętnicę główną i znaczniejsze jej gałęzie. W tętnicy głównej, w łuku, powstało już nawet tętniakowate rozszerzenie. O stopniu zmian w grubszych gałęziach tętnic obwodowych sądzić można na podstawie różnicy tętna w obu tętnicach sprychowych. Przyjąć mianowicie trzeba, w myśl badań Ziemssena [74]), że zwyrodnienie tętnicy podobojczykowej prawej jest już o tyle znaczne, że ujście tętnicy ramieniowej zostało skutkiem tego zwężone i że do tętnicy tej dostaje się mniej krwi, aniżeli do tętnicy ramieniowej lewej. Zresztą i zwykłe badanie wykazuje zmiany miażdżycowe w tętnicach obwodowych; potwierdza to i obraz tętna, utrwalony zapomocą zdjęć sfigmograficznych.

Stałe utrzymywanie się białka w moczu przy znaczniejszej jego ilości i nizkim ciężarze właściwym przemawia za t. zw. śródmiąższowem przewlekłem zapaleniem nerek (nephritis interstitialis chronica). Przyczyny tego zapalenia, które badaniem klinicznem można było stwierdzić dopiero podczas drugiego pobytu chorego w szpitalu, trzeba szukać w zwyrodnieniu tętnic nerkowych, względnie ich drobnych rozgałęzień.

Na pierwszy rzut oka sądzićby można, że cały ten przypadek nie przedstawia nic niezwykłego, że mamy przed sobą pospolitą miażdżycę tętnic i serca, spotykaną nierzadko u osób w poźniejszym wieku.

Po dokładniejszem wszakże rozejrzeniu się w objawach i przebiegu choroby nie tak trudno dopatrzeć szczegółów, które nie licują dokładnie z obrazem zwykłej starczej miażdżycy tętnic i serca.

O ile miażdżyca szerzy się nietylko w tętnicy głównej, ale i w sercu, sprowadzając w niem przez zajęcie tętnic wieńcowych zwyrodnienie włókniste, to niemal stałe zjawiają się znamiona stwardnienia samej opuszki i zastawek półksiężycowatych. W naszym przypadku nie było najmniejszych podstaw do przypuszczenia, aby zastawki uległy stwardnieniu. Czysty skurczowy ton nad tętnicą główną zdawał się wskazywać, że w ścianach jej ujścia i części wstępującej łuku, względnie na powierzchni wewnętrznej tych ścian niema znaczniejszych nierówności, i że ta część tętnicy głównej nie postradała zupełnie sprężystości.

Natomiast nieco wyżej, już w samym łuku, powstało rozszerzenie tętnicy, dające się rozpoznać zwykłymi sposobami badania fizycznego, a więc zboczenie, mające swe źródło w znacznem już naruszeniu prawidłowej budowy ścian tętnicy. Ten ograniczony rozwój zwyrodnienia trzeba tembardziej podkreślić, skoro statystyczne zestawienia, mające za cel zbadanie etyologii tętniaków, tak często mówią o kile, a o wiele mniejsze znaczenie przypisują właściwej, starczej miażdżycy. Ale nietylko w tem jednem miejscu układu tętniczego istniały bardziej rozwinięte ograniczone zmiany. Nierówność tętna w tętnicach sprychowych wskazywała, że znajdować się one muszą także w prawej tętnicy podobojczykowej, ściślej biorąc tuż przy ujściu tętnicy ramieniowej.

Ocenienie tych wszystkich szczegółów opiera się na ścisłych podstawach, uzyskanych wprost przez badanie fizyczne. Nieco trudniej mówić o samem sercu.

Podczas pierwszego pobytu chorego w szpitalu stanowiły najdokuczliwszy objaw choroby napady dusznicy bolesnej. Usprawiedliwiały one najzupełniej rozpoznanie miażdżycy tętnic wieńcowych. Ale po leczeniu przeciwkiłowem napady te ustąpiły i nie powróciły więcej. Z nastaniem pogorszenia doznawał chory tylko zwykłej duszności. Jest to bądź co bądź niezwykłe dla przebiegu miażdżycy tętnic wieńcowych. Napady dusznicy bolesnej w toku zwykłej miażdżycy, kiedy już raz wystąpiły, powtarzają się najczęściej stale i w coraz to krótszych odstępach czasu, nierzadko następuje śmierć wśród napadu. Zdarza się wprawdzie, że napady ustępują, ale dzieje się tak w końcowych okresach choroby, kiedy powstają objawy znużenia i bezsilności serca z następowem niewyrównaniem. W naszym przypadku był przebieg odmienny. Przyjąć więc trzeba, że w samym pniu tętnic wieńcowych niema zmian większych, sprowadzających znaczniejsze zwężenie światła naczynia, że zmiany te istnieją dopiero w drobnych rozgałęzieniach, zupełnie podobnie, jak w kilku przypadkach sekcyjnych z mojego oddziału, podejrzanych o kiłę, w których serce badano w tym kierunku. I dlatego, że tak było, że tylko część koryta tętniczego była zwężona, nastała poprawa.

Tyle co do naczyń i serca. Poznane szczegóły zwracają same przez się myśl ku kiłowemu pochodzeniu sprawy.

Poza tem istnieją jeszcze inne dane, świadczące o tem, że chory nie pozbył się zupełnie kiły. Należą do nich niezwykła niedokrwistość, twarde gruczoły, zapalenie okostnej kości piszczelowych. Ważne są one dla nas o tyle, że przy leczeniu solą jodową i rtęcią można było stwierdzić ustępowanie, względnie zmniejszanie się tych zmian. Znamienna jest zwłaszcza poprawa w składzie krwi. Wobec tego i wpływ korzystny tego leczenia na serce nabiera większego

---

74) v. Ziemssen: Deutsches Archiv für klin. Med. T. 46, str. 285.

znaczenia. Tem śmielej utrzymywać można, że był to wpływ swoisty. Nietrwałość poprawy zrozumieć łatwo, jeśli rozważymy, że nie mieliśmy przed sobą kilakowego zwyrodnienia serca, lecz zapalenie przewlekłe drobnych tętniczek z następowem zwyrodnieniem niedostatecznie odżywianych włókien mięsnych i rozwojem tkanki włóknistej. Zmian tych usunąć już niepodobna. Poza tem przyjąć jeszcze trzeba, że w układzie tętniczym rozwijała się równorzędnie ze sprawą kiłową także zwykła miażdżyca, która ze swej strony wpływa niekorzystnie na krążenie. O takiem wikłaniu się kiły z miażdżycą tętnic spotykamy w piśmiennictwie bieżącem dość częste wzmianki [75]).

II. Ivan M., l. 25, wyzn. rzymsko-katolickiego, syn kmiecia z Perina w Bośnii, przyjęty na oddział 19. maja 1909. Miał być rzekomo zawsze zdrów. Przed 3 laty w czasie służby wojskowej przebył kiłę. W późnej jesieni ubiegłego roku zaczął kaszleć, koło Bożego Narodzenia pokazywała się w plwocinie krew. Mimo to pracował, jakkolwiek doznawał przytem nieraz duszności i bicia serca. W połowie lutego 1909 dreszcze, kłucie w boku lewym, gorączka. Po miesiącu kłucie ustąpiło, gorączka zmniejszyła się, ale zdrowie i siły nie powracały. Głównie dokuczała choremu duszność, wzmagająca się po każdym ruchu, oraz bicie serca. Z początkiem kwietnia zaczął się pojawiać obrzęk około kostek, który zwolna, ale stale się powiększał. W ostatnich czasach wystąpiła puchlina brzucha. Wreszcie doszło do tego, że chory nie mógł już zupełnie chodzić i to go skłoniło do szukania pomocy w szpitalu.

Stan obecny: Budowa ciała dobra, odżywienie średnie, skóra blada, sinica miernego stopnia twarzy, palców u rąk i nóg, spory obrzęk kończyn dolnych, sięgający powyżej kolan. Na kości goleniowej prawej wyraźne zgrubienie. Czaszka symetryczna, porost włosów bardzo rzadki, na kości potylicznej po stronie lewej bolesna wyrośl kostna. Klatka piersiowa dobrze zbudowana, po stronie lewej szersza. Oddech przyspieszony, nasilony. Chory nie może leżeć z powodu duszności. Po stronie lewej wysięk opłucny. Po stronie prawej w górnej i środkowej części płatu dolnego ognisko wielkości dużej dłoni ze stłumionym odgłosem opukowym i rzężeniami dźwięcznemi. Szczyty płuc zmian nie okazują. Kaszel mierny, plwocina śluzowo-ropna z przymieszką krwi.

Ruchy serca faliste, słabe; uderzenie końca serca rozlane, nie da się dokładnie oznaczyć. Stłumienie serca rozpoczyna się na III. żebrze, ku stronie prawej sięga do linii środkowej ciała, od strony lewej zlewa się ze stłumieniem, pochodzącem od nagromadzenia płynu w worku opłucnym. Tony serca słabe, głuche, ale czyste. Tętno nieregularne, bardzo słabo napięte, liczba tętna około 120 (ryc. 5). Brzuch dość znacznie wysklepiony, przy wstrząsaniu powłok brzusznych chełbotanie. Wątroba macalna; zwłaszcza płat lewy bolesny, o brzegu zaokrąglonym; na powierzchni wątroby, nieco na lewo od linii środkowej, wyniosłość guzowata, bardzo tkliwa na ucisk. Brzegu śledziony wymacać nie można. W jamie brzusznej mierna ilość wolnego płynu. Mocz wysycony, zawiera ślad białka. W osadzie moczany i pojedyncze nabłonki z dróg moczowych.

Wobec znacznej duszności i słabego tętna wstrzyknięto choremu 3 ctm.^{3} olejku kamforowego i wykonano jeszcze tego samego dnia przekłucie klatki piersiowej w celu opróżnienia lewego worka opłucnego z płynu. Płyn ten w ilości przeszło 3 litrów, surowiczy, mętnawy, posiadał ciężar właściwy 1019, zawierał 2% białka, w osadzie ciałka wysiękowe i śródbłonki.

Równocześnie podano choremu napar z naparstnicy (1·5: 200) z kofeiną i zalecono chłodnik na okolicę serca.

75) Por. v. Dühring l. c.

Rozpoznanie choroby wymagało w tym przypadku rozważnego namysłu i dłuższego spostrzegania. Z pominięciem tej części wywiadów, w której chory wspominał o krwiopluciu i przypadłościach ze strony serca, pojawiających się już na kilka miesięcy przed wybuchem choroby gorączkowej, możnaby było uczynić punktem wyjścia dla ocenienia obecnego stanu chorego zapalenie opłucnej po stronie lewej. Równoczesne objawy osłabienia serca dałyby się wytłómaczyć przesunięciem i uciśnięciem serca, ewentualnie także możliwem zapaleniem osierdzia, z wytworzeniem zrostów między blaszkami osierdzia, oraz między osierdziem i otoczeniem, przez co swoboda skurczów serca w wyższym stopniu cierpiećby musiała. Wyjaśniałoby to dostatecznie osłabienie i niesprawność serca z następowem niewyrównaniem i zastojem w krążeniu. Gdyby tak było istotnie, w takim razie po opróżnieniu worka opłucnego nastać powinna była doraźna poprawa, a przypuszczalne zrosty ujawnić się do tego stopnia, że badaniem fizycznem



Ryc. 5.

możnaby je było wykazać. W istocie rzeczy poprawa nie była znaczna, a ruchomość serca przy zmianach położenia okazała się prawidłowa; nigdzie nie było przy tem słychać tarcia osierdnego. Rozpoznanie zapalenia worka sercowego, względnie rozległych zrostów osierdnych, musiało upaść samo przez się.

Natomiast wywiady mówiły wyraźnie, że jeszcze przed zapaleniem opłucnej pojawiła się duszność, że w plwocinie pokazywała się od czasu do czasu krew. Badanie wykazywało zgęszczenie miąższu płucnego w niezwykłem miejscu, przy równoczesnym braku jakichkolwiek zmian w szczytach płuc i przy zupełnie prawidłowej ciepłocie ciała. Przy obmacywaniu wątroby wykryto nierównomierne powiępszenie tego narządu, a nadto guzowatą bolesną wyniosłość. Twarde gruczoły chłonne, wyrośl kostna na czaszce, zgrubienie okostnej kości piszczelowych w połączeniu z wywiadami, upewniały o przebytej kile, a równocześnie wskazywały, że zakażenie kiłowe jeszcze nie wygasło. Za kiłą przemawiał także skład krwi. Znaleziono hemoglobiny 65%, c. właśc. krwi 1.045, c. czerw 3,635.000, c. b. 11.280, w preparatach barwionych c. neutrochłonnych 55%, limfocytów 32%, przejściowych 5%, eozynochłonnych 8%.

Przy leczeniu, o którem wspomnieliśmy wyżej, stan serca zmienił się niewiele. Wprawdzie w pierwszych dniach po nakłuciu klatki piersiowej podniosła się za sprawą naparstnicy i kofeiny ilość moczu i zmniejszyły się nieco obrzęki, ale powiększenie serca nie ustąpiło, a po odstawieniu leków sercowych pogorszył się stan doraźnie. Ta mała skuteczność leków sercowych i moczopędnych u człowieka młodego, zakażonego niewątpliwie kiłą, musiała zwracać uwagę i zmuszać do przypuszczenia, że w mięśniu sercowym toczy się sprawa na tle kiłowem. Gdy zaś kilkakrotne badanie plwocin wykazywało stale brak prątków

gruźliczych, szczepienie tuberkuliny na skórze nie wywoływało odczynu, przebieg ciepłoty był prawidłowy i na tych podstawach wyłączyć można było gruźlicę płuc, nabierało przypuszczenie kiły płuc wielkiego prawdopodobieństwa. Wobec tego trzeba było skłonić się do uogólnienia rozpoznania kiły i rozciągnięcia go na wszystkie trzy narządy: na płuca, wątrobę i serce.

W myśl tego rozpoznania zalecono jodek potasu i wcierania maści rtęciowej.

W dniu 8. czerwca 1909, kiedy rozpoczynano powyższe leczenie, przedstawiał się stan chorego znów w gorszem świetle. Ilość moczu wynosiła tylko 600 ctm.[3] na dobę, białko, które na krótki czas zniknęło, pojawiło się znowu. Duszność wzmogła się. W tkance podskórnej kończyn dolnych i w brzuchu przybyło płynu przesiękowego. Uderzenie końca serca przekraczało dość znacznie linię sutkową lewą, rozmiary stłumienia serca utrzymywały się w dawnych granicach. W plwocinie pojawiała się prawie codziennie domieszka krwi.

Wpływ leczenia przeciwkiłowego uwydatnił się już po tygodniu. Ilość moczu wzrosła ponad 2 litry, duszność zmniejszyła się bardzo znacznie, tętno zwolniało i stało się silniejszem, z plwociny znikła zupełnie krew. Równocześnie z tem ustępować zaczęły szybko obrzęki.



Ryc. 6.

Do 10. lipca otrzymał chory 30 wcierań po 3 gr maści rtęciowej i wyżył około 50 gr jodku potasu. Stan jego był w tym dniu następujący: Oddech spokojny, duszność nie pojawia się nawet przy chodzeniu. Poruszalność klatki piersiowej mniejsza po stronie lewej u dołu. Nad dolnemi częściami odgłos przytłumiony, szmery oddechowe bardzo słabe. Dawne przytłumienie odgłosu po stronie prawej z tyłu na mniejszej, aniżeli poprzednio. przestrzeni, wdech w tem miejscu nieoznaczony, rzężenia bardzo nieliczne, drobne, trzeszczące. Kaszlu niema. Ruchy serca dość silne, uderzenie końca serca w V. międzyżebrzu nieco poza linią sutkową. Stłumienie serca: górny brzeg IV. żebra, linia mostkowa lewa, uderzenie końca serca. Tony czyste. Tętno około 80, zawsze jeszcze niemiarowe, średnio napięte (ryc. 6). Wątroba niebolesna, twardsza, w miejscu dawnej guzowatej wyniosłości płaska, twarda powierzchnia. Obrzęków nigdzie niema. Mocz z ostatniej doby w ilości 1500 ctm³, o. c. wł. 1016, prawidłowego składu.

Szpital opuścił chory 12 lipca: nie bawił jednak w domu długo. Już 10. sierpnia zgłosił się ponownie, podając, że z początku miał się wcale dobrze, skoro jednak zaczął nieco ciężej pracować, pojawiła się duszność i bicie serca, oraz obrzęk około kostek.

Badanie wykazywało nagromadzenie płynu w lewym worku opłucnym, mierny obrzęk goleni, nieco wolnego płynu w brzuchu. Uderzenie serca słabe, stłumienie sięga ku stronie lewej poza linię środkową, ku górze do III. żebra, od strony lewej nie daje się odgraniczyć. Tętno 204, nieregularne, słabe.

Leczenie: jodek potasu, strofantus.

11. sierpnia przekłucie klatki piersiowej i wypuszczenie płynu, w ilości 1·1 litra, o c. wł. 1020, z 1·4% białka. Poprawa następuje rychło. Wydzielanie moczu obfite, rozszerzenie serca zmniejszyło się już na trzeci dzień o tyle, że rozmiary serca były takie same, jak w dniu 10. lipca. Duszność ustąpiła, obrzęki znikły po 4 dniach zupełnie. Chorego przetrzymano do 9. września pomimo, że już po 10 dniach od przyjęcia domagał się wypuszczenia ze szpitala. Stan jego był w tym czasie zadowalniający. Odżywienie poprawiło się znacznie, skóra nabrała prawidłowej barwy, w narządzie oddechowym poza zrostami opłucnymi po stronie lewej i włóknistem zwyrodnieniem płuca prawego z tyłu w okolicy i poniżej wnęki zmian nie było. Serce uderzało nieco silniej. Rozmiary stłumienia ku stronie lewej wykraczały poza granice prawidłowe, w pewnej części zapewne skutkiem zwyrodnienia włóknistego opłucnej po przebytem zapaleniu. Tony były czyste, głośne. Tętno posiadało te same cechy, które widoczne są na ryc. 6, niemiarowość utrzymywała się, jakkolwiek napięcie tętna i wysokość pojedynczych fal jego były wyraźnie większe. Wątroba nieco zbitsza.

Na podstawie długiego, prawie 4 miesiące trwającego spostrzegania, można dokładnie rozebrać przebieg choroby w tym przypadku. Początek jej odnieść trzeba do jesieni r. 1908. Wtedy powstały zmiany kiłowe w płucach, w wątrobie i w sercu. Co do pierwszych dwóch narządów, zdaje się nie ulegać wątpliwości, że były to kilaki, względnie (w płucach) naciek kilakowy. Trudniej rozstrzygnąć istotę sprawy kiłowej w sercu. Przez analogię przyjąćby wprawdzie można, że była ona taka sama, jak w tamtych narządach, ale przebieg i zejście choroby nie przemawiają za tem przypuszczeniem i raczej domyślać się trzeba, że siedliskiem jej były naczynia wieńcowe. W lutym 1909 dostaje chory zapalenia opłucnej z wysiękiem. Przyroda jego mogła być również kiłowa, za czem przemawiał przebieg, zgadzający się z opisami kiłowego zapalenia opłucnej, podanymi przez tych autorów, którzy mieli sposobność spostrzegać więcej przypadków takiego zapalenia (Smurra [76]). Choroba, nieleczona, przewleka się. Serce, poprzednio już chore, wystawione na dalsze niekorzystne wpływy, nie może podołać pracy, słabnie coraz bardziej, rozwija się obraz znużenia serca i niewyrównania w krążeniu bardzo znacznego stopnia. Leki sercowe i moczopędne poprawiają stan serca tylko przemijająco. Dopiero, kiedy pod wpływem leczenia przeciwkiłowego ustąpiła część zmian kiłowych, nastaje poprawa znaczniejsza i trwalsza. Nowe pogorszenie wywołuje nieoględność chorego, wywołująca znużenie chorego serca. Powtórne leczenie w szpitalu usuwa złe skutki, serce wzmacnia się na nowo, a nawet dosadniej, aniżeli za pierwszym razem. Ten właśnie szczegół poczytać trzeba za nader ważny. Świadczy on o tem, że w sercu odbywało się »gojenie« zmian kiłowych, i to gojenie w obrębie rozgałęzień tętnic wieńcowych, tych mianowicie, w których zmiany kiłowe mogły się jeszcze cofnąć, gdzie nie doszło do zbliznowania ścian. Gdybyśmy przyjęli, że w sercu powstał naciek kiłowy lub potworzyły się kilaki, to przy objawach tak znacznego osłabienia serca trzebaby przypuścić, że stopień i rozmiary tych zmian bardzo były znaczne. Jeśliby zaś tak było, to ustąpienie ich mało wydaje się prawdopodobne. Blizny, jakie się w takich razach tworzą, muszą być również rozległe, a wtedy serce nie odzyskałoby było w tym stopniu sprawności.

Według Quinckego [77]) mogą wprawdzie kilaki uledz zupełnemu wessaniu, ale dzieje się to tylko wtedy, kiedy

---

[76]) Smurra: Archiv für Derm. u. Syphilis T. 25, str. 1021.
[77]) Quincke: cyt. pod. Runeberga l. c.

są bardzo małe. W każdym razie o wiele jest zrozumialsze, jeśli w przypadkach kiły serca, wcześnie rozpoznanej i przebiegającej pomyślnie, dopatrywać będziemy anatomicznego tła w naczyniach. Nietylko bowiem cofanie się zmian kiłowych w naczyniach posłużyć może do wytłómaczenia poprawy, ale także zastępczy obieg krwi zapomocą połączeń naczyniowych (anastomoz). Istnienie i znaczenie tych połączeń nie może dzisiaj ulegać wątpliwości wobec dokładnych badań anatomicznych i doświadczeń na zwierzętach, wykonanych przez Hirscha i Spalteholza[78]).

Przypadek III. należy, w przeciwieństwie do poprzednich, do rzędu spostrzeżeń, w których zmiany kiłowe serca są dopiero nieznaczne. Możemy go streścić bardzo krótko.

Sretan N., lat 19, wyznania prawosławnego, syn kmiecia z Vardišta koło Višegradu, przyjęty na oddział 7. września 1909.

Ważniejszych chorób miał nie przebywać. Trypra nie miał nigdy. Zapytany o kiłę, odpowiedział, że nie wie, co to za choroba. Odpowiedzi na pytanie co do zwykłych objawów kiły dały również wynik ujemny. Od roku nie może tak pracować, jak przedtem, doznaje przy pracy duszności i bicia serca. Przed dwoma miesiącami przy koszeniu siana dostał napadu gwałtownego bicia serca z dusznością i bólem w klatce piersiowej. Wkrótce potem zauważył obrzęk około kostek. Te przypadłości sprowadziły go do szpitala.

Stan obecny: Chory dobrze zbudowany i odżywiony. W przeciwieństwie z tem skóra i błony śluzowe blade. Gruczoły karkowe, pachowe, w przegubach łokciowych i w pachwinach powiększone, twarde, niebolesne. Na obojczyku prawym zgrubienie, przy ucisku bolesne. Zresztą klatka piersiowa zupełnie prawidłowa. W narządzie oddechowym oprócz miernego nieżytu oskrzeli, żadnych zmian wykazać nie można. Uderzenie serca na znaczniejszej przestrzeni; uderzenie końca serca w V. międzyżebrzu, około 2 ctm poza linią sutkową. Stłumienie serca rozpoczyna się na górnym brzegu IV. żebra, przekracza linię mostkową lewą, dochodząc prawie do linii środkowej, ku stronie lewej sięga około 2 ctm poza linię sutkową. I. ton nad końcem serca niezupełnie czysty. II. ton nad tętnicą główną i płucną głośniejszy, ale bez właściwego przycisku. Tętno nieregularne, dość słabo napięte, liczba tętna 104. Brzuch płaski, wątroba o brzegu lekko zaokrąglonym, bolesna. Około kostek obrzęk podskórny małego stopnia. Ciepłota ciała prawidłowa. Mocz ciemniejszy o c. wł. 1024, białka nie zawiera.

Znalezione przy badaniu chorego szczegóły składały się, po uwzględnieniu wywiadów, na obraz, znany z opisów przypadków znużenia serca po pracy. U człowieka zdrowego nie powstaje tego rodzaju znużenie tak łatwo. Trzeba na to przedewszystkiem znaczniejszych wysiłków jednorazowych, albo istotnego »przepracowania« w niekorzystnych warunkach.

W naszym przypadku nie było podstaw do przyjęcia doraźnego lub więcej przewlekłego, ściśle roboczego znużenia serca; kośba nie wymaga wytężenia sił, a uwzględniwszy powolne tempo, w jakiem pracuje tubylcza ludność wogóle, a wieśniacy w szczególności, tembardziej odrzucić trzeba myśl o wyczerpaniu serca z tego powodu. Jeśli mimo to powstały objawy znużenia serca, to musiała przyczyna leżeć nie poza chorym, ale w nim samym, w jego sercu. I godzi się takie przypuszczenie najzupełniej z wywiadami, które mówią, że już rok przeszło istniały znamiona osłabienia serca. Chodziło tylko o poznanie tła tego osłabienia. Wywiady nie nadają się tutaj do rozjaśnienia sprawy w kierunku pozytywnym, ale służą do tego, aby na ich podstawie wyłączyć jako przyczynę małej sprawności przebyte choroby zakaźne, po których rozwijać się może t. zw. miąższowe toksyczne zapalenie mięśnia sercowego. Dobra budowa ciała i dobre odżywienie wyłączały także słabość serca, jaka towarzyszy osłabieniu ogólnemu. Nie pozostawało nic innego, jak zwrócić się do tych szczegółów z badania, które uzasadnionem czyniły podejrzenie, że chory nasz uległ zakażeniu kiłowemu i że to zakażenie stało się przyczyną zmian w mięśniu sercowym.

Wobec tego zwrócono się do leczenia przeciwkiłowego i podano jodek potasu w dawkach średnich (4·5 grm dziennie). Skutek był widoczny już po 10 dniach. Rozmiary serca zmniejszyły się, tętno nabrało większej siły, stało się równiejsze i rzadsze, nawet, jak na młody wiek chorego za rzadkie, wynosiło w spokoju 60—64 uderzeń w minucie; obrzęki około kostek ustąpiły zupełnie, wątroba wróciła do stanu prawidłowego. — Po trzech tygodniach tego leczenia domagał się chory natarczywie, aby go wypuścić do domu, gdyż czuje się zdrów zupełnie i to w tym stopniu, jak nigdy nie był w przeciągu ostatniego roku. Przy badaniu nie można było istotnie wykryć w sercu jakichkolwiek nieprawidłowych objawów. Jedynym szczegółem, który zwracał uwagę, było stałe zwolnienie ruchów serca i niezupełna miarowość tętna.

IV. Bardzo podobny do opisanego przypadek spostrzegałem przez szereg tygodni w praktyce prywatnej. Dotyczył on młodego, 28-letniego człowieka, porucznika piechoty. Chorego badałem poraz pierwszy w połowie maja 1909 r. Z wywiadów dowiedziałem się, że przed 5 laty przebył kiłę z łagodnym przebiegiem; ważniejszych chorób nie przechodził ani przedtem, ani potem. Na wiosnę 1908 roku pojawiły się przypadłości ze strony serca w postaci napadowego bicia serca i miernej duszności przy ruchach. Równocześnie doznawał chory bólów i zawrotów głowy. Po leczeniu kąpielowem w Lippiku w Slawonii, połączonem z zażywaniem soli jodowej, przypadłości te ustąpiły. W kwietniu 1909 r. po dłuższym spacerze w liczniejszem towarzystwie, bynajmniej jednak nie forsownym, napad duszności z bolem w okolicy serca i kołataniem serca, wkrótce potem drugi taki napad po przejażdżce konnej. Na trzeci dzień po drugim napadzie wykazywało badanie:

Budowa ciała i odżywienie dobre, skóra blada, na grzbiecie i na ramionach kilka blizn po osutce kiłowej. Na karku, pod pachami i w przegubach łokciowych, oraz w pachwinach kilka twardych gruczołów. Narząd oddechowy prawidłowy. Uderzenie końca serca w V. międzyżebrzu poza linią sutkową. Stłumienie serca powiększone, szczególnie w wymiarze osiowym. Tony serca dość głuche; nad końcem serca I. ton nieczysty. Tętno słabe, wyraźnie nierówne fale, liczba tętna zmienna, 100—120 uderzeń w minucie. W moczu ślad białka, moczany. Leczenie: spokój, chłodnik na okolicę serca, digalen. Po 4 dniach stan lepszy, rozmiary serca mniejsze, tony głośniejsze. Ale czynność serca zawsze jeszcze niemiarowa, tętno słabe, liczba tętna 90. W miejsce digalenu strofantus: obok tego jodek potasu po 3 grm dziennie i wcierania maści rtęciowej. Po dwóch tygodniach rozmiary serca prawidłowe, tony o wiele głośniejsze, czyste.

Do końca czerwca wyżył chory około 80 grm jodku potasu i dostał 30 wcierań. W lipcu kąpiele słone z bezwodnikiem kwasu węglowego.

Po raz ostatni widziałem chorego w połowie października. W sercu żadnych zmian wykryć nie można. Tętno zupełnie miarowe, dobrze napięte. Nawet dalsze marszę nie wywołują przypadłości sercowych.

---

[78]) Hirsch i Spalteholz: Deutsche med. Wochenschr. 1907, str. 790.

Takich przypadków, jak dwa ostatnie, możnaby niewątpliwie naliczyć względnie sporo, gdyby u wszystkich chorych, żalących się na przypadłości ze strony serca, uwzględniano należycie wywiady, oceniano warunki, w jakich powstają t. zw. objawy sercowe, a przedewszystkiem określano nietylko fizyczny stan serca, ale także i jego sprawność, zdolność dostosowywania się przy pracy. Jest to tem bardziej pożądane w tych krajach, względnie w tych okolicach, gdzie kiła pojawia się znacznie częściej, aniżeli gdzieindziej i gdzie tak dobrze spostrzeżenia lekarskie, jak i obrazy sekcyjne, wykazują często przewlekłe zmiany zapalne w mięśniu sercowym.

Rozpoznanie kiłowych schorzeń serca należy niewątpliwie do trudniejszych zadań dyagnostyki, ale trudności tych nie należy nadmiernie przeceniać. Pierwszym krokiem, wiodącym do właściwego ocenienia choroby, jest przypuszczenie, że w danym przypadku istnieć może kiła serca. Odnosi się to zwłaszcza do tych przypadków, w których objawy ze strony narządu krążenia obracają się w kole podmiotowych uczuć chorego i sprawiają wrażenie przypadłości nerwowych.

Z chwilą, kiedy podejrzenie takie powstało, trzeba się pokusić o jego rzeczowe uzasadnienie. Pewną wartość posiadają tu wywiady, ale wartość tylko względną. Powszechnie znaną jest rzeczą, że chorzy niezbyt chętnie przyznają się do przebycia kiły; zdarzać się zresztą może, że zupełnie o niej nie wiedzą. Ale nawet i tam, gdzie chory podaje, że kiłę przechodził, nie można jeszcze przyjmować bezkrytycznie kiłowego pochodzenia choroby serca; koniecznem jest stwierdzenie znamion przebytej choroby, wyśledzenie jej skutków, względnie pozostałych resztek.

Z badań, zajmujących się poznaniem etyologii chorób układu nerwowego zapomocą odczynu Wassermanna, wiemy, że jad kiłowy całemi latami tkwić może w ustroju i wzniecać w nim rozmaite sprawy następowe. O wielkiem ułatwieniu dla rozpoznawania podejrzanych o tło kiłowe chorób mówią obecnie i inne sprawozdania, jak Karewskiego [79]), Baetznera [80]) z zakresu chirurgii, Weinsteina [81]) w chorobach górnych dróg oddechowych, W. Jaworskiego i St. Łapińskiego [82]) wprost już w schorzeniach narządu krążenia. Z podobnem zdaniem spotykamy się także w sprawozdaniach z ostatniego Zjazdu lekarzy w Peszcie.

Najprostszą byłoby przeto rzeczą w każdym podejrzanym przypadku zwracać się do tego swoistego odczynu. Niestety nie zawsze to możliwe, a raczej możliwe tylko rzadko. Trzeba na to odpowiednio zaopatrzonych pracowni, a tych bardzo jeszcze niewiele. O ile to wszakże możliwe, powinno się chorego posłać do takiej pracowni.

Poza tem trzeba się starać przez bardzo dokładne badanie całego ciała wyśledzić, czy niema chociażby drobnych zmian, świadczących o przebytej kile. Szczegóły te nazbyt dobrze są znane, ażeby się nimi obszerniej zajmować. Mniej może jest znany, przynajmniej ogółowi lekarzy, stosunek między zakażeniem kiłowem, a składem krwi. Poznaniem go zajmowało się wielu autorów, z pośród naszych bardzo szczegółowo Wł. Biegański [83]). Z badań tych wynika, że jad kiłowy wywołuje zawsze mniej lub więcej znaczną niedokrwistość, a równocześnie powiększenie ilości ciałek białych. W moich spostrzeżeniach powtarzało się stale to zjawisko. Co do ciałek białych zasługuje jeszcze na uwagę ten szczegół, że zmieniał się stosunek między ciałkami wielojądrzastemi i limfocytami na niekorzyść pierwszych przy równoczesnem zwiększaniu się ilości ciałek eozynochłonnych. W miarę, jak nastawała poprawa, zmniejszała się także niedokrwistość, ilość ciałek białych spadała, limfocytów i eozynochłonnych ubywało. W zjawiskach powyższych szukać można również podstaw, zapewne tylko pomocniczych, dla rozpoznawania kiły.

Objawy ze strony samego serca, względnie ze strony narządu krążenia, nie przedstawiają, ściśle biorąc, nic swoistego. Duszność i napady dusznicy bolesnej, faliste skurcze serca, znaczna oporność uderzenia końca serca, większa siła drugich tonów nad tętnicą główną i płucną, najrozmaitsze zmiany w częstości, kolejności i sile tętna, na które z naciskiem wskazują niektórzy autorowie (Jacquinet [84]), Breitmann [85]), Weber [86]), Herzog [87]), nie są bynajmniej cechujące dla kiły serca. Ale jeśli uwzględnimy szereg okoliczności towarzyszących zjawianiu się tych objawów, ocenimy krytycznie wzajemny ich stosunek do siebie, roztrząśniemy dokładnie możliwe przyczyny choroby, poznamy wszechstronnie wywiady i stan innych narządów, uwzględnimy działanie leków sercowych, wtedy nabrać mogą szczegóły, same przez się i każdy z osobna nie tak doniosłe, w połączeniu z innymi znaczenia rozpoznawczego. To też rozpoznanie kiły serca opierać się zawsze powinno na zbiorze objawów, nigdy na pojedynczych tylko zjawiskach.

Przyznać zresztą trzeba, że nierzadko mimo bardzo starannego badania niepodobna oświadczyć się stanowczo za kiłowem pochodzeniem choroby serca, a z konieczności zadowolnić się trzeba tylko mniej lub więcej uzasadnionem podejrzeniem. Otwarcie o tem mówią bardzo poważni klinicyści, jak Krehl, Romberg, Quincke, Dehio i inni. Znaczne trudności rozpoznawcze podnosi zwłaszcza Curschmann [88]). Ale już samo podejrzenie może mieć zasadnicze znaczenie dla dalszego przebiegu choroby, a w każdym razie uprawnia do tego, aby pójść za wskazówkami Dehia [89]), który w każdym takim wątpliwym przypadku radzi próbować leczenia przeciwkiłowego.

W ocenie skuteczności tego leczenia na dłuższą metę nie należy jednak bynajmniej unosić się zbytnim optymizmem i rokować, w razie dobrego doraźnego wyniku, bezwarunkowo korzystnie także na przyszłość. W pewnej liczbie przypadków zupełnie świeżych wolno niewątpliwie mieć uzasadnioną nadzieję, że zmiany kiłowe ustąpią doszczętnie, albo przynajmniej o tyle, że resztki ich następstw nie będą miały większego znaczenia dla siły i wytrzymałości serca. Zawsze jednak pozostanie mniej lub więcej liczny zastęp chorych, u których już tylko w części usunąć

---

[79]) Karewski: Berl. klin. Wochenschrift 1908, Nr 1.
[80]) Baetzner: Münch. med. Wochenschrift 1909, Nr 7.
[81]) Weinstein: Deutsche med. Wochenschrift 1909, Nr 39.
[82]) W. Jaworski i St. Łapiński: Przegląd lekarski 1909, Nr 31.

[83]) Wł. Biegański: Archiv f. Derm. u. Syph. T. 24, str. 43.
[84]) Jacquinet: Centralblatt für innere Medicin, T. 17, str. 17.
[85]) Breitmann: Ibidem T. 24, str. 1271.
[87]) Weber: Centralblatt für innere Medizin 1904, str. 881.
[68]) Herzog: Berl. klin. Wochenschrift 1907, Nr 31.
[88]) Curschmann: Schmidts med. Jahrbuch T. 247, str. 97.
[89]) Dehio: Ibidem.

można anatomiczne podstawy choroby serca. To co jest dawniejsze, zorganizowane, jeśli się tak wyrazić wolno, musi pozostać. Serce takich osób niema prawidłowej wytrzymałości, podpadać może łatwiej wpływom szkodliwym, a i granice jego sprawności nie mogą być równe prawidłowym. To też w tych przypadkach, o których wiemy, że choroba trwa już dłużej, gdzie badanie po skończonem leczeniu przeciwkiłowem wykrywa jakiekolwiek zboczenia, należy zawsze rokować oględnie, a w ocenie stopnia dozwolonej pracy, przy kreśleniu wskazówek dla chorych, postępować wstrzemięźliwie.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

(Leczenie nowotworów).

Caan. **Leczenie nowotworów złośliwych radem.** (Münch. med. Wochs. 1909, Nr 42). Na przeszkodzie stosowaniu leczenia radem stała dotąd wysoka jego cena (100 mgr kosztuje prawie 20.000 marek). W klinice Czernego przez kilka lat robiono próby z 10 mgr radu; doniósł o nich swego czasu Werner. Korzystne wyniki lecznicze otrzymano przy naczyniakach, brodawkach, bliznowcach, przerzutach raków, przy toczniu i t. p. Obecnie stosować możemy leczenie radem na większą skalę, albowiem wynaleziono znacznie tańsze przetwory, jak radiol, radiogenol i t. p. Stosuje się je w postaci proszku, maści, wstrzykiwań i wody do picia. Leczenie to stosowano w 88 przypadkach raka, 9 mięsaka, 8 mięsaka limfatycznego, 5 nowotworów łagodnych. Co do raka, to na 30 przypadków nawrotu raka sutka, w 23 spostrzegano wybitną poprawę tak przedmiotową, jak i podmiotową. Przy rakach żołądka podawano wewnętrznie wodę emanowaną (100 cm dziennie), a na 14 przypadków w 8 osiągnięto wybitną poprawę podmiotową i przybywanie na wadze. Z mięsaków zwykłych zaledwo w 2 osiągnięto wybitny skutek, natomiast we wszystkich 8 mięsakach limfatycznych osiągnięto zmniejszenie się, a nawet zupełne znikanie guzów. — Chociaż nie można mówić jeszcze przy leczeniu radem o zupełnych wyleczeniach, to jednak możemy mieć pewną nadzieję, że przy kombinowaniu leczenia radem z innymi sposobami uzyskamy w końcu niejakie postępy w leczeniu nowotworów, choćby wybitne poprawy w przypadkach nawrotów lub guzów, nie nadających się do operacyi. K.

Schulz. **O fulguracyi nie nadających się do operacyi raków.** (Münch. med. Wochs 1909, Nr 37). Leczenie raków fulguracyą znalazło ze strony Keating-Harta, Czernego, Pozziego, Jugea i t. p. gorących zwolenników. S. w klinice Küttnera we Wrocławiu zajmował się także tem leczeniem, wyrobił sobie jednak o niem zupełnie inne i to smutne zdanie. Postępował zupełnie podług wskazówek Keating-Harta (aparat firmy Reiniger-Gebbert-Schall, źródło prąd z miasta napięcie 220 Volt, długość snopu iskier 10—20 cm, elektroda z twardego kauczuku, oziębienie kwasem węglowym). Po wstępnej fulguracyi (w uśpieniu) usunięcie tkanki nowotworowej nożem, nożyczkami lub łyżeczką, potem właściwa fulguracya, trwająca od 10 minut do $^3/_4$ godziny zależnie od wielkości miejsca operacyjnego (na 10 cm liczy się minutę). Prócz tego dokładna fulguracya brzegów rany. Ubocznych uszkodzeń i oparzeń S. nie spostrzegał, choć fulgurował wprost nerwy i naczynia. Raz tylko przy fulguracyi w okolicy nerwu błędnego za każdym razem, gdy iskra przechodziła przez nerw, występował nieregularny typ oddechu przemijająco. Ostrożnie postępować należy przy fulguracyi okolicy serca, bo wystąpić może spadek nagły ciśnienia i arytmia. W ten sposób leczył 13 chorych, wykonawszy u nich 22 razy fulguracyę. Z wyjątkiem jednego przypadku raka skórnego (obserwacya do tego jest jeszcze za krótka), zresztą nietylko w żadnym przypadku nie osiągnięto korzystnego wpływu, ale owszem nieraz spostrzegano szybsze występowanie nawrotów. Fulguracya nie działała też łagodząco na bole i odczyszczająco na rozkład guzów. Także opisywanego przez Keating-Harta zmniejszania się zajętych gruczołów S. ani razu nie spostrzegał. Fulguracya działa najwyżej 1 cm w głąb, a na mocy spostrzeganych wyników uważa ją S. za sposób w obecnej formie nie nadający się do leczenia raków. K.

Winckler. **Nieudałe próby z antimeristemem.** (Kankroidin Schmidta). (Med. Klinik 1909, Nr 44). Kankroidyna Schmidta jest to płyn, uzyskany z zabitych hodowli drobnoustroju z grupy śluzowców, wykrytego przez Schmidta i zarodników grzybka mucor racemosus. W ostatnich czasach mnożą się publikacye, donoszące o korzystnem działaniu tego środka przy nowotworach. W. próbował kankroidynę w 3 przypadkach raka przełyku, żadnego jednak skutku nie spostrzegał. Jeżeli się doda, że środek ten jest bardzo drogi, że stosować go należy podług Schmidta aż 113 dni, że wstrzykiwania są bardzo bolesne i pozostawiają po sobie bolesne nacieki przez 2 tygodnie, to wszystko to musi odstręczyć od podobnych prób, zwłaszcza, że jak sam Schmidt twierdzi, nie należy stosować antimeristemu przy charłactwie, nowotworach krwawiących, tam, gdzie jeszcze da się wykonać operacya, dalej przy przerzutach w płucach i opłucnej, lub gdy wśród leczenia występuje spadek ciepłoty poniżej 36°. K.

Ginekologia i położnictwo.

Prof. G. Leopold. **Nowy przyczynek do operacyjnego leczenia połogowego zapalenia otrzewnej i zakrzepowego zapalenia żył.** (Arch. f. Gyn. t. 89, z. I). Na podstawie 18 dawniej ogłoszonych i 3 nowych przypadków tych chorób połogowych, wyraża L. przekonanie, że tak ostre połogowe zapalenie otrzewnej, jak i zakrzepowe zapalenie żył należy leczyć operacyjnie. Leczenie takie jest jednak skuteczne tylko wtedy, jeżeli operacya, polegająca na otwarciu jamy brzusznej celem wypuszczenia ropy, względnie na podwiązaniu żył, zostanie wykonana bardzo wcześnie, w 2. a najpóźniej 3. dniu po wystąpieniu choroby. Doświadczenie wykazało, że w tym czasie, kiedy sprawa jest jeszcze świeża, ustrój, nie zatruty jeszcze toksynami drobnoustrojów ropnych, jest dostatecznie odporny i posiada dość środków samoobrony; dalsze więc trwanie zapalenia przedstawia dla chorej o wiele większe niebezpieczeńsswo, aniżeli operacya, w tym wczesnym okresie wykonana. E. Ehrenpreis.

Sigwart. **Dalsze doświadczenia nad sposobem Momburga w położnictwie i ginekologii.** (Arch. f. Gyn. t. 89, z I). Zabieg Momburga polega na sztucznem wywołaniu bezkrwistości w dolnej połowie ciała, przez założenie w pasie węża gumowego. W tym celu przesuwa się pod kręgi lędźwiowe $1^1/_2$ metra niebardzo elastycznego węża gumowego, który się z obu stron ciała bardzo silnie naciąga i w tem napięciu okręca około pasa raz, dwa, a nawet trzy razy, aż krwawienie zupełnie ustanie, poczem zawęźla się węża dwukrotnie; pępek powinien leżeć o ile możności nad wężem, a wąż sam za macicą. Okręcenia należy wykonywać pomału, ale starannie, aby dolna część ciała nie została nagle pozbawiona krążenia (niebezpieczeństwo dla serca), zawsze jednak należy węża o ile możności silnie naciągać, w przeciwnym bowiem razie można, przez ucisk wystarczający dla żył, ale niedostateczny dla tętnic, wywołać przekrwienie bierne i jeszcze silniejszy krwotok. Zabieg Momburga znajduje główne zastosowanie przy krwotokach atonicznych, które nie dały się opanować ani miesieniem macicy, ani sporyszem, ani przestrzykiwaniami, a pozostawała jeszcze tylko tamponada macicy. O ile jednak przy tamponadzie, jeżeli się chce zachować choćby

najkonieczniejsze zasady aseptyki, musi się tracić drogi w tych przypadkach czas na różne czynności przygotowawcze, to zabieg Momburga można wykonać w każdej chwili, co jest zaletą nieocenioną, szczególnie w praktyce prywatnej. Autor podaje 24 przypadków, w których powiodło mu się zabiegiem Momburga opanować najsilniejsze nawet krwotoki atoniczne poporodowe, bez żadnej szkody dla ustroju, w szczególności dla serca i narządów jamy brzusznej, mimo że ucisk trwał czasem przeszło 2 godziny. Średnio wystarczał już kwadrans do $^1/_2$ godziny, aby krwotok po zdjęciu węża więcej nie wystąpił. — W przypadkach, gdzie krwotok w III. okresie porodowym zmusza do ręcznego wyjęcia łożyska, zabieg Momburga może mieć cel podwójny: przez usunięcie krwawienia można się spokojnie przygotować według wszelkich zasad aseptyki, a nierzadko i ręczne wydobycie okaże się niepotrzebne, jeżeli po założeniu węża wystąpią tak silne skurcze macicy, że łożysko ostatecznie samo się odklei i odejdzie: co się tyczy operacyi ginekologicznych, to zabieg Momburga może oddać znakomite usługi przy nieszczęśliwych wypadkach, zdarzających się czasem w przebiegu operacyi drogą pochwową, n. p., jeżeli większe naczynie krwionośne zesunie się z zaciskacza i trudno je później uchwycić, okoliczność, która nas czasem zmusza do dokończenia operacyi drogą brzuszną. Otóż tu można zabiegiem Momburga tak długo zatrzymać krwotok, dopóki operowana nie będzie należycie przygotowana do otwarcia jamy brzusznej. Momburg sądzi, że zabieg jego może znaleść zastosowanie także przy pęknięciach ciąży jajowodowej, jeżeli chodzi o przewiezienie chorej do zakładu leczniczego; autor wątpi jednak, czy to się da praktycznie przeprowadzić, ze względu na wielką bolesność brzucha, objawy podrażnienia otrzewnej i niebezpieczeństwo zgniecenia lub przedarcia jelita, zrośniętego nierzadko z ciężarnym jajowodem. W końcu zastanawia się autor nad pytaniem, czy wobec tak łatwej techniki wykonania i braku wszelkiego niebezpieczeństwa, nie możnaby pozwolić położnym na wykonanie zabiegu Momburga w przypadkach nagłych, w których zmuszone są długo czekać na pomoc lekarską. E. Ehrenpreis.

Vassner. **Melaena neonatorum.** (Arch. f. Gyn. t. 89, z. II). Główny objaw tej choroby, występującej w pierwszych dniach życia noworodków, stanowią krwawienia, których źródło może leżeć poza płodem (melaena spuria) lub w samym płodzie (mel. vera); zależnie zaś od tego, z jakiego narządu płodowego krwawienia pochodzą i jaka jest ich przyczyna, rozróżnia się: »mel. vera nasalis, intestinalis, haemorrhoidalis, traumatica, infectiosa, ulcerosa« i i.; wreszcie te przypadki, gdzie źródła krwawienia ani za życia, ani przy sekcyi znaleść nie można, oznacza się jako: »mel. vera essentialis, v. symptomatica«. Różne są teorye, tłómaczące przyczyny tych krwawień; obwiniano zakażenie, kiłę, choroby serca, zakrzepy, a w ostatnich czasach wystąpił Kundrat z teoryą, według której krwawienia są następstwem przekrwienia błony śluzowej żołądka i jelit, powstałego wskutek zmienionych stosunków krążenia po urodzeniu się płodu; przez rozmiękanie tych miejsc i zadziałanie na nie soku żołądkowego lub jelitowego powstają owrzodzenia, z których krwawienia stają się czasem bardzo silne. Klinicznie występują krwawienia najczęściej jako wymioty i stolce krwawe. Autor omawia jedno własne spostrzeżenie i 67 przypadków, zebranych z piśmiennictwa. Krew pojawiła się tylko w wymiotach 6 razy ze śmiertelnością 83·3%, 20 razy tylko w stolcu ze śmiertelnością 10% i 37 razy w wymiotach i w stolcu, ze śmiertelnością 35·1%; krwawienia trwały średnio 2—3 dni; ogólna śmiertelność wynosiła 32·8%. Leczenie polegało głównie na podawaniu żelatyny, która miała widocznie wpływ dodatni na przebieg choroby, gdyż na 34 noworodków, leczonych żelatyną, zmarły tylko 3 = 88·0%, natomiast na 34, którym żelatyny nie podawano, zmarło 19 = 61·3%. Zauważono także, że w przypadkach leczonych żelatyną krwawienia trwały średnio o 16 godzin krócej, aniżeli w innych. Stosowano żelatynę jużto wewnętrznie, już jako lewatywy, najczęściej jednak w postaci wstrzykiwań podskórnych; nierzadko równocześnie kilku sposobami. Kilkakrotnie dodawano do żelatyny, podawanej wewnętrznie, chlorek żelaza, sporysz, makowiec, lub wyciąg nadnercza 1 : 1000. Do wstrzykiwań podskórnych używano przeważnie 1—2% rozczyn wyjałowionej żelatyny z fabryki Merka, i stosowano ją w ilości 10 cm³, raz, lub nawet kilka razy dziennie; 2 razy stosowano rozczyn 5%, a raz 10%. Autor poleca wstrzykiwania rozczynów silniejszych, najlepiej 10%, połączyć z podawaniem wewnętrznem 1—2% rozczynów, któreby działały odżywczo. Niektórzy umieszczają chore noworodki w cieplarce i podają im nadto ostudzone mleko z piersi matki. Zapobiegawczo radzą nie przykładać noworodków zbyt wcześnie do piersi matki, aby w ten sposób nie dopuścić do wczesnego wytworzenia się soku żołądkowego. E. Ehrenpreis.

Dermatologia i syfilidologia.

F. Winkler. **Badania nad powstawaniem uczucia świądu.** (Archiv für Derm. u. Syph. 1909, T. 99). Do wywoływania uczucia świądu używał autor albo pyłku z rośliny »Mucuna pruriens«, albo widełek stroikowych o 100 do 1800 drgnień na sekundę. Widełki te, wprawione w ruch i przyłożone do skóry, wywołują uczucie wibracyi, które z chwilą odjęcia widełek ustępuje, a którego miejsce zajmuje uczucie świądu, występujące zależnie od miejsca drażnienia po 2—20 sekundach, trwające dłuższy lub krótszy czas. W miejscach porażonych n. p. przy histeryi, jakoteż na bliznach głęboko sięgających, niewrażliwych na dotyk i ból, uczucia świądu wywołać nie można, to samo w miejscach, które znieczulono kokainą, mimo, że tutaj uczucie dotyku istnieje. Wstrzykując podskórnie saponinę, znosimy poczucie dotyku, ból i świąd jednak w miejscach tych wywołać się daje. W miejscach obnażonych z naskórka, na ranach otwartych i ziarninach uczucia świądu wywołać nie można, jak również na samym naskórku, oddzielonym od skóry właściwej, n. p. na pęcherzu oparzelinowym, z czego wynika, że, aby swędzenie wystąpić mogło, muszą być nienaruszone części, w których leżą międzykomórkowe zakończenia nerwów. Za komórki, odczuwające swędzenie, uważa W. ciałka dotykowe Merkla, gdyż na ranach, pokrywających się naskórkiem, gdzie jeszcze ciałka owe się nie zróżnicowały, uczucia świądu od bolu odróżnić nie można. W miejscach sztucznie niedokrwionych, n. p. przy pomocy suprareniny, albo ucisku, również swędzenie nie występuje, czem tłómaczy W. występowanie świądu dopiero po odjęciu widełek stroikowych, t. zn. po usunięciu ucisku, ustępowanie świądu podczas tarcia lub drapania miejsc swędzących (Druckreize). Świąd zdaniem autora stoi w ścisłym związku z narządem naczynioruchowym; im ten jest pobudliwszy, tem uczucie świądu łatwiej daje się wywołać; tem tłómaczy się świąd odruchowy i pochodzenia nerwowego. Dr H. L. Weber.

Fr. Krzyształowicz. **Przyczynek do poznania patogenezy bliznowców** (keloid). (Przegląd chorób skórn. i wen. 1909). Kilka zdań, wyjętych z ostatniego ustępu pracy autora, streszcza ją bardzo dokładnie. Brzmią one: »Niema właściwie różnic zasadniczych, ani klinicznych, ani histologicznych między bliznowcami, które uważa się za samoistne, a powstającymi na tle zmian trądzikowych, a zatem bliznowców, powstających na tle zapaleń około mieszków i gruczołów łojowych; niema bliznowców samoistnych, a istnieją tylko bliznowce w następstwie zapalenia przewlekłego w skórze; zapalenia przewlekłe zaś około torebek włosowych i gruczołów łojowych (perifolliculitis) zdają się być, jeżeli nie jedyną, to przyczyną najczęstszą« ich powstawania. Przytem nie można wyłączyć, że w powstawaniu bliznowców istnieje »albo jakieś usposobienie histologiczne skóry, albo zakażenie miejscowe, n. p. gruźliczne, gdyż stosunkowo częściej spotykamy następowe bliznowce po zapaleniu gruźliczem gruczołów chłonnych, da-

lej po liszajach zołzowych, toczniu, aniżeli po innych przewlekłych sprawach w skórze«. Dr H. L. Weber.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Zebranie d. 19. listopada 1909.

1) Dr Dembiński przedstawia dwa przypadki **zakrzepu zatoki poprzecznej** i to jeden, ograniczony tylko do tej zatoki, drugi, obejmujący także zatokę jamistą i skalistą.

2) Dr Pomorski przedstawia: a) dwa **skórzaki,** z których jeden, wyjęty u 13-letniego dziewczęcia, zawiera zęby; b) **ciało obce, ołówek,** który dostał się do **dróg oddechowych** dziecka; jedna połowa została wykaszlana, druga wywołała zapalenie oskrzeli, nie można jej jednak wykryć zapomocą rentgenizacyi.

W dyskusyi przytacza Dr Święcicki przypadek, spostrzegany przez siebie w r. 1889, który został opisany w »Gazecie lekarskiej« (torbiel skórzasty u 13-letniej dziewczyny). — Dr Łazarewicz zaznacza, że o krwiaku śródmacicznym w przypadku przedstawionym nie mogło być mowy. Spostrzegał sam przypadek torbiela, gdzie skóra na brzuchu obumarła i trzeba było z niej wielki kawał wyciąć. — Dr Szulczewski jest zdania, że wywiad wskazywał właśnie na krwiak śródmaciczny. Chora zwróciła uwagę na guz dopiero z chwilą skręcenia szypuły. Mowca omawia rozmaite postacie skórzaków i potworniaków (teratoma) i zwraca się przeciw nazwie płodziak (embryoma). — Dr Mieczkowski operował przed 4 laty potworniaka u 12-letniej panienki. — Co do sprawy pochłoniętego ołówka zapytuje Dr Nowakowski, czy została zastosowana tracheotomia górna, czy dolna. Tracheoskopię może zastosować tylko lekarz, mający wielką wprawę. Promieniami Roentgena w tych przypadkach zwykle szuka się ciała obcego za nizko. — Dr Mieczkowski zaznacza, że przez rentgenoskopię łatwo się przekonać o ciele obcem, jeśli jest metalowe. Chorzy często podają, że coś tkwi w drogach oddechowych, a to tylko się tak choremu wydaje. — Dr Dembiński wspomina dziecko, które pochłonęło nasadkę od trąbki; utkwiła ona w zatoce gruszkowatej i grała przy oddychaniu. Nacisk na krtań wystarczył, żeby ciało obce usunąć. Znakomitym znawcą bronchoskopii jest Prof. Pieniążek w Krakowie. — Dr Adamczewski co do przypadku torbiela wspomina, że pierwszy badał ten przypadek. Boleści w brzuchu i wymioty, oraz trudność oddawania moczu objawiły się dopiero na dwa dni przedtem. Poprzednio żadnych dolegliwości nie było. — Dr Łazarewicz zaznacza jeszcze, że w potworniakach tkanki, pochodzące ze wszystkich blaszek zarodkowych, są pomieszane, w skórzakach są ściśle rozróżnione. Potworniaki bywają złośliwe i znajdowano w nich także utkanie nabłoniaków kosmówki oraz tzw. »struma ovarii«, (o której pisał Dr Szulczewski. Ref.).

3) Dr Jezierski przedstawia preparaty z moczu chorego, spostrzeganego wspólnie z Drem Karwowskim. Chory, około 66-letni, cierpi na powiększenie sterczu i zapalenie pęcherza. W osadzie moczu znalazł Dr J. ciałka, które najwięcej mają podobieństwa do jajek tęgoryjca (anchylosftomum).

Dr Karwowski.

Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu.

(Wydział lekarski).

VI. Ogólne doroczne naukowo-administracyjne posiedzenie w dniu 30. I. (12. II.) 1909.

(Dokończenie).

Nauka o wyobrażeniu wzrokowem, jako syntezie wrażenia w siatkówce z aktem ruchowym, tłómaczy nam różnicę pomiędzy omamem prawdziwym, a wrzekomym; pseudohalucynacye zachowują się, jak powidoki, halucynacye prawdziwe, jak przedmioty rzeczywiste. (Streszczenie własne).

Prezes dziękuje prelegentowi w imieniu Zgromadzenia za nader ciekawy odczyt.

IV. Prof. Ziemacki wypowiedział rzecz p. t.: **Projekt założenia wolnej wszechnicy polskiej w Petersburgu.** Na wstępie prelegent zaznacza, że myśl stworzenia nad Newą Uniwersytetu polskiego podał Dr Noiszewski. Otóż prelegent w zupełności podzielając tę myśl, przypuszcza, że należałoby skupić swe siły i stworzyć wyższą uczelnię polską z wykładowym językiem polskim. Mówca zastanawia się nad reformą wszystkich zakładów naukowych w Rosyi. Według tej reformy dyplom będzie mieć zupełnie inne znaczenie, nie będzie dawać żadnych prerogatyw do zajmowania miejsc rządowych, jak to jest obecnie. Będą istniały komisye państwowe. Otóż taka wszechnica jest zupełnie na dobie, siły się znajdą nietylko na jedną taką uczelnię; naturalnie tworzenia takich wydziałów, jak n. p. lekarski, techniczny, których działalność połączona jest z wielkimi funduszami, należy zaniechać. Mowca przyznaje, że urzeczywistnienie tego projektu napotka na wiele przeszkód. Mówca wnosi, aby obrać odpowiednią komisyę do rozpatrzenia projektu.

Dyskusya: Prezes Prof. Zaleski: Wnioskodawca sam nie wątpi, że będzie dużo przeszkód do zwalczenia i czyni 2 wnioski: albo poddać tę sprawę zaraz dyskusyi, lub bez dyskusyi oddać ją do komisyi, która może być zaraz wybrana. — Prof. Szawłowski wobec spóźnionej pory proponuje dyskusyę odłożyć na następne posiedzenie. — Doc. Noiszewski: Ponieważ na następnem posiedzeniu mogą być inne osoby, które projektu Prof. Ziemackiego zupełnie nie słyszały, więc mówca musiałby na nowo wyłuszczać tę sprawę; otóż oddanie tego projektu obecnie do komisyi byłoby może stosowniejsze. — Prof. Merczyng, w zupełności podzielając zdanie Prof. Szawłowskiego i Doc. Noiszewskiego, probuje pogodzić te dwa zdania w ten sposób, ażeby Prof. Ziemacki streścił swój projekt, wydrukował i rozesłał swe wnioski wszystkim członkom »Związku« przed następnem posiedzeniem. — Dr Wierciński zrzekł się głosu, ponieważ wniosek jego w zupełności miał odpowiadać tylko co wypowiedzianemu. — Uproszono Prof. Ziemackiego o wydrukowanie projektu i rozesłanie. Rozpatrzenie projektu odroczono do następnego posiedzenia.

W części administracyjnej posiedzenia: 1) Dokonano wyborów: członkiem rzeczywistym został obrany Dr Wacław Zawisza, na korespondentów: Dr Włodzimierz Królikowski z Warszawy i Dr Zygmunt Messing z Warszawy. 2) Prezes podaje do wiadomości, iż w Hungenburgu jest do wydzierżawienia lecznica pani Bachmińskiej i Prof. Gałęzowskiego, ewentualnie można ją także nabyć na własność. 3) Odczytano protokół z posiedzenia nadzwyczajnego »Koła pomocy lekarskiej« przy rz. kat. Tow. dobr. przy kościele św. Katarzyny w Petersburgu z 20. września 1908 roku. 4) Odczytano list od grona studentów Polaków Akademii wojskowo-lekarskiej w Petersburgu z prośbą o przesyłanie zawiadomień o posiedzeniach »Związku«. Przyjęto do wiadomości. 5) Odczytano list od wiceprezesa Wydziału przyrodniczego p. Jaczewskiego, który składa obowiązki wiceprezesa. Również złożył obowiązki i sekretarz Wydziału przyrodniczego Doc. Smoleński. 6) Odczytano list od p. Szymona Dzierżgowskiego, który składa tymczasowo obowiązki członka Rady z powodu nawału zajęć obowiązkowych. 7) Doc. Noiszewski wnosi, ażeby podnieść zainteresowanie wśród szerszych kół różnych specyalności, urządzając takiego rodzaju odczyty, w których jedna i ta sama sprawa, n. p. leczenie metodą Biera. byłaby rozpatrywana z różnych punktów widzenia, przez różnych specyalistów na jednem i tem samem posiedzeniu. N. p. znaczenie dyety bezsolnej z punktu widzenia internisty, dyeta

bezsolna przy użyciu bromu, przy oderwaniu siatkówki i t. p. — Prof. Ziemacki, w zupełności podzielając to zdanie, obawia się o skutki przez nakładanie pewnych warunków, bo nawet bez nich liczba odczytów nie jest wielka; na przeszkodzie stoi wyłącznie brak poprawności języka. 8) Prezes zwraca się z prośbą do przyrodników, ażeby z większą energią przyłączyli się do ogólnego rozkwitu »Związku«, zaznaczając, że sprawozdanie dzisiejsze z naukowej działalności »Związku« wykazało, jak znaczna ilość odczytów przypada na przyrodników. 9) Dr Uliński zaznacza, że w miesiącu lutym ma się odbyć szereg przedstawień trupy łódzkiej; otóż zwraca uwagę, czyby nie można skorzystać z tej okoliczności i urządzić przedstawienie na szpital polski. Przyjęto do wiadomości.

Sekretarz: Zdzisław Sowiński.

81. Zjazd niemieckich lekarzy i przyrodników w Salcburgu 19—25. wrześnta 1909.

Sekcya chirurgiczna.

Podał

Dr Adolf Klęsk.

1. Exner (Wiedeń). **Przyczynek do patologii przysadki mózgowej.** E. donosi z kliniki Hochenegga o 3 operacyach złośliwych gruczolaków przysadki, dokonanych u 3 kobiet w wieku około 30 lat, okazujących objawy akromegalii. Jedna zmarła po operacyi, u drugiej objawy akromegalii wybitnie ustąpiły, u trzeciej w $1^1/_2$ roku po operacyi skutku jeszcze ocenić nie można.

Akromegalia polega podług E. na nadmiernem wydzielaniu w przysadce; podobnie i tycie, które wywołać można nawet doświadczalnie u szczurów przez wszczepianie przysadek. Zauważono po operacyach powiększanie się gruczołu tarczowego.

W dyskusyi donosi Eiselsberg o 5 przez siebie operowanych przypadkach; jedno zejście śmiertelne w przypadku akromegalii; w 4 innych, należących do typu Froehlicha (tycie, zaniki płciowe), wybitna poprawa.

2. Kuhn (Kassel). **Metale szlachetne, a sprawa katgutu.** Przez napawanie katgutu srebrem osiąga się wprawdzie dokładne odkażenie nitek, ale pęcznieją one potem za silnie; dlatego też poleca K. garbowanie surowego materyału słabym rozczynem jodu. Nitki przez to ulegają trudno wessaniu, bo dopiero w 4—6 tygodni. Cena ich z powodu żmudnej fabrykacyi droższa.

3. Kuhn (Kassel). **Kompresor powietrza dla szpitali.** (Opis przyrządu dla ścieśnienia powietrza w celach usypiania, operacyi pod zmiennem ciśnieniem i t. p., zastępującego wszelkie maszyny powietrzne).

4. Pfeiffer (Graz). **O badaniu i znaczeniu anafilaktycznego niweczników w surowicy chorych na raka.** Jeżeli świnkom morskim wstrzyknie się najpierw surowicę z chorego na raka, a potem w pewien czas sok, wyciśnięty z nowotworu tegoż osobnika, to następuje typowy spadek ciepłoty (do 34°), jako wyraz zwiększonej czułości. Odczyn ten nie występuje przy mięsakach i nowotworach łagodnych.

5. Bergel (Hohensalza). **O działaniach włóknika.** Włóknik działa przynęcająco na ciałka białe, pobudza ziarninę i tkankę łączną i hamuje rozwój bakteryi. Dlatego też poleca B. używanie proszku włóknika (Merck), jako środka pomocniczego przy leczeniu źle gojących się ran, a w postaci zawiesiny (wstrzykiwania) przy powoli tworzącej się kostninie. Przy rakach wstrzykiwania włóknika wywołują odczyn zapalny, który może w przyszłości uda się wyzyskać leczniczo.

6. Caan (Heidelberg). **Leczenie radem nowotworów złośliwych.** Zupełnie takie same wyniki lecznicze, jak przy użyciu drogiego bromku radu, otrzymuje się przy stosowaniu przetworów, wyrabianych z wód promieniotwórczych (proszek »radio«, radiogen i t. p.).

7. Bumm (Wiedeń). **W sprawie czynnościowego leczenia uszkodzonych.** Leczenie, a raczej wyleczenie czynnościowo uszkodzonych zależy w znacznej mierze od racyonalnego postępowania lekarza, udzielającego pierwszej pomocy. Najlepiej też, gdy lekarz, udzielający pierwszej pomocy, ogranicza się do najkonieczniejszych czynności, jak tymczasowego zatamowania krwawienia i opatrzenia rany, a resztę zostawi już szpitalowi. Unika się przez to przeoczenia wielu rzeczy, jak przeciętego ścięgna i t. p. Podobnie postępować należy i przy pierwszym opatrunku złamań, zwłaszcza powikłanych. Nieodpowiednio założone opatrunki gipsowe przedłużają nieraz leczenie. U uszkodzonych stosować się powinno sposoby leczenia, najprędzej wiodące do celu (opatrunki do zdejmowania, miesienie i t. p.). W dyskusyi nad udzielaniem pierwszej pomocy oświadcza się większość mowców za stosowaniem suchego, jałowego opatrunku.

8. Schmidt (Drezno) omawia choroby powstałe na tle wpływów mechanicznych, termicznych i chemicznych.

9. Eiselsberg (Wiedeń). **O leczeniu wola promieniami Röntgena.** Promienie Röntgena przy wolu niewiele skutkują, a wywołując zrosty i stwardnienia tkanek, utrudniają bardzo późniejszą operacyę, o czem przekonał się E. w 3 przypadkach. — W dyskusyi podaje Necker, że stwierdził to samo po naświetlaniach sterczu.

10) Wilms (Bazyleja). **Odczuwanie bolu w jamie brzusznej i przyczyna kolek.** W. zbija twierdzenie Lennandera, że bolesność w jamie brzusznej pochodzi tylko od otrzewnej ściennej; przeciwnie, o wiele częściej bole, zwłaszcza kolki, pochodzą od naciągnięcia krezki i kurczenia się mięśni gładkich.

11. Finsterer (Grac). **W sprawie operacyjnego leczenia ostrych, zagrażających życiu krwotoków z żołądka.** Wskazaniem do operacyi są częste, powtarzające się i opierające leczeniu wewnętrznemu krwotoki. Połączenie żołądka z jelitem przy wrzodach zbliznowaciałych niewiele pomaga.

12. Fink. **165 operacyi kamieni żółciowych** (statystyka).

13. Ranzi (Wiedeń). **O ciałach obcych w jamie brzusznej.** W jamie brzusznej znaleziono u 22-letniej kobiety, otoczony siecią kawałek cewnika, który dostał się tu z macicy, gdzie wprowadziła go przed 3 miesiącami położna.

14. Wilms (Bazyleja). **Leczenie ropnych zakrzepów żył przy zapaleniu wyrostka robaczkowego przez podwiązywanie naczyń żylnych.** W. omawia odpowiedni przypadek, gdzie z dobrym skutkiem podwiązał żyły poza okrężnicą, wstępującą w krezce w kącie biodrowo-kątniczym.

15. Stieda (Halla). **Zapalenie przy raku wyrostka robaczkowego.** Trzy przypadki, i to u młodych osób. — W dyskusyi Kroh i Exner przytaczają 2 podobne przypadki.

16. Finsterer (Grac). **Skręcenie sieci** (spostrzeżenie kazuistyczne).

17. Necker (Wiedeń). **Kamienie moczowodów,** 8 przypadków. W rozpoznaniu prócz typowych bolów ma znaczenie krwiomocz, cystoskopia i badanie rentgenowskie.

18. Schloffer (Insbruk). **Doświadczenia nad gruźlicą pęcherza i nerek.** Między innemi poleca S. zbadanie naoczne obu nerek od strony lędźwi, gdyż pośrednie sposoby badania sprawności nerek nieraz zawodzą. — Uwagę tę potwierdza Necker.

19. Ranzi (Wiedeń). **Szew naczyń u człowieka.** R. poleca szew podług Garrè-Sticha. 2 kazuistyczne spostrzeżenia szwu tętnicy barkowej.

20. Hacker (Grac). **Postępowanie celem autoplastycznego zastąpienia ścięgien palców.** Przy utracie ścięgien zastępuje je H. sąsiedniemi.

21. Lorenz (Wiedeń). **Odprowadzenie i ambulatoryjne leczenie złamania kości udowej.** L. poleca odprowadzenie w uśpieniu i umocowanie kończyny odwiedzionej, zgiętej i skręconej na wewnątrz.

22—23. Zapomocą projekcyi demonstruje Kuhn wyrób jałowego katgutu, Katholicky obrazy rzadszych cierpień stawowych.

24. Nötzel (Völklingen). **Dalsze badanie nad zachowaniem się gruczołów, zakażonych wessaniem drobnoustrojów.** N. zbija twierdzenie, jakoby gruczoły chłonne były stacyą ochronną, zatrzymującą drobnoustroje. Bardzo często spotykamy drobnoustroje już we krwi, a gruczoły najbliższe ogniska zakaźnego wcale jeszcze nie są zajęte. Zajęcie gruczołów zależy od charakteru zakażenia i jadowitości drobnoustrojów.

25. Jerusalem (Wiedeń). **Przypadłości po wycięciu wyrostka robaczkowego i ich leczenie.** Przypadłości po wycięciu wyrostka są bardzo częste, a występują one nawet u operowanych na zimno, zwłaszcza w tych przypadkach, w których

po operacyi nastąpiło podniesienie ciepłoty. J. odnosi te przypadłości do zrostów i poleca stosować w podobnych przypadkach duże dzwony Klappa, które wywołują przekrwienie powłok i rozluźniają blizny i zrosty.

Dyskusya: Fink odnosi przypadłości po wycięciu wyrostka nie tyle do zrostów, ile do przewlekłego zaparcia stolca, gdyż nie występują one po innych operacyach brzusznych tak często, choć tam również tworzą się napewno zrosty, nieraz nawet i większe, n. p. po operacyach na wątrobie. Storp zaleca skrupulatne zeszywania błony surowiczej i krezki.

26—28. Demonstracye: Wahl (Monachium) i Sandeder (Wiedeń) przyrządy ortopedyczne, Fink (Karlsbad) preparaty anatomiczne.

29. Dohan (Wiedeń). **Urazowy ból lędźwiowy** (*lumbago*). W wielu przypadkach urazowego powstania tego cierpienia wykazać można z pomocą promieni Röntgena wybitne zapalenie zniekształtniające, zwłaszcza w okolicy 4—5 kręgu lędźwiowego i to znaczniejsze po stronie lewej. Zwykle więc chodzi tu o zmiany przewlekłe, a uraz pogarsza tylko już istniejące cierpienie.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Dyskusya sanitarna w Sejmie galicyjskim rozwinęła się w toku rozpraw budżetowych w dniu 21. I. b. r. i zajęła prawie całe dwa posiedzenia tego dnia. Rozpoczął ją poseł dr Kurowiec, podnosząc, że poprzednia dyskusya (w r. 1908) miała dodatnie wyniki, gdyż Wydział krajowy zajął się sprawami, podniesionemi w rezolucyach i w miarę możności je wykonał. Następnie zwrócił mowca uwagę na niedostateczną jeszcze reprezentacyę Galicyi w Najwyższej Radzie zdrowia, na usterki w zwalczaniu chorób zakaźnych (dojazdy lekarzy urzędowych raz na tydzień do miejscowości, dotkniętych epidemią, są niewystarczające), na upośledzenie Galicyi przy rozdziale zapomóg z funduszów rządowych na zwalczanie gruźlicy i wreszcie wniósł rezolucye: 1) w sprawie ściągania kosztów leczenia, 2) o rozpatrzenie przez Wydział kraj. sprawy budowy 2 sanatoryów ludowych przeciwgruźliczych, 3) o założenie rządowego zakładu szczepień przeciw wodowstrętowi we Lwowie, 4) o reorganizacyę służby lekarskiej okręgowej, doroczną lustracyę okręgów i ogłaszanie sprawozdań z lustracyi, 5) o wyznaczanie celu podróży lekarzom, otrzymującym zapomogi z funduszów krajowych i o ogłaszanie przez Wydział kraj. sprawozdań z tych podróży, 6) o wprowadzenie do szpitali także ruskich SS. Miłosierdzia, 7) o podniesienie subwencyi dla »Narodnoj licznicy« we Lwowie z 1000 na 2000 K.

Posłowie Głąbiński, prezes Koła polskiego w Wiedniu, Starzyński i prof. dr Mars podnosili przewlekanie się sprawy budowy klinik lwowskich i apelowali do Wydziału kraj., aby ze swej strony przyspieszył tę piekącą sprawę. Członek Wydziału kraj., p. dr Bernadzikowski wyjaśniał przyczyny tego przewlekania się, broniąc Wydziału kraj. przed podnoszonymi zarzutami.

Poseł Lewicki zaznaczył, że rezolucya w sprawie Najw. Rady zdrowia byłaby bezprzedmiotową, bo reorganizacya Rady już nastąpiła, domagał się zaś powołania Rusinów do Kraj. Rady zdrowia, poczem omawiał usterki zakładu w Kulparkowie i potrzebę rychłej budowy szpitala zakaźnego we Lwowie. Potrzebę tę podnosił również p. Ciuchciński, (prezydent m. Lwowa), podkreślając ofiary, poniesione na ten cel przez gminę, oraz wnosząc, by wezwać Wydział kraj. do zbudowania wszystkich potrzebnych (8—9) pawilonów w ciągu lat pięciu.

Inni mowcy poruszali głównie konieczną potrzebę energiczniejszego zwalczania epidemii, a to głównie zapomocą szybszej organizacyi okręgów sanitarnych i nałożenia na lekarzy okręgowych większych obowiązków przy równoczesnem zwiększeniu ich płac. W tym kierunku przemawiali posłowie Staruch, Myroniuk-Zajaczuk i Sandulak, kładąc nacisk na epidemię kiły w Huculszczyźnie, p. Winniczuk, p. Cipser, który domagał się ostrego odosobniania chorych zakaźnych, zanim będą zbudowane pawilony epidemiczne, oraz p. Tracz, który dotknął także sprawy asanacyi kraju, instrukcyi lekarzy okręgowych, popierania przez kraj uzdrowisk galicyjskich, oraz przyspieszenia akcyi co do budowy nowych szpitali. Potrzebę udoskonalenia szpitalnictwa omawiał szerzej p. Stojałowski, wytykając nadmierną oszczędność i sądząc, że przy tychsamych wydatkach można osiągnąć lepsze wyniki przez racyonalniejszą gospodarkę.

Sprawozdawca p. dr Jabłoński poparł żądania w sprawie budowy klinik lwowskich. Przyjęto wniosek p. dra Kurowca o podwyższenie subwencyi dla »Narodnoj licznicy«, p. Dembowskiego o wyznaczenie 4000 K na pokrycie kosztu udziału kraju w wystawie higieny szkolnej w Paryżu, a wniosek p. prof. dra Marsa o pokrycie całego niedoboru szpitala św. Zofii we Lwowie, przechodzącego na własność kraju, odesłano do komisyi budżetowej zgodnie z propozycyą wnioskodawcy.

Co do rezolucyi p. dra Kurowca, których przyjęciu sprzeciwił się p. dr Bernadzikowski, ponieważ sprawy, objęte rezolucyami, częściowo były już przedmiotem osobnych ankiet, a częściowo są załatwione lub w toku (z zapatrywaniem tem polemizował jeszcze p. dr Kurowiec w drugiem przemówieniu) — to rezolucye te na wniosek p. Pinińskiego odesłano do komisyi budżetowej z poleceniem zdania sprawy w obecnej jeszcze sesyi.

Cała dyskusya, o ile można ocenić ze sprawozdań dziennikarskich, nie stała, jak się zdaje, na wysokości zadania; odnieśćby można wrażenie, że główny nacisk padł w niej jeszcze więcej, niż w r. 1908, na pewne tylko szczegóły, niewątpliwie bardzo ważne, ale wobec których nie powinnyby inne sprawy schodzić na plan drugi. Dodatnią stroną było silne zaznaczenie piekącej potrzeby budowy klinik lwowskich, uzupełnienia i reorganizacyi służby lekarskiej okręgowej łącznie ze sprawą instrukcyi dla lekarzy okręgowych i polepszenia ich bytu; ujemną stroną — pewne zabarwienie polityczne, któregoby w interesie samejże sprawy należało unikać, brak dokładnej oryentacyi w obecnym stanie działalności sanitarnej kraju u niektórych, brak odpowiedniego przygotowania u innych mówców. Nie było też widać dążności do ujęcia przedmiotu z ogólniejszego punktu, do wzniesienia rozpraw na poziom dyskusyi programowej, jakiej w tych sprawach dotychczas naprawdę w Sejmie nie było; to jednak da się tem wytłómaczyć, że dyskusya sanitarna była tym razem tylko niejako intruzem wśród rozpraw budżetowych i że — niema jeszcze w Sejmie naszym dostatecznego gruntu do takiego oświetlenia higieniczno-społecznych zadań kraju, jakie się im należy. Charakterystyczna pod tym względem jest okoliczność, że poseł Starzyński uważał za konieczne jeszcze zwracać uwagę, iż »gatunek istot, zwany człowiekiem, zaznaje stosunkowo mniejszej opieki, niż inne istoty żyjące« i że rezolucye p. dra Kurowca odesłano do rozpatrzenia — tylko komisyi budżetowej, pomijając komisyę sanitarną! R.

Sprawozdanie sanitarne z m. Mielca za r. 1909 podaje lekarz miejski w słowach następujących: »Wyodrębnienie tutejszej gminy sanitarnej, o które gmina wniosła podanie do namiestnictwa w r. z., dotąd nie nastąpiło. Rok 1909 był niepomyślny, gdyż panowały epidemie płonicy, odry, krztuśca, czerwonki (w powiecie bardzo znaczna, w mieście tylko kilka przypadków); błonicy i duru brzusznego było po kilka przypadków. Baraki epidemiczne, wybudowane w r. 1908, przydały się kilkakrotnie do odosobnienia chorych na płonicę. — Na 5000 ludności umarło 125 osób, z tego prawie połowa przypada na dzieci, zmarłe przeważnie z zapalenia płuc po odrze i płonicy i na zapalenie płuc samoistne (30), z nieżytu jelit (21); 2 dzieci zmarło na gruźlicze zapalenie opon; niedonoszonych 8. U dorosłych przyczyną śmierci był uwiąd starczy (18), wady serca (5), zapalenie płuc (3), rozedma płuc (4), dur brzuszny (2), rak (3), cukrzyca (1), gruźlica płuc (11), zapalenie nerek (1), udar mózgowy (9), miażdżyca (4), oparzenie (1), samobójstwo (2). — Z powodu braku funduszów zaniechała gmina wiercenia studni, zaczętego w r. 1908, a kanałów zbudowano tylko 200 m.; wybrukowano rynek i jedną ulicę. Brak kanalizacyi w większej części miasta daje się dotkliwie odczuwać, jako wielki brak sanitarny«. Dr. Józef Sternberg.

Osobnej ustawy o usypianiu domaga się Hewitt. Przedewszystkiem powinno być wzbronione usypiać nie lekarzom, a dalej usypiać tej samej osobie, która równocześnie ma operować (n. p. dentysta). W szpitalach chirurgicznych powinny być wprowadzone posady osobnych narkotyzerów. X.

Przy warszawskiem Stowarzyszeniu lekarzy polskich rozpoczęła swą działalność z d. 1. I. 1910 kasa dla chorych lekarzy, do której zapisało się około 200 członków.

Składka noworoczna na fundusz wdów i sierot im. ś. p. Jordana. Rok 1910.

I w tym roku podobnie, jak w poprzednich, Wydział Związku lekarzy rozesłał do wszystkich Kolegów po 50 znaczków

receptowych z prośbą o zakupno ich i używanie, ewentualnie nadesłanie daru na fundusz wdowi i sierocy im. Jordana, do którego wpływają dochody ze znaczków. I podobnie, jak w poprzednich latach, ofiarność kolegów nie zawiodła, składki płyną obficie, a Administracya znaczków receptowych już w styczniu b. r. odesłała do skarbnika Związku kwotę 1000 koron, by ją przyłączono do wspomnianego funduszu.

Wydział Związku dziękuje serdecznie tym Kolegom, którzy już składkę na rok bieżący przesłali i prosi usilnie resztę Kolegów, by czekiem lub w razie zagubienia go przekazem pieniężnym nadsyłali składki pod adresem Administracyi znaczków receptowych (Kraków, Floryańska 22, II piętro). Odsetki wspomnianego funduszu są przeznaczone na stałe zapomogi lub pensye dla najbardziej pomocy potrzebujących wdów i sierót po zmarłych naszych Kolegach, a jest ich spora liczba. Toteż fundacyi, przeznaczonych na pomoc dla wdów i sierót, niema i nie będzie nigdy zawiele, a każdy z nas wie, jak ciężką bywa dola niezaopatrzonych rodzin po zmarłych Kolegach i jak usilnie dążyć powinniśmy do zabezpieczenia wdowom naszym i sierotom skromnych choćby zasiłków.

W bieżącym roku nadesłali:

Po dwie korony: dr. dr.: H. Sokołowski, prym. Krokiewicz (2 K 50 h), Blassberg, B. Engländer, prof. Piltz, Pietrzycki, F. Eisenberg, J. Goldberger, S. Aronsohn, H. Weber, W. Wernikowski, T. Litwinowicz, K. Mitschka, E. Eichel, M. Puza, W. Margulies, Ciepielowski, C. Komorowski, C. Dolnicki, O. Hoffner, K. Zaleski, Józef Kadyi, R. Spira, W. Weissglas, I. Mehrer, prof. H. Kadyi, N. Herzig, A. Lukas, S. Kwiatkiewicz, R. Urbanik, N. Lilien, Fr. Kmietowicz, J. Walczyński, K. Budzyński, S. Nawrat, E. Kostyal, Rafał Landau, O. Lang, prof. Majewski, prof. Ciechanowski, Bruno Wojciechowski. (C. d. n.).

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 23. I. do 29. I. 1910 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Buczacz (Koropiec 5, Olesza 1, Barysz 1), Czortków (Bazar 5, Krzywołuka 1), Horodenka (Niezwiska 1, Żywaczów 1), Jaworów (Jaworów 1, Wierzbiany 3), Kałuż (Chocin 6, Dołżka 1), Peczeniżyn (Peczeniżyn 1), Rawa (Szczerzec 1), Skałat (Skałat 4, Zielona 1), Stryj (Podhorodce 4), Zborów (Kudobińce 1, Podhajczyki 5), — ospy pow. Tarnobrzeg (Chwałowice 1, Witkowice 1). Dr T.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 23. I. do 29. I. 1910 zgłoszono przypadków: błonicy 6 † 1 (w tem obcych 2 † —), krztuśca 1, płonicy 12 † 2 (4 † 1), odry 1, duru brzusznego 11 (8), nagm. zapalenia przyusznic 6. Dr Janiszewski.

Choroby zakaźne w Warszawie. Od 2. I. do 15. I. 1910 przybyło do szpitali warszawskich przypadków: ospy 69 † 18, odry 12, płonicy 15 † 3, błonicy 19 † 4, róży 17, duru plamistego 25 † 1, duru brzusznego 38 † 4. (Gaz. lek. Nr 5).

I. Zjazd Towarzystwa okulistów polskich w Krakowie.

Zawiązane w lipcu 1907 na Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie Towarzystwo okulistów polskich uchwaliło odbyć swój pierwszy Zjazd w Krakowie i wybrało komisyę wykonawczą, złożoną z r. dr. prof. Wicherkiewicza, jako prezesa, prof. dr. Macheka, prof. dr. Bednarskiego, r. dr. Bałłabana i prof. dr. Majewskiego. Z powodu zjazdu lekarzy czeskich w r. 1908, a międzynarodowych zjazdów okulistycznego i ogólnolekarskiego w r. 1909, nie mógł dotąd dojść do skutku I. Zjazd okulistów polskich. Obecnie Komitet miejscowy, działający w Krakowie pod przewodnictwem r. dw. prof. Wicherkiewicza, a do którego należą prof. K. W. Majewski, jako sekretarz, dr Witaliński, jako skarbnik, dr Rosenhauch (kierownik biura), dr Kleczkowski (kierownik wystawy) i dr Szafnicki (kierownik gospodarczy), ogłasza, że I. Zjazd polskich okulistów odbędzie się w lipcu 1910 i prosi Kolegów o podawanie tematów zamierzonych wykładów. Biuro Zjazdu znajduje się w klinice okulistycznej (Kraków, ul. Kopernika 40).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Otrzymujemy następujące pisma:

»Biblioteka Towarzystwa lekarskiego krakowskiego pragnie uzupełnić swój zbiór roczników »Kalendarza lekarskiego krakowskiego«, w którym brak jej lat 1892, 1897 i 1909 i uprasza Kolegów, którzyby przypadkiem posiadali jeszcze »Kalendarz« z tych lat, obecnie im niepotrzebny, aby zechcieli go łaskawie ofiarować dla uzupełnienia zbioru.

Bibliotekarz: Dr Blassberg«.

»Zarząd Biblioteki Towarzystwa lek. krakowskiego składa serdeczne podziękowanie koledze Drowi Podobińskiemu za cenne dzieła i roczniki, ofiarowane bibliotece Towarzystwa.

Bibliotekarz: Dr Blassberg«.

— Naczelny lekarz miejski, dr Janiszewski, prosi nas o zawiadomienie Kolegów zamieszkałych w Krakowie, że słuszne żądanie, aby w jednej przynajmniej z aptek był na każde zawołanie lód dla użytku chorych, zostało spełnione. Mianowicie apteka p. f. Wiszniewskiego zobowiązała się utrzymywać czysty lód sztuczny dla chorych i sprzedawać go po umiarkowanej cenie w każdej porze dnia i nocy.

— Inspektor sanitarny z Bośni, Dr Roman Sopiński, przechodząc na własne żądanie w stan spoczynku, mianowany został radcą rządu.

Warszawa. W ambulatoryum szpitala Dzieciątka Jezus udzielono w r. 1909 46.600 porad, w tem 16000 opatrunków chirurgicznych; w ambulatoryum pracowało 19 lekarzy, bezpłatnie, a tylko jeden z nich otrzymał tytuł (bezpłatnego) ordynatora, inni nie otrzymali nawet tytułów. Lekarstw bezpłatnych wydano 33500 z apteczki, obsługiwanej przez jedną jedyną zakonnicę; na całe ambulatoryum jest wszystkiego dwoje służby. (Gaz. lek. 5). Wyzysku lekarzy i służby dalej chyba posunąć niepodobna!

— Termin nadsyłania życiorysów i spisu prac do »Słownika lekarzy polskich«, wydawanego przez »Medycynę i Kronikę lek.«, przedłużono do 1. VII. 1910.

— »Medycyna i Kronika lekarska« ogłasza 3 konkursy o nagrody z daru dr. Majkowskiego, Rzętkowskiego i Kopytowskiego za najlepsze prace, drukowane w tem piśmie w r. 1910. Nagrody wynoszą za prace oryginalne po 100 rb., za najlepsze wykłady kliniczne lub streszczenia zbiorowe po 50 rb. Sąd konkursowy ustanowi Komitet redakcyjny pisma. Wynik konkursów ogłoszony zostanie na Nowy Rok 1911, co do konkursu z daru dra Kopytowskiego (prace z zakresu chorób wenerycznych i skórnych) na Nowy Rok 1912.

— Oddział częstochowski Towarzystwa higienicznego wszedł już w posiadanie placu, ofiarowanego na budowę łaźni ludowej przez p. Basińską i zobowiązał się postarać o zbudowanie łaźni w ciągu lat 3. Plany są już wypracowane przez inż. Fijałkowskiego i Bielskiego.

— W gubernii radomskiej działa obecnie 7 szpitali o 226 łóżkach, na których rocznie leczy się 3500—4000 chorych. Dwa szpitale są w Radomiu, po jednym w Sandomierzu, Staszowie, Opatowie, Opocznie i Iłży; dwa powiaty zaś nie mają wcale szpitali. Roczny wydatek na szpitale wynosi 69.778 rb. Gubernialna Rada dobr. publ. posiada na budowę szpitali w Końskich 28.277 rb., w Kozienicach 13.056 rb., w Ostrowcu 2.585 rb. i małe fundacye prywatne na urządzenie przytułków w Radomiu, Opatowie, Końskich, Kozienicach, Szydłowcu, Przedborzu i w osadzie Lipsko.

Łódź. W Towarzystwie lekarskiem na wyborach dorocznych w dniu 5 stycznia powołano: na prezesa A. Kruschego, na wice-prezesa S. Sterlinga, na sekretarza I. — E. Sonnenberga, na sekretarza II. A. Tomaszewskiego, na bibliotekarza I. Z. Prechnera, na bibliotekarza II. W. Jasińskiego, na skarbnika W. Littauera, na sekretarza stałego Ksawerego Jasińskiego, do sądu korporacyjnego na najbliższe trzechlecie: J. Grabowskiego, Ks. Jasińskiego, I. Perlisa, W. Pinkusa i S. Sterlinga.

Z różnych stron. Magistrat wiedeński polecił lekarzom donosić w 4-tygodniowych raportach dopóty o wszystkich przypadkach ostrego zapalenia przednich rogów rdzenia (»poliomyelitis anterior acuta«) aż chorzy nie zostaną wypuszczeni zupełnie z opieki lekarskiej.

Zmarli: Dr Wojciech Michał Glaubicz-Rokossowski, lekarz kolejowy i okręgowy w Sądowej Wiszni, w 39. r. ż.; padł prawdziwie na posterunku, nabawiwszy się tyfusu przy tłumieniu epidemii w powiecie, poczem rozwinęła się ciężka choroba nerkowa, która położyła kres życiu pełnego poświęcenia lekarza i obywatela.

Doroczne Walne Zgromadzenie Związku lekarzy rządowych odbędzie się **we Lwowie w d. 12. i 13. lutego 1910** w sali **Towarzystwa lekarzy galicyjskich** (ul. Dominikańska

Nr 11. Na porządku dziennym oprócz sprawozdań i wyborów znajdują się wykłady Prof. Kućery, Dra Friedberga, Dra Godłowskiego, Dra W. Czyżewicza, Dra Janikiewicza i Prof. Jurasza.

W dniu 11. lutego 1910 w lokalu **Biblioteki Medyków** (Kolegium Nowodworskiego) odbędzie się odczyt prof. dra E. Godlewskiego (jun.) p. t. »Geneza płci«.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Feolathan. Dr Winternitz: »Przyczynek do leczenia żelazem« (Wiener klin. Rundsch. Nr. 46. 1909). Niepowodzenie, jakiego wiele przetworów białkanów żelaza w praktyce doznało, stało się pobudką do sporządzenia »feolathanu«, nowego przetworu żelaza. — Feolathan jest siarkanem żelazawo-amonowym, w którym kwas siarkowy podstawiono kwasem mlecznym i tym sposobem żelazo związane nieorganicznie przeprowadzono w związek organiczny, łatwo ulegający w ustroju przyswojeniu z usunięciem szkodliwych działań, właściwych białkanom żelaza. — Skutkiem łatwej rozpuszczalności feolathanu, wessanie i przyswojenie następuje bardzo szybko.

Autor stosował skutecznie feolathan w niedokrwistości, w błednicy, w niemocy nerwowej, w histeryi i w gruźlicy, przyczem zauważył zwiększenie się ilości hemoglobiny i ilości czerw. ciałek krwi, jak również zmniejszenie się uczucia osłabienia i bólów głowy. Apetyt się wzmagał, i wogóle wyniki leczenia feolathanem wykazały znaczne korzyści.

Feolathan, wyrabiany w postaci pigułek, podawać należy 3 r. dz. po 2—3 pig. Hr. W.

Rok XLIX. Kraków, dnia 12 lutego 1910. Nr 7.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z kliniki lekarskiej i zakładu fizyologii Uniw. Jag. w Krakowie.

Wpływ podskórnych wstrzykiwań adrenaliny na wydzielanie moczu u człowieka.

Podali

Dr. Wł. Kluger, asystent kliniki lekarskiej U. J.

Dr St. Welecki, b. asystent zakł. fizyologii U. J.

W ostatnich latach pojawiło się kilka prac, opisujących zmiany w wydzielaniu moczu, wywołane doświadczalnie u zwierząt przez wstrzykiwania adrenaliny.

Schatiłow stwierdził to zjawisko na królikach, którym wstrzykiwał adrenalinę śródżylnie, stopniując dawki od najniższych do stosunkowo bardzo wysokich. Dawki małe wywoływały stale zwiększenie ilości moczu na dobę i pewne niestałe zmiany w wydzielaniu azotu. Dawki natomiast bardzo wielkie, zbliżone do dawek śmiertelnych, miały skutek wprost przeciwny: zmniejszenie ilości moczu, przechodzące czasem wprost w bezmocz, prawdopodobnie wskutek znacznego zwężenia naczyń obwodowych, jakoteż i naczyń nerki.

Ta druga część doświadczenia przechodziła zdaje się granice doświadczenia fizyologicznego, a wkraczała w granice patologii, ponieważ u wszystkich zwierząt, u których wielkiemi dawkami adrenaliny wywołano zmniejszenie ilości moczu, występował równocześnie białkomocz, a to wskazuje na bądź-co-bądź nieprawidłowy stan nerek.

Welecki, badając równocześnie tożsamo zjawisko, używał jednak metodyki zupełnie innej.

Przekonawszy się uprzednio przy pomocy doświadczeń na kimografionie, że adrenalina, wstrzykiwana podskórnie i śródotrzewnie, podnosi również ciśnienie, ale w sposób inny, dla mających się toczyć doświadczeń o wiele korzystniejszy, wybrał do swych badań, przeprowadzanych na świnkach morskich, tylko te sposoby podawania adrenaliny.

Po wstrzyknięciu bowiem adrenaliny podskórnie lub śródotrzewnie ciśnienie podnosi się powoli i nie do tak znacznej wysokości, jak po wstrzyknięciu śródżylnem, jednak na tej miernej wysokości, do której po wstrzyknięciu doszło, utrzymuje się bardzo długo; przytem stale daje się zauważyć znaczne wzmocnienie pracy serca.

Zwierzęta, poddane doświadczeniom, dostawały przez cały czas tę samą ilość pożywienia.

Każde poszczególne doświadczenie składało się z trzech okresów: 1) z okresu wstępnego, w którym badano mocz zwierzęcia prawidłowego co do ilości i składników, 2) okresu doświadczalnego, w którym wstrzykiwano adrenalinę w pewnych odstępach czasu przez jedną lub dwie doby, i to w dawkach małych, nie przekraczających nigdy 1 cm³ roztworu adrenaliny (Parke-Davis) 1:1000 na dobę, i wreszcie 3) z okresu końcowego, w którym już adrenaliny nie podawano, a badano ewentualne skutki po wczorajszem wstrzykiwaniu. Tą metodą wykonane badania wykazały, co następuje:

Ilość moczu dzienna już po niewielkich dawkach adrenaliny wzrastała znacznie, czasem nawet potrójnie i więcej, ciężar właściwy jego był znacznie mniejszy, ogólna (bezwzględna dzienna) ilość wydalanych z moczem produktów azotowych była mimo znacznego rozcieńczenia moczu pokaźnie zwiększona.

Również i doświadczenia Biberfelda, jakkolwiek znowu inną metodą wykonane, dały wyniki podobne.

Te trzy prace, wykonane prawie równocześnie i zupełnie niezależnie od siebie, jakoteż i praca E. Haasa, dały nam podnietę do powtórzenia tych dotychczas czysto teoretycznych badań na materyale klinicznym ludzkim, co też dzięki uprzejmemu pozwoleniu JWP. Prof. W. Jaworskiego wykonaliśmy w krakowskiej klinice lekarskiej.

Ernest Haas stwierdził mianowicie, że ze zwiększoną ilością moczu w następstwie sztucznie wywołanego wydzielania moczu idzie równolegle także i u niegłodzącego się człowieka zwiększenie do pewnego stopnia wydalania azotu. Nie pochodzi to, według Haasa, ze zwiększonego rozpadu białka, lecz z energiczniejszego wypłukiwania z tkanek produktów rozpadowych, zawierających azot.

Jakkolwiek, o ile chodzi o wydzielinę substancyi rdzennej nadnercza, względnie o adrenalinę, wpływu jej na przemianę materyi bezwzględnie wyłączyć nie można, przyznać jednak trzeba, że twierdzenie Haasa w znacznej mierze przyczynia się do wytłomaczenia tego nagłego i tak znacznego zwiększenia w moczu substancyi zawierających azot po podaniu adrenaliny.

Tem chętniej zaś przedsięwzięliśmy powtórzenie tych badań na ludziach, ponieważ przypuszczaliśmy, że tak znaczne i tego rodzaju wydzielanie moczu, wywołane nieszkodliwemi dawkami adrenaliny, mogłoby mieć również w pewnych przypadkach także znaczenie lecznicze.

Przed przystąpieniem do właściwych badań, wykona-

liśmy doświadczenia wstępne, mające na celu wykazanie, czy zapomocą małych dawek adrenaliny — (a tylko takiemi postanowiliśmy się posługiwać wobec zastraszających, przez niektórych autorów opisanych objawów) — da się również uzyskać pewne zmiany w ciśnieniu.

Mierzyliśmy ciśnienie przyrządem Riva-Rocciego. Z protokółów doświadczeń, których wykonaliśmy kilka z dawkami coraz to większemi, podamy tu dwa, t. j. I. z minimalną dawką działającą i II. z dawką naszem zdaniem maksymalną.

Doświadczenie I.

Badany A. S., lat 36, ciężar ciała 70 kg.

Ciśnienie przed wstrzyknięciem adrenal.: 95 mm Hg, tętno 62.

Wstrzyknięto podskórnie 0·00025 subst. czynnej adrenaliny (Parke-Davis).

Po 5 minutach:	ciśnienie 100 mm,	tętno	62
» 15 »	» 110 »	»	56
» 30 »	» 116 »	»	56
» 45 »	» 116 »	»	60
» 1 godzinie:	» 120 »	»	60
» 2 godzinach:	» 118 »	»	60.

Doświadczenie II.

Badany P. Ch., l. 19, waga 48,200 gr.

Przed doświadczeniem (prawidłowo) ciśnienie 112 mm, tętno: 72.

Wstrzyknięto podskórnie adrenaliny 0·001 subst. czynnej.

Ciśnienie po 5 minut.	= 180 mm,	tętno	b. szybkie
» » 15 »	= 170 »	»	dwubitne.
» » 20 »	= 140 »	»	spokojniejsze.

Wskutek tych objawów uznać musieliśmy dawkę w II. doświadczeniu za najwyższą, jaką bez znacznej szkody podać jeszcze można.

Poszczególnych co do tego doświadczeń przytaczać nie będziemy, bo różnią się one od siebie tylko wielkością dawki lub też stopniem wyniku, zresztą zaś są równe. We wszystkich otrzymaliśmy: mierne, jednak długo trwające podniesienie ciśnienia, a czasem zwolnienie tętna; dalej uderzające wzmocnienie koniuszkowego uderzenia serca.

Te tak małemi podskórnie wstrzykniętemi dawkami wywołane objawy, zgadzające się prawie zupełnie ze zjawiskami, występującemi u zwierząt, tem bardziej pozwoliły nam przypuszczać, że i w moczu da się wykazać pewne zmiany. W przedsięwziętych w tym celu badaniach przyjęliśmy metodykę, stosowaną przez Weleckiego, a powyżej już dokładnie opisaną. Nadmieniamy tu tylko, że do doświadczeń tych dobieraliśmy chorych, których układ krążenia i narząd moczowo-płciowy były bez zmian. Podczas dni doświadczalnych nie dostawali oni żadnych leków, co do dyety zaś, to przez dni badania dostawali codziennie pożywienie i napoje te same i w tej samej ilości.

Z tego szeregu badań podajemy tu kilka, których wyniki najlepiej same za sobą przemawiają.

I. Andrzej S., l. 36. Waga 70 kg. (Rozpozn.: Helminthiasis).

23. III. 1909. Ilość moczu 1200 cm³, ciężar gat. 1,018. Cukier (Nylander, Fehling, pr. z fhenylohydrazyną) = 0. Białko = 0. Odsetek N = 1·54%. Dzienna ilość N = 18,48 gr.

24. III. Wstrzyknięto podskórnie 0.0005 subst. czynn. adrenaliny. Ilość moczu 1300 cm³ c. g. 1,018. Cukier — białko = 0. Odsetek azotu N = 1,49%. Dzienna ilość N = 19·32 gr.

25. III. 1909. Nie wstrzykiwano adrenaliny. Ilość moczu 1300 cm³ c. g. 1,017. Odsetek N = 1,52%. Dzienna ilość N 19,76 gr. Cukier — białko = 0.

26. III. 1909. Wstrzyknięto podskórnie 0,001 subs. czynn. adrenaliny. Ilość moczu = 1800 cm³ c. g. 1,016. Białko — cukier = 0. Odsetek N = 1,37%. Dzienna ilość N = 24·66 gr.

II. Ten sam chory badany po 3 dniach przerwy.

29. III. Ilość moczu 1000 cm³ c. g. = 1,017. Cukier — białko = 0. Odsetek N = 1,43%. Dzienna ilość N = 14.3 gr.

30. III. Wstrzyknięto podskórnie 0·001 subst. czynn. adrenaliny. Ilość moczu 1500 cm³ c. g. 1016. Cukier — białko = 0. Odsetek N 1,52%. Dzienna ilość N = 22,8 gr.

31. III. Nie wstrzykiwano adrenaliny. Ilość moczu 1400 cm³ c. g. 1,015. Cukier — białko = 0, Odsetek N = 1,482%. Dzienna ilość N = 20,548 gr.

1. IV. Nie wstrzykiwano adrenaliny. Ilość moczu 1350 cm³. Cukier — białko = 0. Odsetek azotu: 1,478%. Dzienna ilość 18,993 gr.

III. Piotr Chr., l. 19. Waży 48 kg. (Rozp.: Tumor lienis minoris gradus probabiliter malaricus).

28. IV. 1909. Ilość moczu praw. 1,050 c. g. 1023. Białko — cukier = 0. Odsetek N 1,39%. Dzienna ilość N 14,495 gr.

29. IV. 1909. Wstrzyknięto adrenaliny 0·00025 subst. czynnej. Ilość moczu 1400 cm³ c. g. 1,016. Odsetek N = 1,32%. Dzienna ilość N = 18,48 gr. Białko — cukier = 0.

30. IV. Wstrzyknięto adrenaliny 0·0025 subst. czynnej. Ilość moczu 1850 cm³ ciężar gat. 1,014. Białko — cukier = 0. Odsetek azotu 1,19%. Dzienna ilość N = 22,015.

1. V. Nie wstrzykiwano adrenaliny. Ilość moczu 1150 cm³, moczu nie zbadano chemicznie.

IV. Ten sam chory po 5-dniowej przerwie.

7. V. Ilość moczu (norm.) 1250 cm³ c. g. 1,025. Białko — cukier = 0. Odsetek N = 1,29%. Dzienna ilość 16,125.

8. V. 1909. Wstrzyknięto podskórnie adrenaliny 0,00025 s. czyn. Ilość moczu 1600 cm³ c. g. 1,018. Odsetek azotu = 1,8%. Dzienna ilość 18,88 gr. Białko — cukier = 0.

9. V. Nie wstrzykiwano adrenaliny. Ilość moczu 1350 c. g. 1,020. Odsetek N = 1,27%. Dzienna ilość 17,45 gr. Białko — cukier = 0.

Te wyniki upoważniają nas do następujących wniosków:

1) Człowiek znosi mierne dawki adrenaliny bez szkodliwych następstw. Jako dawkę już nieobojętną, bo wywołującą zaburzenia ze strony serca i przykre uczucia podmiotowe uważamy 0·001 gr substancyi czynnej adrenaliny (t. j. 1 cm³ rozcz. 1 : 1000) dla człowieka, ważącego mniej więcej 50 kilogramów.

2) Skutkiem podskórnych wstrzykiwań adrenaliny bywa u człowieka: mierne, lecz długo trwające podniesienie ciśnienia tętniczego, wzmocnienie i czasem zwolnienie pracy serca i znaczne zwiększenie ilości moczu.

3) Mocz po adrenalinie odznacza się mniejszym ciężarem gatunkowym, a bezwzględna ilość wydalonych z nim produktów azotowych zwiększa się. Jakkolwiek zwiększone wydzielanie moczu możnaby uważać za skutek podniesionego ciśnienia i wzmożonej pracy serca, to jednak to, tak stałe i znaczne, a nie zawsze proporcyonalne do ilości moczu zwiększenie ilości produktów, azot zawierających, każe nam przypuszczać, że adrenalina wywiera jakiś głębszy wpływ na przemianę materyi.

Piśmiennictwo. 1) Bieberfeld: Pflüg. Arch. f. Phys. CXIX. 6—8 p. 341. O dyurezie po injekcyach suprareniny. — 2) Bie-

berfeld: Pflüg. Arch. f. Phys. CXXI p. 265. Teorya sekrecyi nerek. — 3) Welecki: Roczniki Akad. Um. w Krakowie, 1907. Przyczynek do znajomości fizyologicznego działania nadnercza i adrenaliny. — 4) Schatiłow: Engelmans Arch. f. Psysiolog. 1908. Wydzielanie nerek w świetle działania adrenaliny. — 5) Welecki: Roczn. Akad. Umiejęt. w Krakowie, 1909. Zesz. I. Badania nad wpływem adrenaliny na wydzielanie CO_2 i moczu.

Rzut oka na nowsze zdobycze dyagnostyczne w medycynie wewnętrznej.

Wykład wstępny na kursie medycyny wewnętrznej dla lekarzy praktycznych

Podał

Doc. Dr Erwin Męsowicz.

(Dokończenie).

Drugi rodzaj niemiarowości serca polega na t. zw. skurczach dodatkowych serca (opisanych przez Engelmanna, Wenkebacha, Heringa, Mackenziego). Jeżeli serce zostanie pobudzone do skurczu jakimś bodźcem dodatkowym, nie przypadającym w okresie powstawania bodźców prawidłowych, lub jeżeli mięsień sercowy jest na wszelkie bodźce, na które prawidłowo nie oddziaływa, nadmiernie wrażliwy, np. w przypadkach, gdzie nagle powstaje niestosunek między siłą mięśnia sercowego, a oporami w krążeniu, to wówczas powstają między prawidłowymi, rytmicznymi skurczami serca, dodatkowe skurcze, bądźto przedsionków, bądź też komór (extra systole). Ponieważ mięsień sercowy po każdym skurczu popada w t. zw. stan refrakcyi, to znaczy przez jakiś czas nie oddziaływa na bodźce ruchowe, wychodzące z przedsionka, zatem bardzo często, po skurczu dodatkowym serca, nie następuje w odpowiednim okresie skurcz prawidłowy. Jeżeli bodziec dodatkowy (Extrareiz) zadrażni komorę, to przedsionek kurczy się zwykłym swym rytmem, jak na krzywej tętna, zdjętej z żyły szyjnej, zobaczyć możemy, natomiast na równoczasowej krzywej tętna komory (zdjętej z tętnicy szyjnej) spostrzegamy dwie fale skurczowe, gdyż po fali skurczu prawidłowego następuje jeszcze fala skurczu dodatkowego. Po skurczu dodatkowym następuje okres refrakcyi mięśnia sercowego. Mięsień sercowy komory nie kurczy się w swoim czasie, tworząc przez to tak zwaną »pauzę wyrównawczą (kompensacyjną)«. Skurcz, następujący po takiej pauzie, odznacza się wielką siłą i wzmożonem uderzeniem końca serca, chorzy doskonale to »zatrzymywanie się« serca i następujący po niem silniejszy skurcz serca odczuwają. Jest to najczęstsza postać niemiarowości. Skurcze serca dodatkowe mogą być niewinnem zaburzeniem w czynności serca, mogą się nawet przez dłuższy czas utrzymywać, nie wywołując innych objawów w zakresie narządu krążenia. Mogą zupełnie nawet po długiem trwaniu zniknąć. Jednakowoż tak samo mogą być skurcze serca dodatkowe pierwszym objawem rozpoczynających się zmian anatomicznych w mięśniu sercowym i dlatego stwierdzenie niemiarowości serca powinno zwracać uwagę lekarza na troskliwe zbadanie nietylko narządu krążenia, ale i całego chorego i jego sposobu życia.

Stosownie do tego, czy bodźce dodatkowe wychodzą względnie zadrażniają przedsionek, czy też komorę, powstają najrozmaitsze postacie niemiarowości.

Aczkolwiek badanie niemiarowości serca tak przez fizyologów, jak i klinicystów, dostarczyło wielu ciekawych spostrzeżeń i oświetliło nieznane nam dotąd tajniki czynności serca, mimo to przyznać należy, że cała ta mnogość badań i niepomiernie narosła z tego powodu literatura, praktycznie znacznych wyników nie wyprodukowała. Bądź co bądź jednak bliższe wglądnięcie w sprawę niemiarowości pozwala nam nieraz na ściślejsze rokowanie i bardziej celowe postępowanie lecznicze.

Częstsze zastosowanie praktyczne znajduje w chorobach narządu krążenia mierzenie ciśnienia krwi w układzie tętniczym. Od czasu wprowadzenia do użytku klinicznego przyrządów do bezkrwawego mierzenia ciśnienia krwi, że wspomnę tu tylko o przyrządach Bascha, Gärtnera, Riva Rocciego, Recklinghausena i t. d., przekonano się, że ciśnienie krwi w układzie tętniczym człowieka podlega w warunkach chorobowych bardzo wybitnym wahaniom. Ponieważ mierzenie ciśnienia krwi jest obecnie zabiegiem bezkrwawym i łatwo oraz szybko daje się wykonać, przeto metoda ta weszła szybko w użycie i to nietylko w klinikach, ale także nawet w praktyce prywatnej.

Od czasu wprowadzenia do użytku klinicznego sposobów badania ciśnienia krwi zmieniły się bardzo zapatrywania na zachowanie się ciśnienia krwi w najrozmaitszych sprawach chorobowych. Wiemy obecnie, że znacznie częściej w najrozmaitszych sprawach chorobowych spotykamy się z podniesionem parciem krwi, aniżeli z obniżonem. Wiemy, że nawet w przebiegu najrozmaitszych wad sercowych w okresie niewyrównania, gdy występują wyraźne objawy zastoju żylnego, które to objawy uważano za następstwo osłabienia czynności mięśnia sercowego z powodu zmian degeneracyjnych w nim się toczących, parcie krwi w układzie tętniczym jest bardzo często znacznie podniesione. Wynikałoby z tego, że serce w stanach tych posiada jeszcze taką siłę, że może wytworzyć i utrzymać parcie krwi na znacznej wysokości i że przyczyną podniesionego parcia krwi i zaburzeń w krążeniu są może zmiany w krążeniu obwodowem. Wiemy zaś z badań najnowszych, że drobne tętniczki i naczynia włosowate odgrywają bardzo ważną rolę w mechanice ruchu krwi.

Mierzenie ciśnienia krwi ma znaczenie rozpoznawcze w chorobach nerek. W chorobach nerek w przebiegu lub następstwie gruźlicy płuc, duru brzusznego, spraw septycznych i w niektórych postaciach skazy moczanowej ciśnienie krwi nie okazuje zmian c… bowych. Znaczne podniesienie parcia krwi napotykamy w przebiegu przewlekłego śródmiąższowego zapalenia nerek (nephritis chr. interstitialis), i to niekiedy już w tych okresach, kiedy nie ma jeszcze wyraźnych objawów w moczu i gdzie brak jeszcze białka w moczu. Gdy w warunkach prawidłowych ciśnienie krwi u człowieka wynosi około 100 mm. Hg., podnosi się ono we wspomnianej chorobie nerkowej do 250 mm. słupa Hg. Jeżeli wartości te przeliczymy na wysokość słupa krwi, to w warunkach prawidłowych ciśnienie w układzie tętniczym wynosi 1 m. 20 cm słupa krwi, w warunkach opisanego podniesienia parcia krwi 3 m. Rozpoznanie rozsianych spraw zapalnych w nerkach, przebiegających ze skłonnością do napadów mocznicy, zyskało przez oznaczanie ciśnienia krwi i stwierdzenie jego wzmożenia się, na pewności. Badanie ciśnienia krwi w przebiegu łagodnych białkomoczów, na-

potykanych w wieku młodocianym, jest także niezmiernej wagi, jeżeli chodzi o rozróżnienie spraw tych od przewlekłych, nieraz przez długi czas skrycie przebiegających spraw zapalnych w nerkach. W przebiegu białkomoczu t. zw. fizyologicznego lub ortostatycznego ciśnienie krwi waha się w granicach prawidłowych; ciśnienie krwi w białkomoczach, które zależą od sprawy zapalnej nerek, skrycie przebiegającej, np. w następstwie płonicy, zazwyczaj bywa podniesione.

W przebiegu stwardnienia tętnic i to szczególnie w przebiegu stwardnienia naczyń drobnych (angiosclerosis) napotykamy także znaczne podniesienie parcia krwi. Stwardnienie tętnicy głównej nie wywołuje podniesienia parcia krwi. Napady zaś dusznicy sercowej wywołują nieraz znaczne, ale przemijające podniesienie parcia krwi.

Podniesienie parcia krwi spotykamy następnie często u ludzi krwistych, otyłych, wykraczających »in Baccho«, palących nadmiernie, nerwowych i wrażliwych, przepracowanych umysłowo. Stwierdzenie podniesienia parcia krwi w tych stanach ma wielkie znaczenie nietylko rozpoznawcze, ale i prognostyczne. Rokowanie w przypadkach takich powinno być zawsze ostrożne, bo układ naczyniowy u chorych z objawami podniesienia parcia krwi nie jest już prawidłowy, a obserwacya kliniczna tych przypadków stwierdza skłonność do krwotoków mózgowych.

Przy mierzeniu ciśnienia zapomocą przyrządu Riva-Rocciego, który jest bardzo wygodny, postępujemy w ten sposób, że mankietem gumowym opasujemy ramię. Ten mankiet gumowy połączony jest z manometrem i pompką powietrzną. Przez napompowanie powietrza do mankietu gumowego uciskamy tętnicę ramieniową. Równocześnie obmacujemy tętnicę sprychową. Możemy stwierdzić przy obmacywaniu tętnicy sprychowej dwa zjawiska. Przy pewnem ciśnieniu, które można odczytać na manometrze, stwierdzamy chwilę, w której równa dotąd fala tętnicy sprychowej poczyna się zmniejszać. Następnie stwierdzamy chwilę taką, w której fala w tętnicy sprychowej znika i odczytujemy równocześnie na manometrze, jakie ciśnienie wywołało to zniknięcie.

Zmniejszanie się fali tętna w tętnicy sprychowej odpowiada najniższemu ciśnieniu w tętnicy, zupełne zniknięcie tętna odpowiada najwyższemu czyli skurczowemu ciśnieniu. Otrzymujemy dwie wartości, z których jedna odpowiada najniższemu ciśnieniu w tętnicy, istniejącemu w czasie rozkurczu, druga najwyższemu ciśnieniu w czasie skurczu serca. Różnica tych dwu wartości daje nam wyobrażenie o ciśnieniu tętniczem, a palcem wyczuwalne różnice w zachowaniu się tętna są właśnie zależne od tej różnicy, a nie od zachowania się ciśnienia skurczowego. Jeżeli np. po podaniu naparstnicy stwierdzamy lepiej napięte tętno, to objaw ten wcale nie zależy od podniesienia się ciśnienia skurczowego, gdyż ciśnienie to w bardzo wielu przypadkach korzystnego działania naparstnicy nawet obniża się. Objaw ten zależy tylko od powiększenia się różnicy między minimum rozkurczowem a maximum skurczowem. Różnica między tem maximum i minimum ciśnienia fali tętna zależy najwięcej od ilości krwi, którą każdy skurcz serca do układu naczyniowego wyciska, jest zatem poniekąd wskaźnikiem wielkości pracy serca i szybkości ruchu krwi. Wysokość ciśnienia skurczowego zależy zaś nietylko od ilości krwi, wyciskanej przez każdy skurcz serca, lecz także i od oporów w krążeniu obwodowem, na które krew natrafia. Jeżeli opory w krążeniu obwodowem są znaczne, to ciśnienie skurczowe będzie również znaczne, a ciśnienie w czasie rozkurczu będzie mało opadać. Jeżeli zaś opory w krążeniu obwodowem są nieznaczne, to ciśnienie skurczowe nie dochodzi do wysokich wartości, gdyż krew łatwiej przedostaje się przez całą sieć naczyń drobnych, a równocześnie z tego samego powodu i ciśnienie w czasie rozkurczu opada do niższych wartości.

Baczne uwzględnienie tych objawów pozwala nieraz wysnuć z nich najrozmaitsze wnioski, tak co do stanu samego mięśnia sercowego, jak i co do oporów w krążeniu i zachowaniu się ich wobec środków sercowych, ma więc znaczenie nietylko w rozpoznawaniu, ale i w rokowaniu.

Znacznie postąpiła w ostatnich czasach dyagnostyka hematologiczna. Liczenie krwinek czerwonych i białych, oznaczenie odsetki hemoglobiny, badanie mikroskopowe barwionych preparatów krwi, znalazły szerokie zastosowanie w praktyce lekarskiej. Mikroskopowe badanie preparatów krwi zostało nadzwyczajnie uproszczone przez to, że odpada obecnie czynność ustalania preparatów krwi. Preparat krwi równocześnie bowiem możemy ustalać i barwić, posługując się rozczynem eozyny i błękitu metylowego w alkoholu metylowym. Po kilkuminutowem zanurzeniu preparatu w tym rozczynie, opłukujemy go wodą i możemy wprost oglądać pod mikroskopem. Metoda ta zupełnie wystarcza do oznaczenia wszelkiego rodzaju zmian hematologicznych, które mogą mieć praktyczne znaczenie.

W przebiegu wszelkich spraw zakaźnych w ustroju, szczególniej w tych, wśród których występują równocześnie miejscowe stany zapalne, spostrzegamy we krwi znaczne wzmożenie się ilości leukocytów. W przebiegu wszelkich świeżych nieotorbionych ropni gardła, wątroby, śledziony, ropień w okolicy jelita ślepego, ropnych spraw dróg żółciowych, w przebiegu włóknikowego zapalenia płuc, w płonicy, róży, wzrasta liczba leukocytów z prawidłowej ilości 4—8000 na 10—20000, a niekiedy wyżej Jest to oznaką silnego odczynu i obrony ustroju wobec drobnoustrojów chorobowych.

Jeżeli zaś do ustroju dostają się i rozwijają się w nim jadowite mikroby, albo też jeżeli mikroby te wdzierają się wprost do krążenia, tak, że ustrój nie zdołał w miejscu ich wtargnięcia bronić się przed nimi sprawą zapalną, połączoną z imigracyą leukocytów, to wówczas leukocytoza krwi spada niżej wartości prawidłowych, a więc niżej 4000, czasem do 2000. Stan ten krwi, zwany leukopenią, jest często oznaką bardzo ciężkiego zakażenia i stanowi wyraz albo ujemnie hemotaktycznego działania toksyn, albo też uszkodzenia i upośledzenia czynności narządu krwiotwórczego. Leukopenia w zapaleniu płuc włóknikowem jest oznaką bardzo ciężkiego zakażenia i pogarsza rokowanie. Jeżeli w przebiegu zapalenia wyrostka robaczkowego ilość leukocytów we krwi szybko wzrasta, to świadczy to o ropieniach i przemawia za zabiegiem operacyjnym; ale i przeciwnie, silne zakażenie jamy otrzewnej, szczególniej po przebiciu ropy, może wywołać nagłą leukopenię i być również wskazówką, przemawiającą za operacyą.

W wielu sprawach septycznych, a także i w przebiegu duru brzusznego, gdyż i w tej chorobie krążą mikroby we krwi, stwierdzamy wybitną leukopenię. Leuko-

penia w przebiegu duru brzusznego cechuje się tem, że dotyczy głównie wielojądrzastych krwinek białych. Ciałka eozynochłonne znikają prawie zupełnie z obiegu krwi.

Leukopenia w przebiegu duru brzusznego zjawia się już w pierwszym tygodniu choroby, a więc w okresie takim, gdzie inne czynniki rozpoznawcze, nie wyłączając odczynu dwuazowego (diazoreakcyi) w moczu i odczynu Gruber-Widala, jeszcze zawodzą. Musimy zatem objaw ten uważać ze względu na rozpoznanie duru brzusznego we wczesnych okresach choroby, za nader ważny i pożyteczny. Jeżeli w przebiegu duru brzusznego stwierdzimy zwiększenie się ilości leukocytów wielojądrzastych, to prawie z pewnością możemy się spodziewać jakiegoś powikłania przyrody zapalnej, jak n. p. zapalenia płuc, ropienia, zapalenia opon mózgowych. Niekiedy zaś stwierdzamy w przebiegu duru brzusznego nagły spadek ilości limfocytów. Objaw ten jest bardzo ważny jako »signum mali ominis« i to nietylko w przebiegu duru brzusznego, ale i w przebiegu innych chorób zakaźnych.

W przebiegu wszystkich ciężkich chorób zakaźnych, które wywierają wpływ szkodliwy na krew, stwierdzamy jeszcze jeden szczegół. Wśród wielojądrzastych neutrofilnych krwinek białych przeważają postacie o jądrach mało karbowanych, gdy natomiast krwinki o jądrach głęboko karbowanych znajdują się w mniejszości. Jądra karbowane głęboko mają cechować starsze krwinki białe. Arneth oparł na obliczaniu starszych (karbowanych) i młodszych ciałek neutrofilnych cały system hematologiczny i przypisuje mu znaczenie w rokowaniu.

W przebiegu bardzo ciężkich spraw zakaźnych lub w przebiegu ciężkich schorzeń wątroby napotykamy także we krwi pojedyncze myelocyty (niedojrzałe krwinki białe, zawierające ziarninę i okrągłe jądro), które w prawidłowych warunkach znajdują się tylko w szpiku kostnym, w warunkach zaś chorobowych pojawiają się w znacznej liczbie we krwi chorych na białaczkę. Badanie krwi, a mianowicie stwierdzenie 10-krotnie lub nawet więcej wzmożonej ilości krwinek eozynochłonnych we krwi, ułatwia ogromnie rozpoznanie włośnicy (trichinosis). Wzmożenie ilości krwinek eozynochłonnych występuje także z powodu obecności pasorzytów w jamie brzusznej, n. p. z powodu tęgoryjca (anchylostomum) lub tasiemców.

W przebiegu dychawicy oskrzelowej, szczególnie w czasie napadu, ilość ciałek eozynochłonnych w krwi wzmaga się do 10% wszystkich krwinek białych. Objaw ten jest rozpoznawczo ważny w tych przypadkach, gdzie niema plwociny, i w tych przypadkach, gdzie chodzi o odróżnienie niektórych postaci gruźlicy.

Często musimy rozstrzygnąć rozpoznawczo i prognostycznie niezmiernie ważne pytanie, czy mamy przed sobą niedokrwistość pierwotną, n. p. blednicę, lub niedokrwistość złośliwą, czy też niedokrwistość następową, n. p. po krwotokach, zatruciach, w przebiegu nowotworów. Badanie krwi niezawsze może rozstrzygnąć pytanie, czy mamy przed sobą krew bledniczą, czy też niedokrwistość następową, n. p. po krwotoku żołądkowym, jelitowym lub w następstwie porodu i t. d. W obu bowiem przypadkach jest odsetka hemoglobiny znacznie niżej obniżona, aniżeli ilość krwinek czerwonych, a to z tego powodu, że po krótkotrwałem uszkodzeniu krwi, odradzanie się krwinek czerwonych postępuje znacznie szybciej, aniżeli odradzanie się hemoglobiny. We wszystkich takich stanach, gdzie następuje przyspieszone i nagłe odradzanie krwinek czerwonych, możemy napotykać krwinki czerwone z jądrami, ale prawidłowej wielkości (normoblasty). W przebiegu niedokrwistości następowych ilość krwinek białych jest prawidłowa, albo wzmożona, ilość płytek krwi wzmożona. Przeciwnie zaś w przebiegu niedokrwistości złośliwej jest ilość krwinek białych zmniejszona, i zmniejszenie to dotyczy głównie leukocytów wielojądrzastych. Również zmniejszona jest także ilość płytek krwi. Cechującym dalej niedokrwistość złośliwą jest objaw, że odsetka hemoglobiny nie jest w tym samym stopniu zmniejszona, jak ilość krwinek czerwonych, że zjawiają się bardzo duże krwinki czerwone z bladem jądrem (megaloblasty). Zjawianie się megaloblastów tłómaczymy sobie w ten sposób, że z powodu znacznego uszkodzenia narządów krwiotwórczych, odradzanie krwi odbywa się już nietylko w szpiku kostnym, ale także w ten sposób, jak u zarodka, mianowicie w wątrobie, śledzionie i gruczołach limfatycznych (Erich Mayer). Ponieważ jednak dzisiaj wiemy, że etyologia niedokrwistości złośliwej nie jest jednolita, gdyż obraz tej choroby napotykamy także jako następstwo przebywania w przewodzie pokarmowym pasorzytów, jak bróździogłowiec (botriocephalus latus), tęgoryjec (anchylostomum), jako następstwo kiły, a nawet nowotworów, zatem i zjawianie się megaloblastów we krwi będziemy uważać tylko za wysiłek ustroju, odtwarzającego wszelkimi sposobami, w końcu zarodkowym, stale i ciężko upośledzaną krew.

W ostatnich czasach stwierdzono także patologiczne zwiększenie się ilości krwinek. Stan ten, zwany policytemią, cechuje się tem, że ilość krwinek czerwonych z' 5,000.000 podnosi się na 7—10 milionów. Chorzy tacy mają czerwoną lub sinawą cerę, nastrzykane spojówki. Stan ten napotykamy w przebiegu niektórych wad serca, w początkach marskości nerek, a także w sprawach zastoinowych wątroby i śledziony.

W niektórych zatruciach, n. p. w zatruciu ołowiem, napotykamy t. zw. krwinki czerwone nakrapiane (Grawitz). Krwinki takie zawierają w sobie drobne punkciki, które barwią się podobnie, jak jądra, barwikami zasadowymi. Zjawianie się krwinek czerwonych nakrapianych należy uważać za objaw uszkodzenia narządu krwiotwórczego i w związku z tem będącego odradzania krwi.

W związku z hematologią pozostaje t. zw. cytodyagnostyka, po raz pierwszy klinicznie stosowana w klinice krakowskiej (E. Korczyński, Wernicki). Jeżeli płyn z nakłucia, czy to opłucnego, czy otrzewnego, czy też z kanału mózgowo-rdzeniowego odwirujemy, to otrzymany osad, który się składa z rozmaitego rodzaju komórek. Jeżeli osad ten rozpostrzenimy na szkiełku i zabarwimy podobnie, jak krew, to stwierdzimy, że w osadzie takim znajdują się albo limfocyty, albo leukocyty wielojądrzaste. Z liczby i stosunku do siebie tych rodzajów krwinek białych możemy wnosić o przyrodzie płynu, z którego zostały uzyskane. W wysiękach opłucnych w przebiegu zapalenia płuc włóknikowego lub w następstwie innych ostrych spraw zapalnych znajdujemy prawie same krwinki białe wielojądrzaste. W wysiękach opłucnych na tle gruźliczem stwierdzamy prawie zawsze przeważającą ilość limfocytów. Taki sam obraz

napotykamy także w płynach, uzyskanych z nakłucia lędźwiowego w przebiegu zapaleń opon, bądź to na tle dwoinek zapalenia płuc (pneumokoków) i dwoinek zapalenia opon (meningokoków), bądź też na tle bakteryi gruźliczych.

Pamiętać jednak należy, że w przebiegu spraw gruźliczych bardzo często rozwinąć się także mogą sprawy ropne, które mogą wywołać zjawianie się w wysiękach ciałek białych wielojądrzastych.

Wspomnieć tu należy, że w przebiegu wiądu rdzenia i porażenia postępowego stwierdzamy w płynie mózgowordzeniowym także zwiększoną ilość limfocytów. Świadczyłoby to o tem, że sprawy te przebiegają wśród przewlekłego stanu zapalnego opon.

Wielkimi postępami w rozpoznawaniu chorób zakaźnych może się pochlubić bakteryologia. Ponieważ zdobycze bakteryologii i nauki o odporności, o ile wchodzą w zakres dyagnostyki, są jeszcze dotąd po największej części polem dla badań w odpowiednio urządzonych pracowniach klinicznych, zatem tylko krótko je tutaj poruszyć mogę. Stwierdzanie bakteryi błonicy, prątków gruźliczych w kale i moczu, wykrywanie drobnoustrojów krążących we krwi w przebiegu spraw septycznych, lub w przebiegu duru, wymaga specyalnej wprawy. i odpowiedniego urządzenia. Zaprzeczyć się jednak nie da, że te metody bezpośredniego stwierdzania mikrobów chorobotwórczych mają rozstrzygające znaczenie rozpoznawcze.

To samo można powiedzieć o odczynie Widal-Grubera, w którym zapomocą surowicy chorego na dur brzuszny działamy na bakterye durowe. Zlepianie się tych bakteryi pod wpływem rozcieńczonej surowicy chorego na dur, t. zw. aglutynacya, przemawia za tem, że chory przebywa lub kiedyś przebywał dur.

Usiłowania wczesnego rozpoznawania gruźlicy wydały dwie metody rozpoznawcze, o których w kilku słowach wspomnieć muszę.

Sposób Pirqueta polega na tem, że w skórę, ponacinaną podobnie, jak do szczepienia ospy, wcieramy rozczyn tuberkuliny. W razie, jeżeli istnieje w ustroju jakieś ognisko gruźlicze, w miejscu zaszczepionem powstaje wyraźny odczyn w postaci guzka (papula). Dobrze jest zawsze obok ponacinać skórę dla kontroli. Doświadczenie wykazało jednak, że metoda Pirqueta u ludzi dorosłych daje prawie stale wyniki dodatnie i tylko u dzieci małych może mieć wartość rozpoznawczą.

Metoda Wolf Eisnera-Calmetta polega na tem, że do worka spojówkowego chorego, podejrzanego co do gruźlicy, wpuszczamy $^1/_2 - 1\%$ rozczyn pierwotnej tuberkuliny Kocha (po kilka kropli). Po 8—24 godzinach występuje u osób gruźliczych silne zapalenie spojówki w postaci zaczerwienienia części lub całej błony spojówkowej. Zjawienie się tego odczynu przemawia za tem, szczególnie jeżeli użyliśmy 1% rozczynu tuberkuliny, że w ustroju istnieje czynna sprawa gruźlicza (Citron).

Odkrycie wiązania komplementów przez Bordeta i Gengou doprowadziło Wassermana do użycia tej zdobyczy serologicznej do rozpoznawania zakażenia kiłowego. Z umysłu pomijam tu przedstawienie uzasadnienia teoretycznego, jakoteż szczegółów dość zawiłej techniki próby Wassermana. Przedstawię tylko wyniki, uzyskane tą metodą. Próba Wassermana pozwala z wielką pewnością rozpoznać zakażenie kiłowe. Napotykamy odczyn ten we wszystkich okresach zakażenia kiłowego i w późnych zmianach pokiłowych (wiąd rdzenia, porażenie postępowe, tętniaki i t. p.). Ujemny wynik daje próba Wassermana we wczesnych okresach kiły, oraz niekiedy w bardzo późnych zmianach pokiłowych, które leczone były rtęcią, lub u chorych, którzy dawno przebyli kiłę i zmian żadnych nie okazują. Pamiętać należy, że dodatni odczyn Wassermana przemawia za kiłą, ujemny zaś jej nie wyłącza.

Metoda opsoninowa Wrighta polega na tem, że surowicą ludzką działamy na zawiesinę bakteryi. Te łatwiej wówczas zostają przez krwinki białe pożerane, aniżeli bakterye, które nie były pod działaniem surowicy. Metoda ta, używana głównie w Anglii, u nas mało bywa stosowana, gdyż jest trudna i przedstawia wiele sposobności do popełnienia błędów.

Wielkie postępy uczyniła dyagnostyka chorób nerek i dróg moczowych. Zapomocą metody oznaczania punktu marznięcia moczu zyskaliśmy wiele punktów wytycznych do wskazań operacyjnych w chorobach nerek. Oznaczenie punktu marznięcia moczu wyraża nam jednak mniej więcej to samo, co oznaczenie ciężaru właściwego. Jednakowoż pamiętać należy o tem, że punkt marznięcia moczu nie jest zależny od obecności ciał białkowatych, natomiast ciężar właściwy od nich zależy. Dlatego też rzeczywisty pożytek z oznaczania punktu marznięcia mamy tylko w tych przypadkach, gdzie mocz, czy też inne płyny badane, zawierają większe ilości ciał białkowatych, gdyż metoda ta określa tylko wartość soli, mocznika i innych istot krystalicznych, a nie jest zależna od ilości substancyi koloidalnych, w badanych płynach zawartych. Zapomocą metody oznaczania punktu marznięcia przekonaliśmy się, że w przebiegu chorób nerek dużo substancyi, wpływających na punkt marznięcia, pozostaje we krwi, szczególniej wtedy, kiedy zagraża mocznica, przekonaliśmy się, że mocz w wielu sprawach zapalnych nerek, a nietylko w marskości nerek, jest bardzo rozcieńczony, czyli że chora nerka nie potrafi wydzielać moczu zgęszczonego.

W dalszym ciągu pokazało się, że niezmiernie ważnem jest oznaczenie ilości wydzielanego chlorku sodu. Stwierdzono bowiem, że wydzielanie chloru jest upośledzone w tych przypadkach chorób nerek, w których istnieje skłonność do obrzęków. Chlorek sodu pozostaje bowiem w ustroju i łącząc się z wodą, wytwarza obrzęki. Jednakowoż to upośledzenie wydzielania się chloru nie jest udziałem tylko chorób nerkowych. Napotykamy je wszędzie tam, gdzie się tworzą obrzęki, przesięki, wysięki, jak również w zapaleniu płuc. Upośledzenie wydzielania chloru może być zatem nietylko powodem wytwarzania się powyższych objawów, ale także i ich następstwem.

Praktyczną zdobyczą stwierdzenia zatrzymywania w ustroju chloru w przebiegu chorób nerkowych z obrzękami było wskazanie lecznicze niepodawania takim chorym soli w pokarmach. Przez odebranie soli z pokarmów można nietylko powstrzymać tworzenie się obrzęków, ale nawet istniejące usuwać.

Największe praktyczne zdobycze w dyagnostyce chorób nerek wydała cystoskopia i możność otrzymywania moczu z każdego moczowodu z osobna. Dzisiaj łatwo mo-

żemy już rozstrzygnąć przez bezpośrednie badanie, czy ropa lub białko, lub krew, pochodzi z jednej czy z obu nerek, czy pochodzi z nerki, czy też z pęcherza. Cystoskopia stała się dzisiaj osobną gałęzią nauk lekarskich, szczególniej ważną tam, gdzie chodzi o zabieg chirurgiczny.

Badanie moczu ze względu na praktykę niewiele postąpiło. Dokładniejsze poznanie zaburzeń w przemianie materyi dowiodło, że wszelkie ilościowe oznaczenia w moczu mają tylko wtedy znaczenie, jeżeli odnoszą się do moczu zebranego z całej doby i jeżeli inne warunki, a szczególniej pożywienie chorego, są dobrze znane. Bez znajomości tych dwóch czynników oznaczania ilościowe w moczu nie mają wartości. Z tego też powodu jednorazowe oznaczenie ilości kwasu moczowego w dowolnej jakiejś ilości moczu nie ma znaczenia i wiedzie do wielkich błędów rozpoznawczych. Strącanie się krystalicznego kwasu moczowego z moczu również nie jest oznaką skazy moczanowej. Z badań doby ostatniej wiemy, że skazy moczanowej wogóle nie możemy rozpoznawać z samego zachowania się moczu.

Tak samo ma się sprawa z oznaczeniem cukru w moczu. Tylko uwzględnienie pokarmów spożywanych, ilości wody wypitej, ilości dobowej moczu, może przy rozbiorze ilościowym dostarczyć wskazówek co do stopnia i natężenia cukrzycy.

To samo dotyczy oznaczenia chloru w moczu. Wystrzegać się należy, by ze stosunku ilości azotu do kwasu moczowego, chloru lub kwasu fosforowego cokolwiek wnosić o zaburzeniach w przemianie materyi, jeżeli badanie opierało się na jakiejś dowolnie dostarczonej ilości moczu.

Badanie ilościowe składników moczu ma tylko wtedy znaczenie rozpoznawcze, jeżeli zostało wykonane w odpowiednim zakładzie, przy uwzględnieniu wszystkich powyżej podanych warunków.

Klinika chorób żołądka i jelit wykazuje największe zdobycze w zakresie, objętym przez prześwietlanie promieniami Röntgena. Poza tem utrzymuje się ciągle wartość wydoskonalonych metod badania żołądka zapomocą zgłębnika które dają obraz siły ruchowej i czynności chemicznej trawienia żołądkowego. (U nas wprowadzone i udoskonalone przez W. Jaworskiego).

Wiemy obecnie, że żołądek ma za zadanie istoty białkowate pokarmów denaturować, tak by się stały dostępne dla trawienia przez trypsynę i sok jelitowy. Tak np. surowe białko kurze, wprowadzone wprost do jelita, tylko z trudnością ulega trawieniu przez sok trzustkowy, jeżeli poprzednio nie zostało przez sok żołądkowy przygotowane.

Świadomość tego faktu jest podstawą t. zw. próby desmoidowej Sahliego. Każe on chorym połykać malutki woreczek gumowy, wypełniony błękitem metylowym, a zawiązany pasemkiem tkanki łącznej, np. katgutem. Jeżeli żołądek nie zawiera pepsyny lub kwasu solnego, to woreczek w całości przechodzi przez przewód pokarmowy. Jeżeli zaś trawienie żołądkowe jest utrzymane, katgut zostaje przygotowany przez sok żołądkowy, a następnie rozpuszcza się w jelitach. Błękit metylowy wysypuje się wtedy do jelit i ulegając wessaniu barwi mocz na niebiesko.

Podobną metodę podał Sahli celem stwierdzenia obecności soku trzustkowego. Sporządził on kapsułki glutoidowe, które się rozpuszczają tylko w trypsynie. Jeżeli badanemu podamy kapsułkę glutoidową, zawierającą jodoform, to z pojawienia się jodu w ślinie lub moczu możemy wnosić o obecności soku trzustkowego.

Badanie stolca wzbogaciło się pewnem udoskonaleniem przez Szmidta i Strassburgera.

Schmid wykazał, że do dokładnego badania stolca potrzeba odrębnej dyety, która składa się z mleka, kleiku, lekko przypieczonego mięsa i paru ziemniaków. Skoro chory spożywał przez dwa dni takie pożywienie, badamy stolec. Ze znalezienia w stolcu tkanki łącznej, włókien mięsnych, skrobi, kryształów mydła, jakoteż ze zdolności fermentowania, można wnosić o zaburzeniach trawienia żołądkowego lub jelitowego. Badanie takie jest dla chorego nieuciążliwe a dla lekarza łatwe.

Ważne jest badanie stolców co do krwi utajonej. Badanie to jest obecnie łatwe. Zapomocą niego można stwierdzić nawet bardzo małe ilości krwi, wylanej do przewodu pokarmowego. Zapomocą metody tej nieraz można rozpoznać wrzód żołądka w przypadkach takich, które nie dawały żadnych zresztą objawów wrzodu; metoda ta pozwala także kontrolować, jak długo wrzód żołądka krwawi i jest z tego powodu ważna ze względu na dyetę. Także w marskości, wątroby w nowotworach żołądka i jelit ma badanie krwi utajonej w stolcach wielkie znaczenie rozpoznawcze. Co do bakteryologii treści żołądkowej i jelitowej, to prócz czworniaka, którego obecność wskazuje na zwężenie odźwiernika, mają także znaczenie rozpoznawcze długie bakterye, wywołujące kiśnienie mleczne, gdyż napotykamy je w wielkich ilościach w przebiegu raka żołądka. (W. Jaworski). Pamiętać jednak należy, że i w innych chorobach żołądka, cechujących się brakiem kwasu solnego, mogą bakterye te występować, aczkolwiek w mniejszej liczbie. Schmidt wykazał, że bakterye te w przebiegu raka żołądka stwierdzić można także w stolcach. W końcu nadmienić należy, że badanie dolnego odcinka jelita grubego zostało udoskonalone przez bezpośrednie oglądanie zapomocą romanoskopu. Metoda ta umożliwiła bezpośrednie oglądanie błony śluzowej odbytnicy. Przez to możemy często wcześnie rozpoznawać nietylko najrozmaitsze nieżyty i owrzodzenia błony śluzowej jelita grubego, ale także, tak częste w tej części przewodu pokarmowego, nowotwory.

Z tego krótkiego zestawienia widać, że dorobek nasz dyagnostyczny jest znaczny. Dzisiaj umiemy ściślej i wcześniej rozpoznawać, aniżeli przed laty. Jest to zaś obecnie rzeczą niemałej wagi, gdyż w wielu przypadkach od wczesnego rozpoznania zależy i postępowanie lecznicze. To zaś, jak wiadomo, rozwinęło się dzisiaj szczególnie potężnie w zakresie leczenia chirurgicznego, że tylko wspomnę o zabiegach chirurgicznych w chorobach przewodu pokarmowego lub w chorobach dróg moczowych. Wczesne i dobre rozpoznanie może zatem nieraz uratować zdrowie i życie.

Oceny i sprawozdania.

Znieczulenie żylne sposobem Biera

napisał
Dr Zygmunt Lewicki,
sekundaryusz szpitala w Samborze.

W marcu z. r. podał Bier nowy sposób znieczulenia miejscowego, który nazwał znieczuleniem żylnem (Venen-

anasthesie). Wypróbował je na przeszło 100 chorych[1]), do czego jeszcze później asystent Biera, Härtel dodał dalszych 70 chorych[2]). Z pierwszych stu tylko u 5 znieczuleniе wypadło ujemnie, a z dalszych 70 tylko raz przyczyna niepowodzenia pozostała niewyjaśniona.

W czasie mego pobytu w tym roku na klinice Biera wykonano tam kilkanaście operacyi chirurgicznych na kończynach przy znieczuleniu żylnem z dodatnim wynikiem.

Technika tego sposobu jest bardzo łatwa; opiszę ją w sposób, jak się to dzieje u Biera.

Do znieczulenia żylnego używają strzykawki Janeta, pojemności około 100 cm^3; do jej wypływowego końca wkręca się dren gumowy o grubych i silnych ścianach (typ cewnika Nelatona), który łączy się z kaniulą injekcyjną o tępym i okrągłym końcu. Na kaniulce, na końcu bliższym drenu, znajduje się zamknięcie kurkowe, które w razie odjęcia strzykawki powstrzymuje wypływ płynu wstrzykniętego i i zapobiega wtargnięciu powietrza do żyły; na końcu zaś przeciwnym t. j. tym, który wchodzi w żyłę, znajduje się dokoła rynienkowate wgłębienie.

Do znieczulenia używa Bier rozczynu nowokainy w fizyologicznym rozczynie soli kuchennej (Novocaini 0 5, Aq. dest. 100·0, Natri chlorat. 0·90), bezpośrednio przed operacyą wyjałowiony i ochłodzony do ciepłoty ciała.

Jednym z najważniejszych warunków powodzenia, na co Bier kładzie wielki nacisk, jest dokładne opróżnienie żył odpowiedniej kończyny z krwi (vollständige Blutleere) aż poza miejsce operacyjne. Niedokładne opróżnienie z krwi jest najczęstszą przyczyną niepowodzenia. Kończynę należy unieść wysoko i przetrzymać w tem ułożeniu kilka minut, następnie od obwodu — począwszy od palców — obwija się opaską gumową, cienką i bardzo elastyczną, silnie wyciągając zwój przy zwoju, aż poza pole operacyjne najmniej 5 cm i w tem miejscu zakłada się drugą opaskę również gumową, t. zw. »dośrodkową«. Opaska dośrodkowa musi być cienka i elastyczna i założona na większą przestrzeń zwojami, które muszą się bardzo dokładnie przykrywać. Jeśli opaskę tę założy się zwojami bezpośrednio jeden na drugi, to skutkiem wpijania się w ciało wywoła opaska silną bolesność uciskową. Dopiero po założeniu opaski dośrodkowej wolno zdjąć częściowo opaskę pierwszą i to tylko tyle, ile ma być znieczulenia na kończynie — a zatem poniżej właściwego miejsca operacyjnego znów około 5 cm (przy zdejmowaniu częściowem opaski pierwszej trzeba uważać, by jej całkiem nie zwolnić, bo wtedy opróżnienie kończyny z krwi będzie niedokładne) i w tem miejscu przychodzi opaska gumowa trzecia, zupełnie w ten sam sposób, jak opaska druga. Opaska ta, jestto tak zwana opaska »odśrodkowa« albo »obwodowa«. Teraz dopiero można zdjąć całkowicie opaskę pierwszą. Kończyna powinna być zupełnie blada; jeśli jest lekko różowa, lub nawet sinawa — to trzeba całą manipulacyę powtórzyć od początku, bo świadczy to, że opróżnienie z krwi nie było dokładne, a tem samem i samo znieczulenie będzie wątpliwe.

Z kolei przystępuje się do wyszukania żyły, której światło — musi być przynajmniej takie, by kaniulę injekcyjną swobodnie można wprowadzić. Wybierać trzeba żyły tylko skórne, ile możności większe. Miejsce, gdzie ma się szukać, należy znieczulić albo przez zamrożenie chlorkiem etylu albo zwykłym sposobem Schleicha. Najlepiej poprowadzić cięcie poprzecznie do przebiegu żyły, bo przy podłużnem cięciu łatwo można wejść poza żyłę i przez to utrudnić sobie wyszukanie.

I tak na ramieniu nadają się do znieczulenia żylnego najlepiej żyły: przypromieniowa (v. cephalica), lub odłokciowa (v. basilica); w przegubie łokciowym: żyła pośrodkowa (v. mediana). Najbardziej stały przebieg ma żyła odłokciowa, natomiast żyła przypromieniowa (cephalica) jest bardzo zmienna — a nawet — jak Bier twierdzi — we wszystkich podręcznikach anatomii przebieg jej podany jest mylnie; nie przebiega ona bowiem w bocznym rowku m. dwugłowego (sulcus bicipitalis lateralis), tylko więcej ku przodowi na zewnętrznym brzegu mięśnia dwugłowego, — u dorosłych około $1^1/_2$ cm na zewnątrz od linii środkowej tego mięśnia. Wogóle tak na ramieniu, jak i na przedramieniu wyszukanie większej żyły nie przedstawia zwykle większych trudności. Również na kończynie dolnej jest bardzo dostępna i ma dość stały przebieg żyła odgoleniowa (v. saphena), począwszy od stawu skokowego aż do otworu owalnego powięzi szerokiej. Jeśli wyszukanie odpowiedniej żyły przedstawia trudności, to sądzę, że zwłaszcza dla początkujących będzie korzystne radzić sobie w ten sposób: powyżej miejsca, gdzie ma się odsłonić żyłę, założyć zwykłą opaskę uciskową, jak się to robi przy puszczaniu krwi; wtedy żyły nabrzmieją i są dobrze widoczne. Następnie poprowadzić cięcie, żyłę odosobnić i założyć pod nią podwiązkę, nie zawiązując jednak węzła; zdjąć opaskę uciskową i teraz dopiero przystąpić do właściwego opróżnienia krwi z kończyny. Wobec tego, że opaski wszystkie są wyjałowione, lub co najmniej przed operacyą trzymane były w rozczynie 5% karbolu przez dwie godziny, niema żadnego niebezpieczeństwa zakażenia małej rany. Sposób ten ułatwia w wysokim stopniu odszukanie żyły.

Czy żyłę odsłonięto przed opróżnieniem kończyny z krwi, czy po opróżnieniu, należy w dalszym ciągu podprowadzić pod nią podwiązkę (jeśli założono podwiązkę pod żyłę przed opróżnieniem, to w takim razie tę podwiązkę) i to ile możności najbardziej dośrodkowo i zawiązać tuż przy opasce dośrodkowej drugiej. Kiedy asystent za końce podwiązki unosi żyłę ku górze, operator nożyczkami nacina ścianę żyły skośnie, chwyta szczypczykami nadcięty płatek, a drugą ręką wprowadza kaniulę strzykawki do światła żyły. Asystent zakłada teraz drugą podwiązkę obwodowo i zawiązuje żyłę nad kaniulą tak, by nitka przypadła dokładnie w zagłębienie na kaniulce. W ten sposób umocowana w żyle kaniula nie wyskoczy nawet przy użyciu większego ciśnienia podczas wstrzykiwania.

Trzymając strzykawkę w kierunku obwodowym wstrzykuje się powoli rozczyn nowokainy, zależnie od pola operacyjnego i grubości kończyny 60—80 cm^3; wstrzyknięcie nawet 100 cm^3 nie przedstawia niebezpieczeństwa. Nieraz musi się użyć przy wstrzykiwaniu znacznej siły i ciśnienia, gdyż zastawki żylne mogą stanowić poważną przeszkodę, którą jednak zawsze pokonać można. Dlatego i strzykawka musi być silnej budowy, a dren gumowy świeży i o grubych ścianach. Przez gotowanie w parze dren psuje się, często więc trzeba go odnawiać. Po skończonem wstrzyknięciu podprowadza się trzecią podwiązkę na zewnątrz, a więc obwodowo od kaniuli i poza nią podwiązuje się żyłę, podwiązkę zaś, która przytrzymywała kaniulę, trzeba przeciąć i kaniulę usunąć. Ranę należy teraz zaszyć.

Znieczulenie w odcinku pomiędzy opaską dośrodkową drugą i odśrodkową czyli obwodową trzecią, występuje zaraz bezpośrednio po wstrzyknięciu — najpóźniej jednak w 5 minut; pozostaje wrażliwą część tylko nieznaczna koło opaski dośrodkowej, mniej więcej szerokości 5 mm, i to na stronie odpowiedniej wstrzyknięciu węższa, a nieco szersza na stronie przeciwnej. Pozostawanie tego wrażliwego miejsca tłómaczy Bier tem, że część płynu wstrzykniętego dostaje się pod opaskę dośrodkową i przechodzi do ogólnego obiegu krwi.

Znieczulenie w odcinku pomiędzy obu opaskami nazywa Bier znieczuleniem bezpośrednim w przeciwieństwie do znieczulenia, które powstaje także poniżej opaski obwodowej w całej reszcie kończyny. Znieczulenie to nazywa pośredniem; występuje ono nieco później, nigdy jednak nie później, niż w 15 minut.

Znieczulenie bezpośrednie występuje — jak wyżej już zaznaczyłem — zaraz bezpośrednio po wstrzyknięciu i obejmuje całą grubość kończyny tak, że odprowadzenie przykurczeń bolesnych i resekcye stawu zaraz można wykonać;

---

[1]) Berliner klin. Wochenschr. Nr 11. 1909.
[2]) Wiener med. Wochenschr. Nr 35. 1909.

przy amputacyach, gdzie przecina się duże pnie nerwowe, lepiej 2—3 minuty poczekać, a wtedy znieczulenie jest już zupełne.

Bezpośrednio po zdjęciu opasek znieczulenie znika i tak czucie, jak i ruchomość, wracają do stanu prawidłowego. Czas trwania operacyi wynosił zwykle średnio około 30 minut — były jednak zabiegi, które przekraczały godzinę; dłuższych operacyi Bier nie zaleca, bo wtedy chorzy skarżą się na nieprzyjemny ucisk opaski.

By znieczulenie nie zawiodło, podaje Bier następujące wskazówki: 1) Rozczyn nowokainy ma być 0·5%; należy wstrzyknąć 40—50 cm³ przy operacyach na kończynie górnej, a 70—80 cm³ na kończynie dolnej. 2) Należy zwrócić baczną uwagę, czy kaniula znajduje się istotnie w świetle żyły i czy przeciętemi bocznemi gałązkami nie ucieka płyn znieczulający. 3) Żyły za cienkie i chorobowo zmienione (żylaki) nie zapewniają zupełnego znieczulenia. 4) Jeśli opaski uciskowe niedokładnie założono, to płyn dostaje się pod opaską dośrodkową do obiegu krwi i znieczulenie albo jest niezupełne, albo zupełnie zawodzi.

Z początku przy próbach ze znieczuleniem żylnem dodawał Bier do rozczyňu nowokainy jeszcze adrenalinę, która miała za cel przedłużyć znieczulenie na pewien czas po zdjęciu opaski (by łatwiej było chwytać broczące naczynia). Obecnie zarzucił to Bier zupełnie, gdyż adrenalina, działając zwężająco na naczynia, przeszkadza równomiernemu rozdzieleniu się płynu po całym odcinku.

Bier wspomina tylko o dwu przypadkach lekkiego zatrucia: jeden u dziecka 7-letniego, któremu wstrzyknął 40 cm³ 0·5% nowokainy, ale dośrodkowo; drugi u 60-letniej staruszki, gdzie po wstrzyknięciu 150 cm³ 0·25% wystąpiły wymioty i nudności. Więcej przypadków zatrucia Bier nie miał; i ja w tych kilkunastu przypadkach, które widziałem na jego klinice, żadnych ubocznych działań nie spostrzegłem. Jeśli się chce być bardzo przezornym, to można po skończonej operacyi przy pomocy tej samej strzykawki (wtedy kaniula musi pozostać w żyle przez cały czas operacyi, naturalnie z zamkniętym kurkiem) przepłukać żyłę fizyologicznym rozczynem soli kuchennej.

Co do wskazań tego sposobu znieczulania, to wchodzą tu w rachubę wszystkie zabiegi na kończynach, a zatem amputacye, resekcye stawów, przeszczepianie ścięgien, nowotwory kości, części miękkich itd.; przeciwwskazanie stanowi zgorzel starcza i cukrzyca i wiek dziecięcy poniżej lat 7.

Dodatnie wyniki, które miałem sposobność spostrzegać na klinice Biera przy tym sposobie znieczulenia, zachęciły mnie do ogłoszenia i podania techniki tak, jak się ją tam wykonuje. Znieczulenie to wypróbuję również w naszym szpitalu, a o wynikach w swoim czasie doniosę.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Prof. Ketly. **O stwardnieniu tętnic.** (Zjazd lekarski w Peszcie, 1909. Sekcya medycyny wewnętrznej). Prof. Müller) **O stwardnieniu tętnic brzusznych** (tamże). Pojęcia uczonych współczesnych o stwardnieniu tętnic nie są ze sobą zgodne. Już sama nazwa »stwardnienie tętnic« (arteriosclerosis) nie jest odpowiednia, ponieważ zmiany napotyka się także w żyłach i naczyniach chłonnych. Kimatura opisał przypadek wyłącznego zajęcia tętnic płucnych. Niewątpliwą jest rzeczą, że stwardnienie tętnic pod wpływem kultury coraz bardziej się szerzy. Cierpienie to jest według jednych badaczy sprawą zapalną, według drugich sprawą zwyradniającą. Uczeni niemieccy uważają stwardnienie tętnic za pierwotne i miejscowe schorzenie ścian naczyń. Francuzi uważają tę sprawę za częściowe zjawisko choroby ogólnej i postępującej, w której ważną rolę odgrywają zmiany drobnych naczyń, zwężenie ich światła, oraz połączone z tem podniesienie się parcia naczyniowego. Badania dzisiejsze w tym względzie zdają się przemawiać na korzyść zapatrywania Lobsteina, który uważa nieprawidłowe odżywianie naczyń za punkt wyjścia cierpienia. Także i co do siedziby zmian początkowych niema zgody. Jedna grupa badaczy, z Marchandem na czele, twierdzi, że pierwotnemi są zmiany błony wewnętrznej. Wprost przeciwnego zdania jest Thoma. Według niego pierwotnem jest osłabienie i zmiany (niezapalne) błony środkowej, która traci swą elastyczność, a dopiero następowo pojawia się wyrównawcze bujanie błony wewnętrznej. Statystyki współczesne wykazują, że 25—26% ludzi ulega temu cierpieniu, przyczem obie płci są w równej mierze dotknięte. Zapalenie zarostowe tętnic (endarteriitis obliterans), zmiany kiłowe (endarteriitis luetica), oraz przerost tętnic i kiłowe zapalenie aorty, należy zdaniem Ketlego oddzielić od stwardnienia tętnic, jako sprawy zupełnie różne. Jako przyczyny powstawania tego cierpienia uważać należy powtarzające się przekrwienia i wzmożenie parcia w układzie naczyniowym, a nadto alkohol, tytoń, ołów, cukrzycę, dnę i t. p. Francuzi przypisują ważne znaczenie chorobom zakaźnym. Bardzo ważne znaczenie etyologiczne mają zapalenia nerek, które nawet w młodym wieku mogą wywołać stwardnienie tętnic. Stwardnienie naczyń przewodu pokarmowego jest zjawiskiem dość częstem, a w każdym razie zdarza się częściej, niż to dotąd przyjmowano. Objawy bywają przytem rozmaite, odpowiadające bądź organicznym schorzeniom, bądź nerwicom żołądkowo-jelitowym. Rozpoznanie jest łatwe, jeżeli napady bolów powikłane są ze zmianami w sercu i w naczyniach. Dotąd nie jest z pewnością rozstrzygniętą rzeczą, czy bole wywołane są przez kurcze naczyniowe, czy też są nerwobolem nerwu współczulnego. U mężczyzn pojawia się to cierpienie niewątpliwie częściej, niż u kobiet. Zapomocą środków rozszerzających naczynia można korzystnie wpłynąć na przejawy chorobowe stwardnienia tętnic brzusznych. Blassberg.

E. Romberg. **Rola naczyń krwionośnych przy chorobach wewnętrznych.** (Międzyn. Zjazd lekarski w Peszcie, 1909. Sekcya medycyny wewnętrznej). W nowszych czasach, od chwili badań Langleya, Starlinga i Baylissa, coraz większą zwracano uwagę na znaczenie naczyń krwionośnych obwodowych i na krążenie w naczyniach poszczególnych okolic ciała. Badania Koranyiego zwracają uwagę na wzmożoną przepuszczalność, względnie uszkodzenie ścian naczyniowych, a wynikłym stąd nieprawidłowym rozdziałem wody i soli tłómaczą obrzęki przy zapaleniu nerek. R. podnosi, że odgrywają tu także ważną rolę same tkanki i ich komórki. To samo według niego dzieje się i przy innych obrzękach, a mianowicie przy charłaczych, zapalnych, nerwowych, zastoinowych i zatorowych. Co do roli naczyń przy zakażeniach ogólnych, to R. wykazał doświadczalnie wraz z Pässlerem, że zakażenia te wywołują na drodze centralnej osłabienie i porażenie ośrodków naczynioruchowych w rdzeniu przedłużonym, zupełnie podobnie, jak działają na ośrodki regulujące ciepłotę w oddychaniu. Przy ocenie objawów klinicznych musimy zatem uwzględniać oba czynniki krążenia, zarówno serce, jak i naczynia. Co do zachowania się naczyń przy zapaleniu nerek, to R. przeprowadził w swojej klinice badania wraz z Alwensem i Schlayerem i doszli do przekonania, że zwiększone parcie krwi tylko w nieznacznej części zależy od wzmożonego parcia w naczyniach nerkowych. Głównie jest ono wywołane przez wpływ substancyi toksycznych, a zwłaszcza adrenaliny. Przy nerwicach i niedokrwistości nie jest zachowanie się naczyń znane dokładnie. Co do chorób serca, to z badań Thachera, przeprowadzonych w klinice R., zdaje się wynikać, że spadek napięcia przy osłabieniu serca zawisł nietylko od słabszego mechanicznego rozciągania się z powodu małej fali tętna, lecz, że wchodzi tu w grę także samodzielne zjawisko ze strony naczyń krwionośnych.

Dr M. Blassberg.

H. Senator. **O polycytemii.** (Międzynarodowy Zjazd lekarski w Peszcie, 1909. Sekcya medycyny wewnętrznej). Przy policytemii, zwanej też »polycythaemia rubra«, »erythrocytosis« i »erythraemia« występuje względne lub bezwzględne zwiększenie się liczby ciałek czerwonych. Polycytemia bezwzględna może być zarazem i względną, gdyż i osocze krwi jest równocześnie zwiększone. Jest to stan, zwany krwistością (»plethora vera«, czyli »polyaemia«). Jeżeli natomiast występuje wzmożenie się samego osocza krwi, bez zwiększenia się liczby krwinek czewonych, to stan taki nazywamy »plethora serosa«. Polycytemia bezwzględna, trwała, została w roku 1892 opisana przez Vaqueza. Atoli istnieje też przejściowa polycytemia fizyologiczna i patologiczna. Fizyologiczna pojawia się: 1) przy zagęszczeniu krwi z powodu znacznej utraty wody, 2) przy dowozie żywności obfitującej w białko, 3) w stanie zdrowienia po niedokrwistości i jako tak zwane przełomy (crises) krwi, 4) u noworodków, 5) przy pobycie w rozrzedzonem powietrzu, lub w wysokich górach, 6) przy duszności sztucznie wywołanej zapomocą maski ssącej Kuhna, 7) u zwierząt podczas snu zimowego. — Patologiczna policytemia pojawia się: a) przy zagęszczeniu krwi w przebiegu chorób, b) przy sinicy towarzyszącej wrodzonym wadom serca lub zastojowi żylnemu, c) przy rozmaitych zakażeniach i zatruciach ustroju, spowodowanych samozatruciem lub też z przyczyn zewnętrznych, d) wyjątkowo w stanach chorobowych nerwowych. Po wyłączeniu postaci powyższych istnieje pierwotna przewlekła polycytemia jako samoistna jednostka chorobowa. Może ona przebiegać w dwóch postaciach. 1) »Polycythaemia (erythrocytosis) megalosplenica«, czyli choroba Vaqueza. Charakteryzują ją: wybitne zasinienie, a raczej zaczerwienienie skóry, obrzęk śledziony i zwiększenie się liczby krwinek czerwonych. Ciężar gatunkowy, lepkość krwi, oraz ilość hemoglobiny są zwiększone. Parcie tętnicze bywa prawidłowe lub nieznacznie zwiększone, o ile chorobie nie towarzyszą powikłania ze strony serca lub nerek. Naczynia krwionośne są rozszerzone. 2) Drugą postać stanowi »Polycythaemia (erythrocytosis) hypertonica«, czyli choroba Geisböcka. Od choroby Vaqueza, z którą ma wszystkie prawie objawy wspólne, różni się: a) znacznem wzmożeniem się parcia krwi, aż do niezwykłej wysokości, które każe domyślać się istnienia jakiegoś szczególnego podrażnienia układu naczyniowego, oraz b) brakiem obrzęku śledziony.

Dr M. Blassberg.

E. Wirtz. **Objaw tchawiczy odwrotny w toku rozszerzenia aorty.** (Société méd. des hôp. 1909, 29. X.). Objaw ten w swej postaci klasycznej polega na rytmicznem obniżaniu się krtani i tchawicy z góry na dół równocześnie z tętnieniem tętnicy sprychowej, a wywołuje go tętniak, znajdujący się w części dolnej i tylnej łuku aorty. Lewe oskrzele główne, przebiegające tuż pod łukiem aorty, doznaje ucisku od każdorazowego rozszerzenia się tętniaka i drganie to udziela się tchawicy i krtani. W przypadku autora objaw ten był odwrotny, t. zn. każdemu skurczowi serca, a więc tętnu w tętnicach obwodowych odpowiadało wznoszenie się krtani i tchawicy, co tłómaczy się usadowieniem tętniaka na wypukłości łuku. Usadowieniem tem należy też tłómaczyć brak ucisku przełyku i nerwu krtaniowego dolnego, objawów tak częstych w toku tętniaków wklęsłości łuku aorty. Stahr.

Rist i Kindberg. **Dwa przypadki eozynofilii opłucnej.** (Société méd. d. hôpitaux 1909, 29. X.). Autorowie spostrzegali w dwóch przypadkach u chorych na serce wysięk opłucny krwawy, zawierający bardzo dużo ciałek eozynofilnych. Postać to bardzo rzadka, opisana przez Widala i jego uczniów. Wysięk zawierał z początku ciałka wielojądrzaste neutrofilne. Ciałka eozynofilne miały jedno jądro, albo zupełnie okrągłe, albo lekko zakarbowane, a więc podobnie, jak to opisał Widal i Faure-Beaulieu. Fakt ten zdaje się przemawiać za słusznością teoryi, dowodzącej miejscowego pochodzenia tych komórek. U jednego z chorych stwierdzili autorowie mierną eozynofilię w krwi. Fagocytoza badanych eozynofilów z opłucnej okazała się wybitną, również zasobność w ferment proteolityczny. Stahr.

Uhlisz. **W sprawie odkażania ust formaldehydem.** (Öster. Ärzte-Zeitg. 1909, Nr 24). Z badań bakteryologicznych autora wynika, że odkażanie ust formaldehydem, mianowicie w postaci cukierków (n. p. paramonta i t. p.) jest bardzo skuteczne, zwłaszcza w porównaniu z używanymi dotąd środkami, z których jeszcze tymol jest najlepszy. To też autor poleca cukierki formalinowe, zwłaszcza, że dzieci biorą je chętnie. U. stosował to odkażanie przy zapaleniach gardła, cuchnieniu z ust, pleśniawkach u dzieci i t. p., i to z bardzo dobrym skutkiem. Prócz tego poleca U. to odkażanie przed i po wyrwaniu zęba, i wogóle przy operacyach w ustach, n. p. przy wycięciu migdałków, operacyach raka wargi, policzka i t. p. A.

Kreuter. **Przyczynek do serodyagnostyki zakażenia bąblowcem.** (Münch. med. Wochs. 1909, Nr 36). Rozpoznanie bąblowca często nie należy do łatwych. W nowszych czasach zwrócono uwagę przy rozpoznawaniu tego cierpienia na powiększenie liczby ciałek eozynochłonnych. Zdaje się jednak, że objaw ten jest niezbyt stały, a Rosello twierdzi, że występuje on tylko wtedy, kiedy pasorzyt jeszcze żyje. Seeligmann i Dudgeon znajdowali znów zwiększenie ciałek eozynochłonnych przy wszystkich prawie innych cierpieniach na tle pasorzytów, jak przy glistnicy (oxyuris), tęgoryjcu (ankylostomum), włośnicy (trichinosis) itp. Jak z tego widać, objawu tego za cechujący bąblowca uważać nie można. Natomiast twierdzi Ghedini, że przez traktowanie zwierząt wyciągami lub płynem z bąblowca, otrzymać można swoiste niweczniki. K. postanowił przekonać się, rozporządzając właśnie dwoma przypadkami bąblowca, czy rzeczywiście da się serodyagnostycznie rozpoznać to cierpienie. Jako antygenu używał płynu bąblowca lub też wyciągów wodnych lub alkoholowych. Za amboceptor służyły surowice obu chorych, a jako dopełniacz świeża surowica świnki morskiej w 5% rozczynie. Z badań swych przekonał się K., że płyn bąblowca (ew. wyciąg alkoholowy ściany torbiela, który można mieć już stale przygotowany do odczynu), daje wybitny odczyn u chorych na bąblowca tak, że prawie z pewnością możemy spożytkować serodyagnostykę do klinicznego rozpoznawania bąblowca. K.

Braunstein, **Antytrypsyna i jej znaczenie rozpoznawcze przy raku.** (Med. Obozr. 1909, Nr 11). Winogradow. **Antytryptyczny odczyn surowicy krwi przy raku.** (Ibidem, Nr 12). Cały szereg badaczów zwrócił już uwagę na pojawienie się we krwi ludzi chorych na raka antytrypsyny. Spostrzeżenia Braunsteina obejmują 42 przypadki, w tej liczbie było chorych na raka 24. Z nich u 22, t. j. 91,7% był odczyn dodatni (zwiększenie ilości antytrypsyny w surowicy krwi). U 18 chorych na inne choroby odczyn dodatni zauważono w 27,7%. Zastanawiając się nad przyczynami zwiększenia się ilości antytrypsyny, dochodzi B. do przekonania, że zależy ono od zwiększonego rozpadu białka. B. przeprowadził w tym kierunku szereg doświadczeń na zwierzętach. W doświadczeniach tych wychodził z założenia, że jeżeli jego przypuszczenie jest prawdziwe, to przy zwiększeniu rozpadu białka u zwierząt zapomocą wstrzykiwań florydzyny lub fosforu, stwierdzić będzie można w ich krwi zwiększoną ilość antytrypsyny. Doświadczenia na królikach i świnkach morskich zupełnie potwierdziły to rozumowanie. Oprócz tego udało się temu badaczowi stwierdzić swoje założenie u jednej chorej z silnem zatruciem fenacetyną. W końcu swej pracy dochodzi B. do następujących wniosków: 1) Odczyn Briegera i Trebinga na antytrypsynę pojawia się wskutek rozpadu białka i może być objaśniony przejściem do krwi fermentów proteolitycznych, uwalniających się przy rozpadzie. 2) Odczyn ten nie może być uważany za swoisty przy raku, gdyż spotyka się go i przy innych schorzeniach, połączonych z rozpadem białka. 3) Przy charłactwie, klinicznie jeszcze nie dającem się rozpoznać, odczyn ten może być pomocny w rozpozna-

niu różniczkowem. 4) Odczyn dodatni właściwie mało nam daje danych, znaczenie jego można porównać do znaczenia odczynu kwasu mlecznego. Ale odczyn ujemny, t. j. prawidłowa lub zmniejszona zawartość antytrypsyny we krwi może oddać pewne usługi w rozpoznaniu. Mniej więcej do takiego samego zdania doszedł i Winogradow. Rozporządzał on 46 przypadkami, w tej liczbie 23 przypadki raka bez jasno wyrażonego charłactwa. Wynik dodatni odczynu stwierdzono tu w 91,3%, w przypadkach innych chorób w 34,8%. L. Mańkowski.

Higiena.

Sarason. **Domy „na świeżem powietrzu“.** (Nowy system budowy i znaczenie jego dla miejscowości klimatycznych). (Med. Klinik 1909, Nr 26). Jednym z najważniejszych środków leczniczych w miejscowościach klimatycznych jest umożliwienie chorym pobytu przez cały dzień na powietrzu. Chorzy osłabieni lub leżący nie mogą przebywać daleko od domu, trzeba też dla nich obmyślać pobyt tuż koło mieszkania. Że taki pobyt na powietrzu jest zbawienny, tego dowodzą najlepiej spostrzeżenia Northrupa z Nowego Yorku, który leczył ciężkie zapalenia płuc w ten sposób ze skutkiem bardzo pomyślnym. Dotąd przebywanie ciągłe na świeżem powietrzu umożliwiały werandy, gdzie chorzy leżeć mogli przez cały dzień. Werandy te mają jednak wady. Jeżeli oddalone są od mieszkań, to utrudnia to transport ciężko chorych, a znów, gdy znajdują się przy mieszkaniach, to są albo małe i duszne, albo, gdy są większe, zasłaniają światło dla innych pięter i werand poniżej położonych. Wadom tym zapobiega nowy system budowy domów w uzdrowiskach, podany przez autora. Zasada jego jest prosta, terasowa. Każde piętro cofnięte jest w porównaniu od dolnego o jeden metr, a prócz tego ma balkon wystający na 1 metr, przez co zyskuje się powietrzne i obszerne werandy, nie zaciemniające reszty budynku, a łączące się bezpośrednio z mieszkaniami chorych. Ulice z powodu tego, że domy zwężają się ku górze, mogą być węższe. W kosztach budowy różnicy wybitnej tu niema, zwłaszcza, że odpada potrzeba zakładania przed domami ogrodów, albowiem na terasach urządza się ogrody wiszące. Domy takie w razie pożaru są dla mieszkańców mniej niebezpieczne. Przy tem wszystkiem domy takie wyglądają malowniczo. A.

A. Eulenburg. **O samobójstwach uczniów.** (Zjazd lekarski w Peszcie 1909. Sekcya higieny). Autor opracował urzędowy materyał ministerstwa oświaty w Prusiech za lata 1880—1905. W czasie tym było ogółem 1258 samobójstw, w tej liczbie 893 w szkołach niższych, a 365 w szkołach wyższych. Liczba samobójstw nie pozostawała w stosunku proporcyonalnym do ogólnej liczby ludności i nie okazuje przyrostu, ale raczej nieznaczny ubytek. Średnia liczba roczna wynosi 53. Liczba samobójców od 15—20. r. ż. była cztery razy większa, niż poniżej 15. roku życia, u samobójców poniżej 15. roku życia stosunek dziewcząt do chłopców wynosił 1 : 4. W szkołach wyższych materyał ugrupowany co do przyczyn, wykazywał w 10% przypadkach wyraźne zaburzenia umysłowe, a u 18% wprawdzie brak wybitnych zaburzeń umysłowych, ale w każdym razie wrodzone upośledzenie i obciążenie układu nerwowo-psychicznego. Trzecia grupa obejmuje 24% samobójców, u których był niestosunek między wymogami szkoły, a wrodzoną zdolnością i wynikami pracy. W czwartej grupie mieści się 25% samobójców, którzy nie potrafili podołać wymogom szkoły z powodu wykolejenia wskutek błędów i słabości charakteru, nieodpowiedniego prowadzenia się i wykroczeń. W końcu piąta grupa obejmuje 23% samobójców z przyczyn przypadkowych, smutnych i niekorzystnych stosunków rodzinnych i t. p., albo też przypadki, w których czynnik przyczynowy wybitnie nie wystąpił. Autor dochodzi do wniosku, że dom w znacznie wyższym stopniu, aniżeli szkoła, jest czynnikiem przyczynowym, bądź przez czynne lub bierne błędy wychowania, bądź przez brak zrozumienia młodocianej duszy i indywidualności. W szkołach zachodzą zazwyczaj tylko błędy poszczególnych nieodpowiednich jednostek w nauczycielstwie. Autor radzi ze strony szkół zmodernizowanie kar szkolnych, większą wolność na wyższych stopniach, swobodę wyboru zawodu i ułatwienia przy egzaminach. Nadto należy oddzielić i usuwać nieodpowiednie dla szkoły jednostki, a w tym kierunku mogłoby ważną usługę wyświadczać stałe i wczesne współdziałanie lekarzy szkolnych. Dr M. Blassberg.

Prof. Laitinen. **Higieniczne znaczenie wyskoku** (Zjazd lekarski w Peszcie 1909, Sekcya higieny). Autor zestawia wyniki wszystkich najnowszych badań w dziedzinie alkoholizmu i wysnuwa następujące wnioski: 1. Alkohol rozkłada połączenia białkowe, zawierające nukleinę i wchodzi z nią w związek. Co do wartości odżywczej wyskoku, to badania ostatnich czasów coraz bardziej podają ją w wątpliwość, a to ze stanowiska zarówno teoretycznego, jak i praktycznego, i w tym względzie dotychczasowe, przeciwne sobie stanowiska badaczy coraz bardziej się wyrównują. 2. Wyskok według badań najnowszych Laitinena i innych obniża odporność ustroju wobec prątków gruźliczych, osłabia, a nawet zupełnie znosi fagocytozę i silnie obniża, nawet przy małych dawkach, wskaźnik opsoninowy dla prątków gruźliczych i paciorkowców. Skłonność do zakażeń bardzo się potęguje pod wpływem wyskoku. U opilców przebiega kiła złośliwiej, a wszelkie rany goją się gorzej, aniżeli u abstynentów. Nadto usposabia wyskok wprost do licznych schorzeń we wszystkich narządach i sprowadza u potomstwa zwyrodnienie, obniża wagę i wzrost ciała, a zwiększa śmiertelność. 3. Oprócz bezpośredniego zatrucia staje się wyskok przyczyną licznych wypadków nieszczęśliwych, co statystyki różnych zakładów ubezpieczeń niewątpliwie wykazują. Także towarzystwa ubezpieczające na życie wykazują znaczną przewagę w dożyciu premii u wstrzymujących się od picia. Scisły związek opilstwa ze zbrodniczością jest niewątpliwy. 4. Powyższe wyniki badań najnowszych powinny zwrócić szczególniejszą uwagę lekarzy i prawodawstwa na wyskok. Najwybitniejsi lekarze radzą uważać wyskok za silnie działającą i niebezpieczną truciznę i zachowywać się wobec niego, jak wobec morfiny, strychniny, atropiny i t. p. Dr M. Blassberg.

Weisz. **Projekty w sprawie szerzenia wiadomości o zapobieganiu chorobom.** (Zjazd lekarski w Peszcie, 1909. Sekcya higieny). Autor proponuje energiczne kształcenie wojska w czasie pokoju w dziedzinie nauki o chorobach zakaźnych i zapobieganiu. Nauczanie to powinno być obowiązkowem przy pomocy wszystkich środków z jasno określonym programem i z odpowiednio pomnożonym personalem lekarskim, jako siłą naukową. W. proponuje, ażeby warunkiem każdego awansu dla pewnych stopni było przyswajanie sobie pewnego minimum wiadomości zapobiegawczych, oraz ażeby te wiadomości były przedmiotem egzaminów w oddziałach sanitarnych, oficerskich, oraz dla jednorocznych ochotników. Nadto uważa za pożądane, ażeby system tych nauk, w postaci książeczki katechizmowo zebrany, wręczano urlopowanym żołnierzom przy powrocie do domu. W ten sposób walka z epidemiami stałaby się skuteczniejszą w masie ludowej, gdyby poszczególne jednostki wnosiły w nią własne zrozumienie rzeczy, a wojsko spełniałoby w ten sposób także zadanie kulturalne w kierunku społeczno-higienicznym, tem większe, że rekrutuje się ono przeważnie z ludu. — Oprócz tego proponuje W. stworzenie policyi sanitarnej, bądź przez utworzenie wojskowych ambulansów sanitarnych na wzór saperów, bądź przez oddzielenie takich ambulansów od wojska i oddanie ich pod władzę cywilną, na wzór dzisiejszej żandarmeryi. Możnaby też użyć dzisiejszej policyi bezpieczeństwa, względnie żandarmeryi jako władzy sanitarnej, uzupełniwszy ją personalem odpowiednio wyuczonym i poruczając jej policyę zdrowotną w szerokiem tego słowa znaczeniu. Możnaby też założyć w większych miastach ambulansy sanitarne ruchome, które mogłyby być wysyłane w potrzebie

na prowincyę. W końcu podnosi W. potrzebę ministeryów sanitarnych. Dr M. Blassberg.

Medycyna sądowa i ubezpieczenia.

Schott-Weinsberg. **O stanach zamroczenia i ich znaczeniu sądowo-lekarskiem.** (Friedr Blät. f. ger. Med. 1909, z. I—IV). Pojęcie stanu zamroczenia bywa rozmaicie określane. Jedni z autorów rozumieją przez to zaburzenia świadomości z urojeniami i złudzeniami, co się zdarza zwłaszcza u chorych na padaczkę, drudzy przeważnie tylko te stany, w których występuje samo zaburzenie świadomości. Znamiennem w stanach zamroczenia jest to, że początek choroby i jej zakończenie następuje najczęściej nadzwyczaj szybko i gwałtownie. Trwanie choroby ogranicza się najczęściej na minuty, godziny, najwyżej dnie; po upływie stanu zamroczenia istnieje prawie stale niepamięć wypadków, zaszłych w czasie stanu zamroczenia; wyjątkowo można zauważyć brak omamów i urojeń. Ze stanowiska sądowo-lekarskiego najważniejsze są stany zamroczenia w padaczce i histeryi. Inne rodzaje stanów zamroczenia nie sprawiają znawcy sądowemu zazwyczaj wybitniejszych trudności, jeżeli się uwzględni tło, przebieg i cechy charakterystyczne danego przypadku. Padaczkowe stany zamroczenia wymagają bardzo dokładnej obserwacyi i gruntownej znajomości sprawy. W każdym z przypadków, w którym zachodzi podejrzenie zamroczenia padaczkowego, należy zapomocą bardzo szczegółowych wywiadów stwierdzić, że dany osobnik cierpi na padaczkę. Co do ubytków pamięciowych, jakie znamionują stany zamroczenia, to należy je z uwagi na znaczne wahania w ich nasileniu w orzeczeniu szczegółowo i wyczerpująco wyjaśnić.

Za rozpoznaniem padaczki przemawiają: stwierdzone wywiadami drgawki, moczenie nocne, somnambulizm, ślady po ukąszeniu się w język, blizny na czaszce, blizny po oparzeniach, napady »petit mal«, zrywania się nocne, napadowe zawroty głowy, omdlenia, okresowo występujące zmiany nastroju, drażliwe i wybuchowe usposobienie obok obłudnej pobożności i kłamliwości, brutalny egoizm, tępota umysłowa niższego lub wyższego stopnia, nieznoszenie wyskoku, ucieczki z wojska, bezplanowa zmiana miejsca pobytu, pewna zbytnia dokładność i pedanterya, wogóle zupełna zmiana osobowości w znaczeniu charakteru padaczkowego. Obciążenie dziedziczne, alkoholizm rodziców lub danego osobnika, urazy głowy, krzywica, zapalenie opon mózgowych, wodogłowie, należy uwzględnić w wywiadach. Z towarzyszących zamroczeniom padaczkowym objawów cielesnych można zauważyć: wzmożenie odruchów ścięgnistych, silne rozszerzenie źrenic z zupełnym brakiem lub tylko słabem oddziaływaniem ich na światło, ścieśnienie pola widzenia, zaburzenia w czuciu, w rozróżnianiu barw, w powonieniu i smaku, upośledzenie siły mięśniowej, nieznaczne objawy porażne, utrudniona i niewyraźna mowa, drżenie, zmiana w zabarwieniu skóry, pocenie się, ruchy, jak przy pląsawicy lub myoklonii, drgawki w mięśniach twarzy, drżenie gałek ocznych, wybroczyny, zwłaszcza w spojówce gałkowej, bole głowy (połowiczne z bolesnością na ucisk odpowiedniego n. nadoczodołowego), przyspieszenie tętna, zaburzenia naczynio-ruchowe (sinica), czuciowe i zmysłowe objawy podrażnienia, dziwaczne czynności i zapatrywania. Brak oddziaływania źrenic przemawia i obecnie jeszcze za padaczką, aczkolwiek w ostatnich czasach zauważono objaw ten i w napadach histerycznych. Jednolitej, swoistej cechy padaczkowych stanów zamroczenia niema; potrzeba mieć na względzie stale wszystkie wchodzące w grę czynniki i nie można nigdy w początkowych okresach badania stanowczo wyłączać symulacyi. Zdarzają się dość często padaczkowe stany zamroczenia, wyłączające poczytalność, po których przejściu nie można wykazać zaburzeń pamięci. Zatem na podstawie braku zaburzeń pamięci, jak i zapamiętania niektórych szczegółów, nie można wysnuwać wniosku, że w danym czasie istniał prawidłowy stan umysłowy. Wykazanie takiej częściowej niepamięci jest rozpoznawczo szczególnie ważne, ponieważ symulować jej albo zupełnie nie można, albo też o wiele trudniej, niż całkowitą niepamięć. Również nie można wnosić, że zachodzi przypadek symulacyi, jeśli bezpośrednio po ustąpieniu napadu istniała pamięć zaszłych wypadków, a w jakiś czas później występuje zupełna ich niepamięć. Z tego powodu należy przy sądowo-lekarskiej ocenie takich przypadków postępować bardzo ostrożnie. W większości jednakże przypadków spotykamy się z ubytkami pamięci.

Histeryczne stany zamroczenia są co do rozpoczęcia się, trwania i własności zaburzeń pamięci bardzo podobne do padaczkowych. Dokładne wywiady we wszystkich kierunkach, szczegółowe badanie umysłowe i fizyczne są w tych stanach tak samo konieczne, jak i w padaczkowych stanach zamroczenia. Znawca musi udowodnić sędziemu obecność histeryi na podstawie wywiadów i badania przypadku. Znamiennemi cechami histeryi są: zmienność uczuć, wybujała fantazya, wzmożone samopoddawanie, wreszcie skłonność przypisywania sprawom duchowym zaburzeń fizycznych. Po upływie histerycznego zamroczenia jest niepamięć wogóle mniej wybitna, niż w padaczkowych stanach zamroczenia; jednak i tu spotykamy się z przypadkami zupełnej niepamięci, tylko wyjątkowo brak tych zaburzeń pamięci. Nierzadko jednak spotyka się przesadę w tym kierunku. Przebieg histerycznych stanów zamroczenia bywa bardzo często przerywany przez krótkotrwałe stany świadomości. Rozpoznanie histerycznego stanu zamroczenia musi się opierać na nagłem wystąpieniu zaburzenia, zwykle pod wpływem jakiegoś silnego wzruszenia, na obecności znamion histerycznych (stigmata) (n. p. znieczulenie na ból) podczas stanu zamroczenia, na szybkiej zmianie całego obrazu, szczególnie stanu świadomości, wreszcie na niepamięci, występującej po stanach zamroczenia. Najcenniejszą cechą jest możność wpływania na zachowanie się chorego przy pomocy poddawania. Większość czynów, wskutek których histerycy w stanach zamroczenia wpadają w konflikt z ustawą karną, polega w przeciwieństwie do padaczki na zaburzeniach nawykowych. Przekroczenia zdarzają się w padaczkowych stanach zamroczenia częściej, aniżeli w histerycznych. Co się tyczy odpowiedzialności, to tu odgrywają ważną rolę towarzyszące okoliczności i powikłania. Tępota umysłowa, opilstwo, występowanie równoczesne z miesiączką, — zasługują na sądowe uwzględnienie. Przy ocenie sądowo-lekarskiej należy każdy przypadek ściśle indywidualizować. Jeżeli histeryczny stan zamroczenia wybuchnie w czasie badania, to wystąpienie takiego napadu nie powinno mieć żadnego wpływu na ocenę odpowiedzialności w czasie popełnienia czynu karygodnego. Występowanie u jednej osoby napadów padaczkowych obok histerycznych zdarza się nierzadko. W regule tworzy padaczka podłoże, na którem rozwija się histerya.

Ocenienie stanów zamroczenia wymaga długotrwałej obserwacyi i dokładnych specyalnych wiadomości. Z tego powodu w większości przypadków, zwłaszcza zaś trudniejszych, należy badanych chorych odsyłać do kliniki lub do zakładu dla obłąkanych. Przy badaniu jakiegoś przypadku z poza zakładu należy przeprowadzić jaknajrychlej pierwsze badanie i zapisywać dokładnie pytania i odpowiedzi. Fotogramy z różnych okresów choroby są często bardzo pouczające. J. Olbrycht.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie z d. 30. czerwca 1909.

1) Bregman omówił przypadek **nowotworu złośliwego** z okolicy otworu potylicznego wielkiego i przedstawił preparat.

2) S. Mutermilch przedstawił **płyn z torbieli trzustki** i wyniki jego badania. Płyn o c. g. 1006, zawierał

2·5‰ białka, mucynę, zaczyn lipolityczny i diastatyczny; trypsyny nie zawierał. W osadzie kryształki cholestearyny, krwinki czerwone i białe, owalne komórki wypełnione kuleczkami tłuszczu. W moczu tego chorego był dodatni odczyn Cammidgea.

3) St. Kopczyński przedstawił przypadek **nowotworu przysadki mózgowej z objawami akromegalii** i zaburzeniami odżywczemi. U 37-letniego chorego stwierdzono oprócz znamion akromegalii, zmniejszenie jąder, utratę uwłosienia części płciowych, bolesność czaszki przy opukiwaniu, rozszerzenie i nieruchomość zwrotną źrenicy prawej, zwężenie i leniwe oddziaływanie lewej, połowiczne niedowidzenie skroniowe, prosty zanik tarczy nn. wzrokowych, prześwietlaniem nieznaczne zagłębienie siodła tureckiego. K. zamierza poddać chorego operacyi sposobem Eiselsberga.

4) Kijewski i Solman: **O fulguracyi nowotworów złośliwych** metodą Keating-Harta (z przedstawieniem przyrządów i techniki zabiegu). Prelegenci nie uważają fulguracyi za metodę leczenia doszczętnego, ale uważają ją za pożyteczne uzupełnienie leczenia po usunięciu nowotworu zapomocą wycięcia lub wyskrobania; stwierdzili, że fulguracya zmniejsza krwawienie z naczyń włosowatych, łagodzi bole i przyspiesza zagojenie się rany pozostałej po zabiegu chirurgicznym. Doskonałe wyniki dawała fulguracya w toczniu i gruźlicy skóry.

W dyskusyi Swiątecki, roztrząsając działanie 3 czynników fulguracyi (mechaniczne, chemiczne i termiczne) nie rokuje przyszłości tej metodzie; Kozerski uważa na zasadzie własnego doświadczenia wbrew zdaniu prelegentów fulgurację za zabieg bardzo bolesny; Kryński sądzi, że fulguracya zasługuje na dalsze próby, aczkolwiek dotychczasowe doświadczenia nie są zbyt zachęcające; należy jednak trzymać się ściśle przepisów Keating-Harta (od których prelegenci odstąpili), w przeciwnym bowiem razie można dojść do błędnych wniosków. Z.

Posiedzenie kliniczne d. 7. września 1909.

1) Hejman A. pokazał 15-letnią chorą z obustronną **przetoką uszną wrodzoną**. Przetoki tego rodzaju są zjawiskiem nader rzadkiem i o ile nie następuje wstrzymanie wydzielania się ropy, nie przyczyniają one chorym prawie żadnych dolegliwości.

2) Gabszewicz przedstawił 10-letniego chłopca po **torakoplastyce** Schedego. Przypadek ten o tyle jeszcze zasługuje na uwagę, że ropniak opłucnej istniał u tego chłopca przez szereg lat. Wynik operacyi pomyślny.

3) Szteyner pokazał **ciało obce wydobyte z pęcherza** moczowego u mężczyzny 49-letniego. Była to kostka długości 7 cm., naokoło której utworzył się w postaci wrzeciona kamień moczowy. Kostka, wprowadzona po pijanemu przez cewkę, pozostawała w pęcherzu 4 miesiące.

4) Świątecki Jan pokazał 12 chorych, leczonych **pastą bizmutową Becka**. S. sądzi, że pasta bizmutowa nadaje się lepiej do leczenia wszelkich braków kostnych, niż plomba jodoformowa, gdyż jest plastyczniejsza i nie wymaga jałowego stanu rany; bizmut właśnie odkaża ranę i odrazu usuwa ropienie, poczem pasta zapełnia się tkanką bliznową, wzgl. kostną, jak każda plomba chirurgiczna.

5) Gabszewicz opisał 2 przypadki rzadkich powikłań przy cierpieniu ucha środkowego. Pierwszy opisany przypadek dotyczył **żylaka zatoki poprzecznej**. G. poraz pierwszy przypadek taki spostrzegał i nie spotkał się z opisem podobnego przypadku. Drugi przypadek jest ciekawy ze względu na swój przebieg: przy braku prawie zmian przedmiotowych w uchu przed operacyą, bez poprzedzającego wypływu z ucha, powstał ogromny **ropień nadoponowy**, który był istotną przyczyną mocnych bolów głowy, jakich chory doznawał w ciągu 2 lat. Dr T. Wilczyński.

Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Zebranie d. 3. grudnia 1909.

1) Dr Meissner w zastępstwie radcy Dra Panieńskiego przedstawia przypadek **choroby Adams-Stokesa**. Chory 27-letni cierpi na napady, objawiające się niepokojem, osunięciem głowy na bok, ustawaniem tętna, utratą przytomności i oddechem Cheyne-Stokesa. Na godzinę bywa czasem 20 napadów.

W dyskusyi wspomina Dr Fr. Chłapowski o opisanym przez siebie przed 12 laty przypadku. Na zapytanie Dra Łazarewicza o krzywą pulsu odpowiada Dr Meissner, że chodzi o t. zw. skurcze dodatkowe (extrasystole). Po napadzie bywa 1‰ białka w moczu, co świadczy o zastoju w nerkach i wątrobie.

2) Dr Zakrzewski: **O bezkrwawem leczeniu krwawnic.** Prelegent omawia postać guzowatą krwawnic. Zazwyczaj staraniem lekarzy było wpychać wypadłe guzy, co jednakowoż jest po pierwsze niebezpieczne, a powtóre nie zawsze się udaje. Z. spostrzegał dwa przypadki guzów, które wyleczyły się same bez wepchnięcia, i to jeden u 36-letniego mężczyzny, cierpiącego na ogromne bole. O odprowadzeniu nie było mowy, Z. ograniczył się więc do zastosowania maści z anestezyną i adrenaliną, która oddaje doskonałe usługi. Guzy po roku zmalały, a po 5 kwartałach w miejscu guzów pozostały puste woreczki. Podobnie stało się w drugim przypadku, gdzie chodziło o guzy cokolwiek mniejsze, a chory nie chciał zezwolić na operacyę. Mówca stwierdza, że przez ucisk pierścienia, obejmującego szypuły guzów, następuje w nich zakrzep, a później zamienienie na tkankę bliznowatą. Mówca z zadowoleniem stwierdza, że równocześnie myśl skorzystania z naturalnego zastoju Boas zamienił w metodę: »Extraanale Behandlung der Haemorrhoiden«. Wydobywa on zapomocą ssawek Biera guzy na zewnątrz i zostawia je tak aż do zaschnięcia. Choć metoda ta ma inne wskazania, jak chirurgiczna, to jednak w wielu przypadkach może oddać znakomite usługi.

W dyskusyi potwierdza Dr Gantkowski możność wyleczenia w ten sposób krwawnic i wspomina o przypadku, w którym partacz Binz uleczył chorego w ten sposób. — Dr Mieczkowski na sobie zrobił doświadczenie, że po wyjściu wielkiego guza dolegliwości krwawnicze ustały od kilku lat. Sam operuje zmodyfikowanym sposobem White-Heada. Wspomina też o sposobie Riedla, polegającym na tem, że obszywa się szypułkami wkoło błonę śluzową. — Dr Karwowski, jako niekrwawą metodę leczenia krwawnic, poleca także miejscową arsonwalizacyę zapomocą kondensatora, wkładanego do odbytnicy. Sposób ten działa także nader korzystnie na świąd odbytu. Zapytuje, czy przy wciskaniu guzów nie zachodzi obawa zatoru. — Dr Łazarewicz widział także ustępowanie guzów samoistne; poleca chlorek wapniowy. — Dr Święcicki zaznacza, że zatory z krwawnic są częste, bo żyły te mają związek z żyłą wrotną i główną. Polecane dawniej wstrzykiwanie wyskoku w guzy ma także na celu wywołanie rozrostu tkanki łącznej. — Radca Dr Chłapowski zaznacza, że leczenie w sposób, podany przez prelegenta, jest stare, tylko nowe są współczesne spostrzeżenia, które go przedstawiły w nowem świetle. Dawniej i tak nie znano operacyi, natomiast zajmowano się bardzo »złotą żyłą«. Po operacyi zaleca się pobyt w Kissingen. Daleko trudniejsze do leczenia są krwawnice wewnętrzne. Wapń działa bardzo dobrze, działanie jego jest przeciwne działaniu magnu, a oba środki mają wielką doniosłość. — Dr Łazarewicz potwierdza wartość chlorku wapniowego przy krwotokach, Dr Karwowski przy wysypkach pokrzywkowych. — Dr Mieczkowski stosował lek ten przed operacyami, grożącemi krwotokiem. Stwierdza, że metoda White-Heada tylko w 1½% daje nawroty; znacznie częstsze bywają one po podwiązaniu. Operował tą metodą 24 przypadki i nigdy nie widział zatoru,

ani zakrzepu. — Dr Zakrzewski stwierdza, że metoda przez niego podana nie jest coprawda nowa, ale nie znalazł o niej wzmianki w żadnych podręcznikach, warto ją więc przypomnieć. Wstrzykiwaniu wyskoku jest przeciwny, pessaria także zarzucił. Adrenalinę natomiast poleca (czopki »Noridal«). Czopki 10—20% z chlorkiem wapnia najlepsze są na krwawienie. Anusol łagodzi, ale nie działa na krwawienie. Dobry także jest ichtyol. Odprowadzenie może być czasem niebezpieczne. Operacyi White-Heada nie poleca uczeń Garrego, który natomiast jest za podwiązaniem. — Dr Mieczkowski obstaje przy pierwszej operacyi, konieczna jest jednak technika Mikulicza, żeby nie używać wacików. Jak najdłużej należy stosować leczenie zachowawcze.

3) Dr Falgowski przedstawia kilka **włókniaków macicy**, wyjętych przez rozkawałkowanie.

4) Dr Karwowski omawia sprawę Zjazdu higieny szkolnej w Paryżu. Jako delegata na Zjazd wybrano Dra Karwowskiego, jako mowcę Dra Niegolewskiego, do komitetu Zarząd Wydziału oraz Dra Gantkowskiego i Dra Karwowskiego.

5) Sekretarz »Towarzystwa stanowego lekarzy poznańskich«, Dr Karwowski, omawia sprawy zawodowe.

Dr Karwowski.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Izba lekarska wschodnio-galicyjska ogłasza następujące ostrzeżenie:

»Lekarze zamieszkali w Gródku podjęli starania celem poprawy warunków pracy w powiatowej kasie chorych w Gródku jagiellońskim.

Wobec rozpisania konkursu na tę posadę, wzywa się wszystkich Kolegów, aby bez porozumienia się z Izbą nic wnosili podań.

Izba lekarska wsch.-galic. Prezydent: Dr Festenburg«.

Krajowa Rada Zdrowia na posiedzeniu w d. 5. II. 1910, wydała opinie w sprawie higieny nauki szkolnej, zamykania klas szkolnych z powodu chorób zakaźnych, posady docenta higieny w seminaryum we Lwowie, formularzy dla sprawozdań lekarzy okręgowych, taksy szpitalnej w Tarnopolu i zakładu wodoleczniczego w Przemyślu. R.

W sprawie zaopatrzenia ludności w dobrą wodę przyjął Sejm galicyjski w d. 4. II. rezolucyę posłów Tertila i Dra Kurowca, polecającą Wydziałowi krajowemu, aby na najbliższej sesyi przedłożył wnioski co do pomnożenia w kraj. biurze melioracyjnem sił fachowych do projektowania wodociągów i kanalizacyi w gminach miejskich i wiejskich. — W dyskusyi podnosił pos. Maryewski, że przeszkodą w asanacyi miast bywa często rząd, który nie pozwala miastom na zaciąganie długoterminowych pożyczek wodociągowych lub żąda bezpłatnego dostarczenia wody dla budynków rządowych lub koszar. — Tegoż dnia wniósł pos. Dr Kurowiec o wezwanie rządu, by dla nieuleczalnie umysłowo chorych, dla otoczenia niebezpiecznych, utworzył osobny zakład rządowy. R.

Przeciw opodatkowaniu wód mineralnych wniosło do Koła polskiego w Wiedniu protest Towarzystwo lekarskie lwowskie na podstawie referatu swojej komisyi przemysłowo-lekarskiej, opracowanego przez Dra T. Praschila. (Komisya przemysłowo-lekarska Towarzystwa lwowskiego została powołana na nowo do życia w d. 10. XII. 1909; przewodniczącym jej jest Dr Kalikst Krzyżanowski). R.

Z administracyi znaczków receptowych.

Sprzedano znaczków:	4 h	1 h
Od roku 1904 do końca roku 1909 . .	482,522	308,194
W styczniu 1910	17,700	6,500
Razem .	500,222	414,694

Dr Żydłowicz, administrator.

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 30. I. do 5. II. 1910 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Buczacz (Koropiec 1, Barysz 2, Międzygórze 1, Hrehorów 3), Czortków (Czortków 1), Nadwórna (Osławy białe 4), Śniatyn (Zabłotów 3, Zebranówka 15). Dr T.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 30. I. do 5. II. 1910 zgłoszono przypadków: błonicy 5 † — (w tem obcych 2 † —), krztuśca 1, płonicy 9 † 2 (1 † —), odry 3 † — (1 † —), duru brzusznego 8 † 3 (6 † 2), nagm. zapalenie przyusznic 7.

Dr Janiszewski.

XI. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich.

Posiedzenie ogólnego Komitetu XI Zjazdu lek. i przyr. pol. odbyło się w piątek, dnia 4. lutego b. r. w domu Towarzystwa lekarskiego, przy licznym udziale lekarzy i przyrodników krakowskich. Zebranie, któremu przewodniczył prezes Komitetu organizacyjnego Prof. Iulian Nowak, uchwaliło urządzić XI Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie w dn. 18. 19. 20. i 21. lipca 1911 r. i wybrało Komitet ściślejszy, do którego powołano pp. Ciechanowskiego, Domańskiego, Garbowskiego, Godlewskiego jun., Gutwińskiego, Janiszewskiego, Kar. Kleckiego, Kostaneckiego, Kwaśnickiego, Landaua, Łazarskiego, Łopuszańskiego, Mięsowicza, Marchlewskiego, Mikuckiego, Morozewicza, Pańkowskiego, Papeego, Piltza, Rollego, Siedleckiego, Surzyckiego Stef., Stahra, Wicherkiewicza, Zakrzewskiego Konst., oraz upoważniło tenże Komitet do kooptowania innych jeszcze członków. Zadaniem wybranego Komitetu będzie przeprowadzić organizacyę naukową Zjazdu oraz przez porozumienie ze wszystkiemi zawodowemi organizacyami lekarzy i przyrodników zapewnić Zjazdowi jaknajliczniejszy udział wszystkich interesowanych. Dyskusya toczyła się następnie nad propozycyą prezydyum, aby skupić prace naukowe Zjazdu w mniejszej niż dawniej liczbie sekcyi i zwrócić więcej uwagi na referaty zbiorowe, poświęcone przez specyalistów bieżącym doniosłym zagadnieniom nowych dziedzin wiedzy; propozycya ta zyskała powszechne uznanie. Zamierzonem jest dostarczyć tych referatów w druku uczestnikom jeszcze przed rozpoczęciem Zjazdu. Postanowiono następnie zwrócić się do reprezentacyi miasta, aby z okazyi Zjazdu wydała publikacyę, poświęconą opisowi Krakowa i jego okolic, zwłaszcza pod względem przyrodniczo-lekarskim. Ze Zjazdem lekarzy i przyrodników postanowiło Tow. balneologiczne połączyć swój, przypadający właśnie III Zjazd Towarzystwa, co przyjęto z uznaniem.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Ważna sprawa zwalczania chorób zakaźnych może być praktycznie rozwiązana tylko przez jednolite postępowanie wszystkich lekarzy. Sprawa ta rozpatrywana będzie, ze względu na stosunki krakowskie, na najbliższem posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krak. w d. 16. b. m., na którem pożądany jest jak najliczniejszy udział członków, zwłaszcza lekarzy praktycznych, mogących na zasadzie swych spostrzeżeń i doświadczeń udzielić w dyskusyi cennych wskazówek.

— Komisya higieniczna Towarzystwa lekarskiego odbyła w dniu 9. II. 1910 r. posiedzenie pod przewodnictwem prezesa Towarzystwa, r. dw. Prof. Wicherkiewicza; na posiedzeniu tem toczyły się obszerne rozprawy, zagajone przez naczelnego lekarza miejskiego, Dra Janiszewskiego, w sprawie zwalczania chorób zakaźnych.

— Na fundusz im. ś. p. Jordana dla niezaopatrzonych wdów i sierót po lekarzach, złożył kolega Prof. Dobrowolski z Krakowa kwotę sto koron, jako nieprzyjęte honoraryum lekarskie, za co Wydział Związku lekarzy składa Mu serdeczne podziękowanie.

Sekretarz: Dr Weinsberg. Prezes: Prof. Wicherkiewicz.

— Zarząd biblioteki Towarzystwa lekarskiego krakowskiego składa serdeczne podziękowanie WPP. Dr Kwaśnickiemu oraz Grażyńskiemu za książki, ofiarowane bibliotece Towarzystwa.

Bibliotekarz: Dr Blassberg.

Warszawa. W d. 3. II. 1910 odbyło się posiedzenie Wydziału III. Towarzystwa naukowego warszawskiego, na którem wygłosili: 1) p. Wł. Gosiewski: »O zasadzie indukcyi według teoryi prawdopodobieństwa«. 2) p. J. Sosnowski: »Dalsze badania nad pobudliwością mięśni bezkręgowców«, oraz pp. Kucharzewski, Eismond, Lorer, Wolski i Banachiewicz komunikaty treści ściśle przyrodniczej. — 1. II. 1910 zaś odbyło się posiedzenie Komisyi meteorologicznej przy Wydziale III, na którem obradowano nad założeniem pod Warszawą obserwatoryum meteorologicznego i astronomicznego. Dzięki współdziałaniu inż. Gryżewskiego i Dr

Malewskiego będzie już w r. b. otwarte obserwatoryum meteorologiczne na terytoryum zakładu leczniczego w Grodzisku. Na posiedzeniu tem wygłoszono następnie 3 referaty, m. i. mówił p. W. Smosarski: O usłonecznieniu w Warszawie.

— Z zapisu 5.000 fr. sekretarza stałego, Dra A. Sokołowskiego, w warszawskiem Towarzystwie lekarskiem, przyznawane będą co lat cztery nagrody konkursowe za najlepszą pracę z dziedziny kliniki lub anatomii patologicznej chorób dróg oddechowych. Komitet konkursowy stanowić będą pod przewodnictwem sekretarza stałego: redaktor »Pamiętnika Tow. lekarskiego« i czterech członków, wybranych przez prezesa z pomiędzy kolegów, znanych z prac swoich nad gruźlicą.

— Towarzystwo lekarskie w Płocku wybrało prezesem Dra A. Zalewskiego, wiceprezesem Dra J. Kuniga, sekretarzem Dra B. Mazowieckiego, bibliotekarzem Dra A. Macieszę, skarbnikiem p. A. Gościckiego.

Z różnych stron. W III międzynarodowym Zjezdzie higienistów szkolnych w Paryżu, 2—7. VIII. b. r. zgłoszono dotąd 10 wykładów z Polski; między innymi zgłosili z lekarzy wykłady: Dr Gawroński, S. Kopczyński i Wł. Sterling z Warszawy, K. Lutosławski z Drozdowa, Janiszewski z Krakowa, Doc. E. Piasecki ze Lwowa. Nadto urzędowym sprawozdawcą tematu »Higiena internatów żeńskich« będzie Dr W. Goździcki z Warszawy. O szkolnictwie polskiem wydana będzie broszura; materyały do niej (programy szkolne, sprawozdania Towarzystw wychowawczo-higien., rysunki i klisze) należy przesyłać na ręce Doc. Dra E. Piaseckiego (Lwów, ul. 3-go Maja 2).

— W Gries obok Bozen, gdzie przez szereg lat praktykował ś. p. Dr Nazarkiewicz, ordynować będzie znowu w sezonach zimowych lekarz Polak, mianowicie Dr Zdzisław Szczepański, b. praktykant kliniki lekarskiej Prof. Gluzińskiego we Lwowie (obecnie latem praktykujący w Maryenbadzie).

Zjazdy lekarskie w r. 1910: W marcu 29-go Zjazd dla chirurgii ortopedycznej w Berlinie i III. międzynarodowy Zjazd dla leczenia fizycznego w Paryżu; 30-go Zjazd chirurgów niemieckich w Berlinie.

W kwietniu: 3-go Zjazd rentgenologiczny w Berlinie, 4—6-go patologiczny w Erlangen, 7—10. lekarzy francuskich w Paryżu, 18—22. — internistów niemieckich w Wiesbaden, 19—22. — psychologiczny w Insbrucku, wreszcie międzyn. hematologiczny w Berlinie.

W maju: 11-go Zjazd laryngologów niem. w Dreznie i walne zebranie centralnego komitetu przeciwgruźliczego w Berlinie.

W czerwcu: Zjazd otyatrów niem. w Lipsku, Zjazd niemiecki w sprawie opieki nad niemowlętami w Monachium, Zjazd laryngologów niem. w Lipsku.

W sierpniu: 2-go Międzynar. Zjazd dla higieny szkolnej w Paryżu, 4-go Międzynar. Zjazd sądowo-lekarski w Brukseli.

We wrześniu: Zjazdy międzynarodowe dla chorób zawodowych w Brukseli (10—17), elektrologiczno-radyologiczny w Barcelonie (12—18), położniczy w Petersburgu (18—24), konferencya przeciwgruźlicza w Brukseli, Zjazd lekarzy i przyrodników niem. w Królewcu (18—24), międzynarodowa konferencya w sprawie ubezpieczenia robotników w Hadze.

W październiku: międzynar. konferencya w sprawie raka w Paryżu (1—5), międzynar. Zjazd w sprawie opieki nad obłąkanymi w Berlinie (3—7), międzynar. Zjazd dla antropologii kryminalnej w Kolonii.

Mianowani: Dr Eugeniusz Marczewski lekarzem nadetatowym teatrów rządowych warszawskich.

Zmarli:

Dr Leon Jakliński,
były poseł na Sejm i burmistrz, wieloletni prezes »Sokoła«, otoczony powszechnym szacunkiem dla zalet swego charakteru i działalności obywatelskiej, w Komarnie w Galicyi.

Dr Stanisław Klikowicz,
docent uniwersytetu moskiewskiego, w Kazaniu.

Redakcya otrzymała: Schramm: Zur Kenntniss der sogen: Sakraltumoren. »Wiener klin. Wochens.« 1910. — Talko-Hryncewicz: Notatki do antropologii Czuwaszy nadwołżańskich. Akad. Uniej. 1909.

Zapiski bibliograficzne. *Aerztliches Jahrbuch für Oesterreich.* Red. Dr Emil Fuhrmann. Rocznik V. 1910. Rocznik Dra Fuhrmanna, rodzaj schematyzmu lekarskiego całej Austryi, wyrobił sobie w krótkim czasie opinię wydawnictwa, prowadzonego sumiennie i oddającego rzeczywiste usługi. Rocznik ten obejmuje: ważniejsze rozporządzenia sanitarne władz z r. 1909, spis instytucyi filantropijnych lekarskich, Towarzystw lekarskich i farmaceutycznych, czasopism fachowych, schematyzm władz sanitarnych, oraz wykaz wszystkich lekarzy, klinik, szpitali i t. p., ugrupowanych według prowincyi państwa, w końcu spisy alfabetyczne. W porównaniu z rocznikiem poprzednim został rocznik obecny odpowiednio poprawiony według dat urzędowych z 31. października 1909 i w wielu szczegółach uzupełniony.

Sprostowanie. W Nrze 6. »Przeglądu« na str. 78, szpalta II, ostatni wiersz u dołu, zamiast »w dawkach 0·1—0·015« ma być: »w dawkach **0·01**—0·015«.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w styczniu 1910.

Gazeta lek. Nr 52. 1909. Karwacki: Przypadek wysiękowego zapalenia opłucnej w przebiegu duru. — Barszczewski (dok.). Nr 1—4. 1910. Biernacki: W sprawie terapii padaczki. — Bernhard: Rentgenoterapia raka ze szczególnem uwzględnieniem raka skóry. — Bełżyński: S. p. Adam Karczewski. — Sławiński: O zastosowaniu szwu naczyń krwionośnych. — Janowski: O krzywej lewego przedsionka serca, jej tłómaczeniu i znaczeniu rozpoznawczem. — Wizel: Kilka uwag o istocie i leczeniu niemocy płciowej pochodzenia nerwowego.

Tygodnik lek. Nr 51—52. 1909. Antoni Rydygier: Przyczynek do zranień wątroby. — Czernecki: O obecności kwasów proteinowych w przesiękach i wysiękach. — Bednarski: O zwiotczeniu tarczek powiekowych z następowem zwróceniem rzęs ku oku. — Nr 1—4. 1910. Gluziński: O leczeniu przewlekłych cierpień żołądka połączonych z nadmierną kwasotą i nadmiernem wydzielaniem soku żołądkowego. — Biegański: O przesądach w medycynie. — Herman: Dwa spostrzeżenia krwawienia ze sutków u kobiet. — Ziembicki W.: Przegląd białek, pojawiających się w moczu ludzkim. — Welecki: O sposobie działania adrenaliny na układ naczynioruchowy. — Reis W.: Badania bakteryologiczne zapaleń spojówki. — Popielski: Z powodu artykułu Dra Weleckiego. — Popielski: W sprawie nadmiernego wydzielania soku żołądkowego. — Gluziński: Kilka słów do artykułu mego w Nrze 1. »Tygodnika lek.«.

Medycyna i Kronika lek. Nr 52. 1909. Jekels: Teorya Freuda o histeryi i jego metoda psychoanalizy. — Justman: Etyologia sklerodermii. — Nr 2—4. 1910. Goldflam: W sprawie chromania przestankowego. — Mintz: O recydywach po operacyjnem leczeniu kamicy żółciowej. — Szokalski: Anafilaksya. — Krękowski: Adam Karczewski. — Eisenberg: O swoistem leczeniu gruźlicy. — Mutermilch: O stosowaniu w odczynie Wassermanna antygenu nieswoistego.

Nowiny lek. Nr 1. A. Gluziński i Grek: Wpływ miesiączkowania na przebieg ciepłoty w rozmaitych stanach chorobowych. — W. Falgowski: O wynikach badań cystoskopijnych po operacyach ginekologicznych. — M. W. Herman: Wykłady kliniczne z urologii ogólnej. — Stan. Szuman: O wzburzeniach wzruszeniowych, stanach osłupienia i stanach autohypnotycznych w przypadku urazowej histeryi. — Z. Bychowski: Ogólna symptomatologia i terapia nowotworów mózgu. — K. Dłuski: Uwagi o wskazaniach do leczenia gruźlicy płuc w Zakopanem. — Jezierski: O gruźlicy nerek. — A. Klęsk: Postępy w metodach znieczulenia i uśpienia w ostatnich czasach. — J. Bieliński: Rymkiewicz Józef.

Przegląd chirurg. i ginekol. Zesz. I.: Falgowski: Jakich zasad trzymać się należy ze stanowiska społecznego w operowaniu zmian zapalnych przydatków macicy? — Wertheim: O przymiotowych zmianach kości płaskich czaszki ze szczególnem uwzględnieniem martwicy rozległej. — Borsukiewicz i Chociatowski: Ułatwiona metoda poćwiartowania płodu w praktyce.

Przegląd chorób skórn. i wen. Nr 9. 1909. Malinowski: Epidermolysis bullosa. — Bukovsky: Lymphangioma cutis circumscriptum (dok.).

Postęp okul. Nr 12. 1909. Rumszewicz: O potworniakach rogówki.

Kronika dent. Nr 1. Wilga: Zęby w medycynie sądowej (dok.).

Głos lekarzy. Nr 1—2. Zieliński: W sprawie lekarzy szkolnych. — Nowa fundacya lekarska. — Grossek: Uwagi o leczeniu ludu. — Klęsk: Dlaczego partacze zyskują często rozgłos i czy walka obecna z partactwem jest racyonalną i dobrą?

Zdrowie. Nr 1. Serkowski i Kownacka: O produktach spożywczych u nas. — Hewelke: O błędności objaśniania niektórych zwyczajów z punktu widzenia higieny. — Łapiński T.: O zakładach leczniczych, ambulatoryach i przytułkach dla alko-

holików. — Glixelli i Miklaszewski: Woda ze źródła »Wieniec« w majątku Brzezie.

Przegląd higien. Nr 1. Kaczorowski: Potrzeba lekarzy i nauki higieny w szkołach.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę dn. 16. lutego 1910 o g. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Dyskusya nad wykładem Dra Blassberga: »O tak zwanym artrytyzmie«. 2) Dr Janiszewski: »Walka z chorobami zakaźnemi«.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Drożdże. Dr Otto Abraham: Nowe doświadczenia z leczeniem drożdżami upławów. (Monatsschr. für Geburtsh. u. Gynekol. XXXI. 1910).

Znane są własności drożdży, jako środka zabijającego drobnoustroje. Fabryka przetworów chemicznych J. D. Riedel w Berlinie wyrabia czopki, zawierające wyjałowione drożdże i cukier, jako pożywkę dla nich. Czopek wkłada się przy pomocy wziernika przed ujście maciczne i ustala się go tamponem. Po upływie 48 godzin, po dokładnem oczyszczeniu macicy, wkłada się ponownie czopek lub zasypuje się w razie silnego podrażnienia błony śluzowej proszkiem (Xerasepulver), o tym samym składzie co wymienione czopki (Xerasekapseln). Autor otrzymał przy leczeniu upławów w powyższy sposób, bardzo dobre wyniki.

Ll. W.

Scharlach R. medicinale »Agfa« jest przetworem chemicznym, wyrabianym przez »Tow. Akc. dla przetworów anilinowych« w Berlinie, używanym skutecznie przez różnych lekarzy w celu wywołania szybkiej ziarniny. Środek ten stosuje się w postaci maści waselinowej 8%, którą na ranie pozostawić należy przez 24 godzin, poczem stosuje się jakąkolwiek maść obojętną przez 1 do 2 dni, w końcu ponownie użyć należy maści z »Scharlach R.«.

Przetworu tego używano korzystnie przy gojeniu ran po operacyi raka, jak również dla zagojenia uszkodzeń rogówki.

L. W.

Rok XLIX. Kraków, dnia 19. lutego 1910. Nr 8.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

O zaburzeniach kojarzeń w stanach gonitwy myślowej.

Napisał

Doc. Dr Jan Mazurkiewicz.

Cięższe postacie gonitwy myślowej każdy laik rozpoznaje z łatwością, jako objaw chorobowy. Pomimo to psychiatrya nie posiada ścisłego określenia zaburzeń mechanizmu kojarzeniowego w tych stanach, gdyż psychologia niezna dotąd czynników, które kierują procesem kojarzeniowym prawidłowym.

Istnieją dwie drogi, na których poszukiwać możemy tych czynników, których działalność zanika w stanach gonitwy myślowej. Jedną z nich jest droga badań ściśle przedmiotowych, — klinicznych, doświadczalnych i mikroskopowych; druga polega na wnioskowaniu psychologicznem, wychodzącem z założeń i stanów podmiotowych. W psychiatryi wybitnie przeważa pierwsza z tych metod, w psychologii — druga, ale obie te nauki, jakkolwiek w nierównej mierze, stosują zawsze obie te metody współcześnie, wskutek czego utrudniona jest właściwa ocena ich wartości naukowej.

Zastosujemy do przykładu klinicznego gonitwy myślowej i przykładu myślenia prawidłowego najpierw jedną metodę, następnie zaś drugą z możliwie największą wyłącznością.

I. Przykład. Chora p. P., pozostająca w stanie bezładu myślowego, na zwykłe zapytanie lekarza o zdrowie odpowiedziała: »O, to ci odpowiem, jesteś dzisiaj blady, może masz blednicę, może suchoty? Jeżeli masz flotę, jedź na Rivierę, do Genui, do Barcelony. Albo do bieguna balonem! Znajdziesz Andréego, znajdziesz Nansena. A masz córkę, czy syna? Białego czy murzyna? Zaśpiewaj, Karolu, zaśpiewaj!«

W okresie zdrowienia p. P. na to samo zapytanie odpowiedziała: »Jestem bardzo osłabiona i czasem mi się jeszcze kręci w głowie, może od tego krzyku, który dzisiaj był na sali. Szczególniej Matylda była niespokojna, śpiewała i hałasowała do niemożliwości. Czy do pana doktora nie zgłaszał się mój mąż albo matka?«

I. Rozbiór przez wnioskowania psychologiczne.

Przytoczone przykłady zostały rozmyślnie wybrane w ten sposób, iż są możliwie najbardziej zbliżone do przykładów Liepmanna[1]) w celu naśladowania jego metody rozbioru psychologicznego, z zastrzeżeniem jednakże, iż początkowo rozmyślnie pomijane będą niektóre wywody tego autora, które będą uwzględnione później.

W obu przytoczonych odpowiedziach można wykazać związek, istniejący pomiędzy skojarzonemi wyobrażeniami.

W pierwszej odpowiedzi na zapytanie lekarza chora mówi wprawdzie nie o własnem zdrowiu, ale jednak o zdrowiu, mianowicie lekarza i jego bladą cerę kojarzy z wyobrażeniem niektórych chorób — blednicy i suchot (pokrewieństwo wyobrażeń wewnętrzne czyli pojęciowe, według przyczyny i skutku). Wyobrażenie suchot łączy się z wyobrażeniem podróży na Rivierę i środków, koniecznych do takiej podróży w celu ratowania zdrowia (również pokrewieństwo wewnętrzne). Wyobrażenie podróży na Rivierę w celach leczniczych wiąże się dalej z wyobrażeniem innych podróży, bez celów leczniczych, do Genui, do Barcelony, do bieguna, który przypomina chorej podróż balonem Andréego. Nazwisko tego podróżnika przypomina znowuż chorej innego sławnego podróżnika, Nansena (wspólność zawodu, czyli znowuż pokrewieństwo pojęciowe), którego mylnie łączy z podróżą Andréego do bieguna.

Dwa następne zdania wiążą się ze sobą według pokrewieństwa dźwiękowego czyli zewnętrznego (...»Nansena. A masz córkę czy syna? Białego czy murzyna?«). Ostatnie zdanie »Zaśpiewaj, Karolu, zaśpiewaj!« zwrócone było do jednej z chorych, która rzeczywiście w danej chwili zaczęła śpiewać.

Zatem w pierwszej odpowiedzi p. P. niektóre wyobrażenia wywołane są podnietami zewnętrznemi, zaś inne kojarzą się ze sobą według pokrewieństwa albo wewnętrznego, albo zewnętrznego, t. j. ściśle według wymagań t. zw. »praw kojarzeniowych«, ustalonych przez psychologię współczesną dla myślenia prawidłowego, normalnego.

W drugiej odpowiedzi z okresu zdrowienia p. P. zaznacza przedewszystkiem ogólny stan osłabienia, przechodzi następnie do szczegółu: »czasem mi się jeszcze kręci w głowie« i do przypuszczalnej przyczyny tego objawu, mianowicie »krzyku, który dzisiaj był na sali«. Wreszcie mówi p. P. o najbardziej krzykliwej chorej Matyldzie, która »szczególniej była niespokojna, śpiewała i hałasowała do niemożliwości«, a więc najbardziej mogła przyczynić się do owego »kręcenia się w głowie«. Wiązanie wyobrażeń odbywa się w tej odpowiedzi zatem również według »praw kojarzeniowych«, jednak widoczne jest tu działanie innego jeszcze

[1]) H. Liepmann: Über Ideenflucht. Halle a. d. S. 1904.

czynnika, który wiąże nietylko każde wyobrażenie z poprzedzającem i następującem, ale i wszystkie razem w jedną całość, stanowiącą odpowiedź na zapytanie lekarza o stan zdrowia.

Myśl »czasem mi się jeszcze kręci w głowie« bynajmniej nie jest wywołana przez poprzednie wyobrażenie »osłabienia«, gdyż chora »kręcenie się w głowie« uzależnia od krzyku na sali, a nie od własnego osłabienia, — tylko oba te wyobrażenia są jednakowo wywołane przez »nadwyobrażenie« (według Liepmanna) o stanie własnego zdrowia. »Kręcenie się w głowie« staje się znowuż drugorzędnem nadwyobrażeniem dla zależnego odeń wyobrażenia »krzyku na sali« i zastrzeżenia »może«, wskazującego na to, iż chora uznaje możliwość istnienia innej przyczyny »kręcenia się w głowie«. — »Krzyk« staje się znowuż trzeciorzędnem nadwyobrażeniem, które z kolei wywołuje w umyśle chorej wyobrażenia o Matyldzie i jej zachowaniu się.

Zatem w tej drugiej odpowiedzi p. P. jedno wyobrażenie nie kojarzy się z najbardziej mu pojęciowo lub zewnętrznie pokrewnem następnem wyobrażeniem. Bo abstrahując od warunków, w których znajdowała się p. P. w danej chwili, należy stwierdzić, iż wogóle wyobrażenia np. »śpiewu« kojarzy się częściej i łatwiej bodaj z salą koncertową lub teatralną, aniżeli z salą szpitalną i »kręceniem się w głowie«. Drugi przykład sposobu myślenia p. P. jest istotnie odpowiedzią na zapytanie lekarza o stan zdrowia dlatego, że wyobrażenie stanu własnego zdrowia stało się w umyśle p. P. głównem nadwyobrażeniem, przyciągającem ku sobie w porządku hierarchicznym nadwyobrażenia i wyobrażenia wtórne (osłabienie, zawrót głowy, krzyk, zachowanie się Matyldy). Liepmann [2]) zaznacza, że hierarchicznie różna wartość wyobrażeń występuje jeszcze wybitniej np. w dziele naukowem, w którem kierownicze wyobrażenie uwydatnia się w tytule dzieła, wtórne nadwyobrażenia w tytułach rozdziałów, zaś dalsze przez podkreślenia pewnych wyrazów w tekście i t. p.

Niedostateczność praw kojarzeniowych dla wytłómaczenia przewodniej nici myślenia prawidłowego spostrzegali przed Liepmannem i inni psychiatrzy, wskutek czego Meynert [3]) mówił o »kojarzeniach głównych« i »kojarzeniach ubocznych«, Wernicke [4]) o »ideach nad- i podwartościowych«, Kräpelin [5]) o »wyobrażeniach celowych«. Wszyscy ci autorzy różnią się w swych określeniach, godzą się jednak na zasadę podziału świata wyobrażeń na dwie kategorye, mianowicie wyobrażeń rządzących i wyobrażeń rządzonych. Psychika, dzielona dotąd przez psychologię na 3 dziedziny — wyobrażeniową, uczuciową i woli, zostaje zatem w sferze wyobrażeniowej podzielona raz jeszcze.

Aby uniknąć tego dalszego dzielenia psychiki na odrębne władze, Wernicke [6]) mówi o »ściśle określonem stopniowaniu pobudliwości różnych grup wyobrażeniowych, która u różnych osobników jest w pewnych granicach różną, jednakże u każdego osobnika powoduje preformowane już posiadanie hierarchicznych różnic pomiędzy wyobrażeniami. Różnica charakterów warunkuje się przedewszystkiem różną wartościowością tych wyobrażeń, od których zależy postępowanie w określonych warunkach. Pojęcia honoru, wstydu, czystości i t. p. są takimi kierowniczymi motywami postępowania ludzi obyczajnych«. Nadwartościowość tych pojęć w życiu normalnem jest stałą i zależy od ich zabarwienia uczuciowego i częstości ich powstawania.

Innego rodzaju jest ta różnowartościowość wyobrażeń, o której dotąd mówiliśmy i którą Liepmann tłómaczy w sposób następujący.

Większa wartość jednych wyobrażeń, niż innych, nie jest jakąś ich trwałą nadwartościowością, pozostającą na całe życie lub dłuższe okresy życia, ale wraz z biegiem myślowym wciąż się zmienia. Pewna treść staje się nadwyobrażeniem dopiero wtedy, jeśli zostanie na nią skierowana uwaga, która ją stawia ponad innemi wyobrażeniami w »polu widzenia« świadomości. Panowanie nadwyobrażenia oznacza zatem, że uwaga pozostaje wierną jego treści, tj. że w pole widzenia świadomości wstępują kolejno wyobrażenia, związane przez treść panującego nadwyobrażenia.

Stąd wynika w dalszym ciągu długi szereg zagadnień spekulacyjno-psychologicznych, w rodzaju: czy uwaga, skierowując się na pewne wyobrażenie, podnosi je do godności nadwyobrażenia, czy też wyobrażenie, przykuwając do siebie uwagę, staje się przez to nadwyobrażeniem? Jeżeli uwaga jest »wolą w dziedzinie wyobrażeniowej», to czem jest wola? Jaki jest stosunek wyobrażeń do ich »zabarwienia uczuciowego« lub dziedziny uczuciowej wogóle? i t. d. i t. d. Wszystkie te zagadnienia mają tę wspólną cechę, że są całkowicie niedostępne dla doświadczenia. Wernicke [7]) porusza je, aby wykazać, że stała nadwartościowość pewnych idei: honoru, wstydu i t. p., wywołana jest stałem silnem zabarwieniem uczuciowem; w ten sposób podział świata wyobrażeń na rządzące i rządzone przestaje być nowym podziałem psychiki, ale sprowadza się do dawnego różniczkowania »dziedziny wyobrażeniowej« od »dziedziny uczuć«. Liepmann [8]) niestałą, zmienną nadwartościowość wyobrażeń czyni zależną od uwagi, t. j. woli w dziedzinie wyobrażeń, czyli sprowadza podział świata wyobrażeń na rządzące i rządzone do dawnego podziału psychiki na »dziedzinę wyobrażeń« i »dziedzinę woli«.

W każdym razie i w jednym i w drugim przypadku »ideom nadwartościowym« i »nadwyobrażeniom« nadawane są cechy psychiczno-energetyczne, realna siła, umożliwiająca im kierownictwo wyobrażeniami i kierownictwo postępowaniem.

Otóż ta niedostępna badaniu energetyczno-psychiczna siła zanika w stanach gonitwy myślowej wysokiego stopnia. Znika nadwartościowość jednych wyobrażeń i podwartościowość innych, a zatem cały hierarchiczny ich układ. W pierwszej odpowiedzi p. P. każde wyobrażenie wywołane jest przez bezpośrednio je poprzedzające wyobrażenie, ale niema tu jednej nici przewodniej, jednego nadwyobrażenia, któreby panowało nad wszystkiemi wyobrażeniami i łączyło je w jedną organiczną

[2]) l. c.
[3]) Meynert: Klinische Vorlesungen über Psychiatrie. Wien. 1890.
[4]) Wernicke. Grundriss der Psychiatrie. II. B.
[5]) Kräpelin. Psychiatrie. VII. Auflage. 1903.
[6]) l. c.
[7]) l. c.
[8]) l. c.

całość myślową, niema wogóle żadnej odpowiedzi logicznej na zapytanie. Jestto właśnie ten objaw gonitwy myślowej, który jest znany w psychiatryi pod nazwą n i w e l a c y i w y o b r a ż e ń c z y l i w y r ó w n a n i a i c h w a r t o ś c i. Wyrównanie to następuje w dwojakim kierunku: w rozumieniu Wernickego wskutek zaniku pojęć obyczajności o silnem zabarwieniu uczuciowem, zaś w rozumieniu Liepmanna wskutek zaburzeń uwagi, mianowicie wielkiej jej niestałości przy znacznej energii. Źródło niwelacyi wyobrażeń w gonitwie myślowej tkwi zatem według Wernickego w dziedzinie uczuciowej, według Liepmanna w dziedzinie woli.

II. R o z b i ó r d o ś w i a d c z a l n y.

Powyższy rozbiór dokonany został według metody współczesnej psychologii paralelistycznej, przyczem dla jej uwydatnienia rozmyślnie pomijane było wkraczanie autorów, stojących na jej punkcie widzenia, w zakres metody doświadczalnej. Dla uwydatnienia metody doświadczalnej której najwybitniejszym przedstawicielem współczesnym jest Mach[9]), przeciwnie pominiemy wszelkie nie dające się doświadczalnie sprawdzić twierdzenia i hypotezy psychologii paralelistycznej, pomimo trudności, jakie przedstawia taka próba zastosowania wyłącznego tej metody do badań psychopatologicznych.

Stając zatem na gruncie wyłącznie doświadczalnym, przedewszystkiem musimy stwierdzić, że w obu przytoczonych przykładach klinicznych nie spostrzegamy nigdzie nietylko »nadwyobrażeń«, ale nawet i »wyobrażeń«. Rozpatrując odpowiedzi p. P. rzeczowo, musimy poprzestać na stwierdzeniu, iż mamy przed sobą wyrazy i zdania, które p. P. wypowiedziała do lekarza. Twierdzenie, że te wyrazy i zdania są wyobrażeniami, zawiera w sobie już hypotezę, od której nie powinno się zaczynać rzeczowe badanie kliniczne.

Wyrazy są, jak wiadomo, słuchowymi lub wzrokowymi znakami konwencyonalnymi, których znaczenie zostaje nam wpojone za lat dziecinnych i przez dalsze doświadczenia życiowe może ulegać większym lub mniejszym zmianom. Wyrazy możemy zatem w pewnej mierze porównywać z również konwencyonalnymi znakami matematycznymi — algebraicznymi albo liczbowymi — z tem zastrzeżeniem, że te znaki są symbolami stosunków ilościowych, zaś wyrazy — bardziej różnorodnych.

Rozpatrując obie odpowiedzi p. P. z tego punktu widzenia, należy uznać, iż chora w obu tych przypadkach używa symbolów wyrazowych istotnie w zupełnie różny sposób.

W pierwszym przykładzie chora nie zatrzymuje się dłużej nad żadnym z poszczególnych symbolów, ani zawartych w pytaniu lekarza, ani wymawianych przez nią w toku odpowiedzi. Pominąwszy sprawę własnego zdrowia, zaczyna swą odpowiedź od bladej cery lekarza, którym się dłużej nie interesuje, lecz poradziwszy podróż w celach leczniczych, przeskakuje do innych podróży, podróżników, do dzieci lekarza, i wreszcie — nie udzieliwszy wcale właściwej odpowiedzi na zapytanie, przestaje mówić z lekarzem i odwraca się od niego do innej chorej, która w tej chwili zaczęła śpiewać, nazywając ją mylnie »Karolem«. W odpowiedzi tej chora zatem albo oddziaływa na bezpośrednie podniety zewnętrzne (bladość pytającego, śpiew chorej), albo mówi o przedmiotach, nie pozostających w żadnym — albo conajmniej pozostających w niezmiernie odległym stosunku do wszystkiego, co się w danej chwili na danej sali zakładowej działo (podróże do Barcelony, do bieguna balonem i t. d.). Wszystkie te odległe co do czasu i przestrzeni przedmioty kojarzyła przytem chora z pytającym ją lekarzem, do którego stale zwracała się w drugiej osobie liczby pojedynczej, a zatem wbrew zwyczajowi. Przerwanie rozmowy z lekarzem odbyło się również w sposób, którego uprzejma p. P. w okresie zdrowienia nigdy nie używała. Znaczenie dźwiękowego kojarzenia wyrazów w tej odpowiedzi zostanie omówione później.

Natomiast druga odpowiedź, przez cały czas jej wypowiadania (z wyjątkiem ostatniego zdania), jest jednym odczynem chorej na zwrócone do niej zapytanie o stan zdrowia. W odczynie tym wypowiada chora swoje dolegliwości i przytacza tylko te wrażenia z najbliższego otoczenia, bo z sąsiedniej sali, które według jej zdania pozostają w związku ze stanem jej zdrowia. Chora mówi tu zatem tylko o realnych warunkach, w jakich w danym czasie istotnie pozostawała. Przechodząc od swego zdrowia do innego przedmiotu w ostatniem zdaniu, spytała p. P. o osoby z najbliższej swej rodziny, tytułując już lekarza »panem doktorem«.

Z tego zestawienia wynikają d w a w n i o s k i.

P i e r w s z y w n i o s e k potwierdza różnowartościowość symbolów wyrazowych w odpowiedzi z czasów zdrowia p. P., i wyrównanie wartości symbolów w jej bezładnej odpowiedzi, zupełnie analogicznie do zachowania się »wyobrażeń«, wykazanego poprzednią metodą. Ponieważ, jak zaznaczyliśmy, wyrazy są konwencyonalnymi znakami, które można porównać z symbolami matematycznymi, zatem zapomocą symbolów matematycznych różnowartościowość wyobrażeń i ich niwelacyę można przedstawić w sposób następujący.

W gonitwie myślowej wartość wszystkich poszczególnych symbolów możemy uważać praktycznie za jednakową, co się wyrazi wzorem I: $a = b = c = \ldots$ albo $1 = 2 = 3 = \ldots$ Nieprawidłowość tego drugiego zestawienia liczbowego jest również na pierwszy rzut oka widoczna, jak nieprawidłowość zestawienia i zrównania stanu swego zdrowia z podróżą Nansena, a tego ostatniego z dziećmi lekarza i t p.

Budowa zaś odpowiedzi prawidłowej (z pominięciem ostatniego zdania), albo lepiej: układ dzieła naukowego, którego tytuł oznaczymy przez a, nagłówki rozdziałów przez $b, c \ldots$ i t. d. wyrazi się w bardziej złożonym wzorze II:

$$a = \left| \begin{array}{l} b = \left| \begin{array}{l} e = \left\{ \begin{array}{l} m \\ + \\ n \\ \vdots \end{array} \right. \\ + \\ f = \left\{ \begin{array}{l} r \\ + \\ s \\ \vdots \end{array} \right. \\ \vdots \end{array} \right. \\ + \\ c = \left| \begin{array}{l} h \\ + \\ i \\ \vdots \end{array} \right. \\ \vdots \end{array} \right.$$

Gdybyśmy w tym wzorze zamiast symbolów algebraicznych chcieli użyć symbolów liczbowych, i gdybyśmy założyli, iż $a =$ np. 100, to jest rzeczą widoczną, że jeśli ilość

[9]) Mach: Die Analyse der Empfindungen. V. Aufl. 1906.

rozdziałów *b*, *c*... jest ograniczona, w takim razie i ilość prawidłowych układów wzoru jest również ograniczona. Gdybyśmy zaś każde z poszczególnych ogniw szeregu $b+c+d$ uważali również za ściśle określone, np. 60 + 30 + 10, to ilość prawidłowych układów wzoru zostałaby znacznie ograniczona i postępując tak dalej, moglibyśmy dojść do jednego możliwego wzoru, w przeciwstawieniu do wzoru I, obrazującego gonitwę myślową, w którym symbole mogą być obok siebie zestawiane wprawdzie nieprawidłowo, ale za to dowolnie i do nieskończoności.

Zestawienia, dokonywane poprzednią metodą spekulacyi psychologicznych, dotyczyły »stanów podmiotowych« wyobrażeń, uwagi, zabarwień uczuciowych, które nie podlegają badaniu przedmiotowemu, a zatem można im dowolnie przypisywać własności kierownicze, energetyczne, których działanie miało wyjaśnić hierarchiczną różnowartościowość wyobrażeń w stanie zdrowia, zaś ich zanik — niwelacyę wyobrażeń w stanie gonitwy myślowej.

Ale stwierdzonej metodą doświadczalną różnowartościowości martwych symbolów, wyrazów, nie można tłómaczyć dowolnem przyznawaniem wyrazom jakiejś siły kierowniczej, gdyż bezzasadnie przekształcilibyśmy wtedy te konwencyonalne znaki w jakieś realne czynniki energetyczne.

D r u g i w n i o s e k, wynikający z zestawienia obu odpowiedzi p. P. metodą doświadczalną, daje nam już pewne wskazówki co do kierunku, w jakim szukać należy owego realnego czynnika, który martwym symbolom nadaje różną wartość. Mianowicie spostrzegamy tu fakt, że w drugiej odpowiedzi p. P. mówi tylko o rzeczywistych warunkach, w jakich się w danej chwili i w danem miejscu znajduje, a więc tylko o swojem zdrowiu i swojej rodzinie, i drugi fakt, że o tych najważniejszych dla niej w okresie zdrowienia rzeczach nie wspomina wcale w pierwszej odpowiedzi, chociaż porusza w niej cały szereg przedmiotów, w bardzo luźnym stosunku do chorej pozostających.

Druga odpowiedź, obok troski o zdrowie własne i rodzinę, wyraża jeszcze pewne niezadowolenie, albo conajmniej krytyczny pogląd na hałaśliwe otoczenie; w pierwszej natomiast widoczny jest zupełny brak wszelkiej troski, zupełne niezrozumienie tego położenia osoby chorej, które zmusza do usunięcia jej ze zwykłych warunków życia do zakładu dla umysłowo-chorych i które u ludzi zdrowych wzbudza raczej żal, aniżeli chęć do dalszego słuchania krzykliwego śpiewu chorej sąsiadki (»zaśpiewaj Karolu, zaśpiewaj!«).

Zestawienie to świadczy o tem, że nietylko stosunek jednych symbolów do innych, ale i z u p e ł n i e r e a l n y s t o s u n e k c h o r e j d o o t o c z e n i a u l e g ł z a s a d n i c z e j z m i a n i e zarówno w najżywotniejszych dla niej sprawach (zdrowie, rodzina), jak i w stosunkach drugorzędnej wagi (zachowanie się wobec lekarza, wobec krzykliwej chorej).

Że ten drugi wniosek jest w zupełności uzasadniony, o tem przekonywamy się z wywiadów męża, wykazujących, że p. P., jakkolwiek obarczona dziedzicznie (jej brat stryjeczny umarł w szpitalu dla umysłowo-chorych; dwoje krewnych jej matki skończyło śmiercią samobójczą z niewiadomego powodu; rodzona siostra chorej pozostawała w zakładzie od 27. VIII. 1903 do 23. V. 1904 z powodu ostrego stanu amentycznego na tle histerycznem), była przed chorobą osobą bardzo taktowną, rozsądną, zrównoważoną, a poza domem, mężem i dziećmi nie interesującą się niczem żywiej. Przed przybyciem do zakładu p. P. pielęgnowała najpierw w domu, następnie w prywatnem sanatoryum synka swego, ciężko chorego na gruźlicę żeber. Przez ostatnich 10 dni i nocy pozostawała przy jego łóżku, odżywiając się bardzo niedostatecznie i nie kładąc się wcale na nocny spoczynek. Dziesiątego dnia p. P. klęczała przy łóżku syna i nagle — (poprzednio nie okazywała żadnych śladów zaburzeń umysłowych) — wyrwała obandażowane dziecko z łóżka i cisnęła je na podłogę. Od tej chwili zaczęła bezustannie i bezładnie mówić, śpiewać i wykazywać tak gwałtowne podniecenie ruchowe, że okazało się koniecznem niezwłoczne jej przewiezienie do zakładu dla umysłowo-chorych.

Byłoby rzeczą bezcelową z dalszego, przeszło trzymiesięcznego przebiegu choroby p. P. w zakładzie przytaczać dobrze wszystkim psychiatrom znane fakty, świadczące o tem, że w stanach gonitwy myślowej wysokiego stopnia, dochodzącej do bezładu myślowego, ten bezład daje się stwierdzić nietylko w sposobie kojarzenia wyrazów, ale i w układzie realnych stosunków chorego do otoczenia.

Już zdania, przytoczone z wywiadów, i zachowanie się p. P. w zakładzie w okresie zdrowienia wykazują, że kierowniczymi motywami postępowania p. P. przed chorobą były jej stosunki rodzinne. Inne stosunki ceniła mniej, niektóre rzeczy były dla niej obojętne, albo wręcz niemiłe. Zatem p. P. za czasów zdrowia segregowała swe otoczenie na pewne działy, które miały dla niej h i e r a r c h i c z n i e n i e j e d n a k o w ą w a r t o ś ć.

Największą wartość dla niej posiadały, jak widzieliśmy, stosunki rodzinne, do których skierowywała się cała jej działalność. Nieuzasadnionem byłoby przypuszczenie, że tą działalnością rządziło jakieś »nadwyobrażenie kierownicze«, jakieś »pojęcie rodziny,« posiadające realną siłę, skoro w czynnikach tak rzeczywistych, jak mąż i dzieci p. P. i ich potrzeby życiowe z jednej strony, zaś najsilniejszy obok instynktu samozachowawczego instynkt zachowania rodu u samej p. P. z drugiej strony, znaleść możemy tłómaczenie tej działalności bez uciekania się do czynników natury metafizycznej.

Z tego punktu widzenia zdaje się być rzeczą zrozumiałą, że s y m b o l e w drugiej odpowiedzi p. P. w y k a z u j ą h i e r a r c h i c z n i e n i e j e d n a k o w ą w a r t o ś ć, p o n i e w a ż r ó w n i e ż h i e r a r c h i c z n i e n i e j e d n a k o w ą w a r t o ś ć p r z e d s t a w i a j ą d l a p. P. t e r e a l n e c z y n n i k i, t e z a k r e s y r z e c z y w i s t o ś c i, k t ó r y c h k o n w e n c y o n a l n y m w y r a z e m s ą o w e s y m b o l e.

Hierarchiczny układ stosunków p. P. do otoczenia uległ zanikowi w tej krótkiej chwili, która stała na przełomie pomiędzy jej postępowaniem, jako najtroskliwszej matki, a postępowaniem, określanem zazwyczaj jako nieludzkie (wyrzucenie z łóżka na podłogę ciężko chorego dziecka). Od tej chwili w y r ó w n a n a z o s t a ł a p o z o r n a r ó ż n o w a r t o ś c i o w o ś ć s y m b o l ó w d l a t e g o, ż e w a r t o ś ć o z n a c z o n y c h p r z e z t e s y m b o l e r e a l n y c h z a k r e s ó w r z e c z y w i s t o ś c i z o s t a ł a w s t o s u n k u d o p. P. z n i w e l o w a n a. Ciężko chore dziecko, stan własnego zdrowia, fakt przebywania w danej chwili w zakładzie dla umysłowo-chorych, mąż odwiedzający, podróże Andréego i Nansena, bladość lekarza, śpiew chorej i t. d. i t. d. to wszystko zajmuje chorą przez t a k i p r z e c i ą g

czasu i w takim stopniu, który praktycznie uważać możemy za jednakowy.

Ponieważ rozbiór metodą doświadczalną nie doprowadził nas dotąd nigdzie do wykrycia uwagi, woli lub zabarwienia uczuciowego, których zaburzeniom moglibyśmy przypisać stwierdzoną niwelacyę dawniejszych stosunków p. P. do otoczenia, zatem musimy zapytać, jaki czynnik, czy też jakie czynniki realne były przyczyną tej niwelacyi.

Narządem, normującym w wyższych ustrojach ich stosunek do świata zewnętrznego, jest ośrodkowy układ nerwowy, i doświadczenie wykazuje, że wpływy szkodliwe, działające na ten narząd, mogą wywoływać zaburzenia w jego czynnościach, a więc i zaburzenia w układzie stosunków ustroju do otoczenia.

Dopóki p. P. żyła w zwykłych, dobrze unormowanych warunkach osoby, mającej zabezpieczony byt własny i rodziny, dopóty jej układ nerwowy zupełnie sprawnie wykonywał swoje czynności, pomimo wspomnianego obarczenia dziedzicznego. Gdy jednak zagrażająca życiu choroba dziecka (które następnie umarło) wytrąciła p. P. z tych zwykłych warunków, wtedy wywołane tą chorobą wstrząśnienia, wysiłki, bezsenność, wyczerpały jej układ nerwowy w pewnej chwili do tego stopnia, że nagle zawiesił swoją dotychczasową biologiczną czynność pośredniczenia pomiędzy ustrojem a otoczeniem. P. P. stała się pod względem życiowym jak gdyby małem dzieckiem, niezdolnem unormować swego stosunku do świata zewnętrznego i wymagającem ciągłej opieki, i jej kojarzenia symbolów stały się tak samo bezładne, jak zachowanie się.

Nie znamy jeszcze mechanizmu powstawania tych zaburzeń w ośrodkowym układzie nerwowym, których zewnętrznym przejawem jest ów proces niwelacyjny, dający się badać klinicznie. Ale już te dane, których nam dzisiaj dostarcza klinika, wystarczają do stwierdzenia, iż dokładnej znajomości omawianego mechanizmu poszukiwać należy na drodze doświadczeń badań klinicznych i mikroskopowych, a nie na drodze spekulacyi psychologicznych.

Rozbiór psychologiczny doprowadza nas zatem do przyjęcia szeregu pojęć psychologicznych, jak wyobrażeń, nadwyobrażeń, uwagi, zabarwienia uczuciowego i t. d., do nadawania tym abstrakcyom własności energetycznych w stanie zdrowia umysłowego, i do przypuszczenia zaniku tych własności w stanach gonitwy myślowej.

Rozbiór doświadczalny natomiast wykazuje możność rzeczowego badania zjawisk psychopatologicznych z zupełnem pominięciem nawet tego mianownictwa psychologicznego, które utworzono ze źródła »czuć podmiotowych« bez możności ich sprawdzania przedmiotowego i którym hypotetycznie przypisano »siły kierownicze«. Metoda doświadczalna opiera się zatem wyłącznie na spostrzeżeniach i doświadczeniach w ściślejszem znaczeniu tego wyrazu.

II. Przykład. P. Anna W., 60 lat. Według podania jej siostry, matka ich była ekscentrycznego charakteru; będąc w ciąży, z której pochodzi Anna W., jeździła konno i upadła pewnego razu w taki sposób, że koń ją przez pewien czas włóczył po ziemi. Chora za czasów panieńskich marzyła o karyerze artystycznej, gdyż posiadała wybitny talent śpiewacki. Z bogatego domu rodziców przeszła jednak po wyjściu za mąż w skromne warunki i późniejsze obowiązki macierzyńskie uniemożliwiały jej zadowolnienie pragnień artystycznych. Pierwszy raz zachorowała umysłowo przed 30 laty po śmierci dziecka, przez 3 lata pozostawała w zakładzie. Wyzdrowiała zupełnie i potem rodziła jeszcze 2 razy. Żyje jej córka i syn, który wykazuje skłonność do wesołego życia i niezdolność do wytrwałej pracy systematycznej, pomimo ukończonych studyów uniwersyteckich, stopnia naukowego i dojścia do pewnego stanowiska, które porzucił w celu udania się do Boerów podczas wojny angielsko-boerskiej i od tego czasu prowadzi życie, pozwalające mu unikać zbytnich wysiłków pracy.

Chora zazwyczaj była usposobienia pogodnego, jakkolwiek w domowych stosunkach nieraz przykra, niecierpliwa i irytująca się, bardzo pobożna, ale bardzo lubiąca towarzystwo. Pomimo wielkiej otyłości nader ruchliwa.

W ostatnich dwóch latach chora kilkakrotnie przechodziła stany okrężne o różnem napięciu chorobowem, rozpoczynające się kilkotygodniowem typowo-maniakalnem podnieceniem, po którem następował okres przygnębienia melancholijnego z myślami o samobójstwie i z zachowanem, chociaż słabem, poczuciem chorobowości przebytego poprzednio stanu maniakalnego. Pomiędzy jednym cyklem, a drugim, okazywała chora w domu znaczniejsze niż zwykle rozdrażnienie, kłóciła się o drobiazgi ze służbą, irytowała na siostrę za jej spokój i wykazywała pewien niepokój, chodziła wciąż do znajomych, którzy jednak nic chorobliwego u niej w tych okresach nie spostrzegali. Po ostatnim cyklu, po przejściu stanu przygnębienia, okazywała chora lekki stan gonitwy myślowej przez kilka dni, po których stan ten nagle pogorszył się do zupełnego bezładu myślowego i znacznego podniecenia ruchowego, o ile na nie jej wiek i wielka otyłość pozwalały.

W pierwszym dniu tego bezładu myślowego chora, leżąc w łóżku, częściowo mówiła, zaś częściowo (rymowane ustępy) wyśpiewywała, trzymając obrazek święty w ręku: »O mój drogi, jeszcze są także święci! O Boże, Boże, jam stworzenie Twoje, czemu nie wskrzesisz umarłych z grobu!— (śpiewa:) Boś ty jest wyprana, boś ty wszystko tłómaczyła, każda wina, nawet świnia. — (spostrzegłszy, że ma ręce brudne) Ręce brudne, to szkoda! (śpiewa:) Ręca, ręca, u Renza była, tak matko miła! (mówi:) Jezus, jakaś ty lekkomyślna — o tę ufność, Maryniu (imię nieobecnej córki), tak, tak, co ty mówisz. Taka gaździna, taka nędzna, taka biedna. (śpiewa:) Miała, miała nogi, a ja znowuż rogi, lepiej, lepiej smoki, a jam roki. Boś ty Bóg, boś ty król, a magasy(?), o to jest lampa (mówi:) Bardzo dobrze, że doktór zapisuje, bo ja chcę tego, taka jest różnica między uczuciami. A jak mię te weszki opuściły, powiedz doktoreczku? Mój synek kochany, Roman, e, skąd Roman, — Marynieczka. To jedyna chwila, kiedy matce można było udawać, że nie jest świętą, i P. Jezus tak mię forytował. Daj matuchna kochana te obrazy, są w takiem zaniedbaniu (bierze święty obrazek i łamie go). O te koroneczki, to są takie sprzeczki. Za mękę Siczyńskiego ja proszę, o bardzo proszę, widzi matuchna (składa ręce jak małe dziecko i wymawia to tonem dziecinnej prośby, potem zaczyna nagle i bardzo głośno śpiewać:) Boś ty lekkomyślna .. (wyraz, nienadający się do druku) z urodzenia, o panienko święta, bo ja też cię kocham, a Andzia ma grzechy, o bardzo wielkie, chcesz, żeby cię kto wyprosił. O Polska jeszcze będzie, jam głupia, ty głupia!« — Tu chora zaczęła płakać, a wkrótce zacięła usta i na pewien czas przestała mówić.

W tydzień później, przy niezmienionym stanie podniecenia i bezsenności, chora mówiła do siebie, nie witając się wcale z wchodzącym lekarzem: »Kogo kocha więcej, czy Polskę, czy córkę? Jam rosyanka, Maryniu, oddam Polskę, oddam panu Polskę, myślałam, że moskal, — Rosya, — ratujcie, — kiepsko, — doktór ją wziął. Nie, nie, niech pan odda Marynię, niech pan odda Polskę za Rosyę, c'est une famille, tu restes là, wykradliście ruską księżniczkę, więc jeszcze raz wam powiem, Roman, ty jesteś świadkiem, od-

dam Polskę, — tu sais... (śpiewa). Ja się bałam wszystkiego, bo ja nie jestem wasza polka, bo ja rosyanka« (płacze).

III. Przykład. Inżynier G. S., 35 lat, z rodziny obarczonej dziedzicznie. Bardzo zdolny, nauki przechodził z łatwością; zawsze był nadwrażliwy, dwukrotnie już przebywał ostre stany amentyczne, trwające kilka tygodni. Pozostawał w zakładzie w Kochanówce od 18. X. 1902 do 18. I. 1903 z powodu ponownego wybuchu ostrego stanu amentycznego, który się nagle przejawił po kilkotygodniowym okresie przygnębienia, niepokoju i egocentrycznych wrażeń z chwilowemi urojeniami prześladowczemi. Chory w okresie bezładu myślowego w zakładzie okazywał silny negatywizm wobec otoczenia zakładowego i odwiedzającej go żony, wobec wszelkich zabiegów leczniczych, rozwijając pomimo szczupłej budowy ciała znaczną siłę mięśniową. Odżywiał się niedostatecznie, noce spędzał bezsennie pomimo stosowanych środków nasennych; zanieczyszczał się. Przytem zachowywał chory zupełny mutacyzm, który pozwolił dowiedzieć się o przebytym stanie gonitwy myślowej wysokiego stopnia dopiero w okresie zdrowienia. Chory z wielką inteligencyą i krytycyzmem opowiadał, a częściowo i sam opisywał, przebyty stan bezładnego nawału jednych myśli i obrazów za drugiemi, zmieniających się z wielką szybkością i przenoszących go w paromiesięcznym okresie choroby częstokroć w takie jego dawniejsze miejsca pobytu i sytuacye, o których już zupełnie zapomniał za czasów zdrowia, albo w położenia i stany psychiczne innych osób, znanych mu bądź osobiście, bądź tylko z literatury, o ile w swoim czasie przy jej czytaniu odbierał silniejsze wrażenia. Tak więc w pewnym czasie choroby p. S. przeżywał losy nihilisty, w innym czasie uważał siebie za żyda wiecznego tułacza, — za jeńca wojennego, albo za Lohengrina siebie i Elzę von Brabant za żonę, a rzeczywistą swoją żonę za córkę i t. p., bądź wcielając się całkowicie w te nowe role, bądź też zachowując częściowo właściwości swojego charakteru. Otoczenia zakładowego, jako instytucyi leczniczej nie obejmował, spostrzegając tylko szczegóły, które przekształcał i przeżywał na modłę biegu myślowego danej chwili, a więc np., nie chciał jeść podanego mu rosołu dla tego, że w pewnej grupie pływających na jego powierzchni kropel tłuszczu widział wojska niemieckie, zaś w innej grupie wojska rosyjskie i oczekiwał rozpoczęcia się tej bitwy pod Rygą (chory był Niemcem z prowincyi nadbałtyckich). Niektóre wspomnienia chorego z okresu bezładnej gonitwy myślowej były dość dokładne, inne mgliste; ogólne wrażenie, jakie pozostało po chorobie, było wrażeniem jakiegoś obcego, dziwnego stanu psychicznego, podobnego do stanu urojeń sennych i nadzwyczajnego bogactwa myśli, które ogarnęły całe jego dotychczasowe życie i całą jego wiedzę

Przykład ten, — jak i niektóre inne przykłady bezmysłu (amentia), rozwijającego się nie ze stanu maniakalnego —, przemawia wyraźnie przeciwko zdaniu Aschaffenburga[10]), który gonitwę myślową uważa za »objaw częściowy ogólnego ułatwienia procesów psychoruchowych«. Zdanie to jest słuszne w zastosowaniu do tych stanów bezładnej gonitwy myślowej, która się rozwija ze stanów maniakalnych, ale tylko częściowo może być zastosowane do wielu innych przypadków amentycznych i w żaden sposób nie może tłómaczyć stanów takich, jak inż. S., który przez cały okres bezładnej gonitwy myślowej wysokiego stopnia nietylko zachowywał mutacyzm, ale wogóle nie okazywał żadnego podniecenia ruchowego, o ile był pozostawiany samemu sobie.

(Dokończenie nastąpi).

[10]) Die Ideenflucht. Psychologische Arbeiten (Kräpelin) 1902, H. 2.

W sprawie ran postrzałowych przewodu pokarmowego i przedziurawień przewlekłych wrzodów żołądka.

Napisał

P. Schroeter (Pabianice).

Niejedną nowość w zakresie chirurgicznego leczenia urazów i chorób jamy brzusznej, szczególnie zapalenia otrzewnej, przyniosły nam lata ostatnie. Głębsze zrozumienie fizyologicznego znaczenia wielu narządów nadały symptomatologii i rokowaniu charakter bardziej zdecydowany i wskazały nowe zadania lecznicze. Leczenie chirurgiczne zyskało na znaczeniu, oraz na świadomości swoich celów, a literatura chirurgiczna szczyci się wieloma świetnemi pracami krytycznemi i doświadczalnemi z tego zakresu. Do dziś jednak napotykamy tu pytania nierozstrzygnięte.

Miałem sposobność spostrzegać następujące trzy przypadki, które w interesującej nas dziedzinie zasługują na opis:

I. W dniu 29. maja 1909 o godzinie $10^1/_2$ zrana przywieziono do szpitala 25-letniego robotnika A. H. Został on na godzinę przedtem postrzelony (podczas ucieczki przez okno sali fabrycznej). Przy badaniu rannego, który bynajmniej nie sprawiał wrażenia ciężko chorego, spostrzegłem tuż przy lewym brzegu kości ogonowej małą okrągłą ranę. W odbytnicy zmian niema; brzuch niewzdęty, niebolesny i na ucisk niewrażliwy, z wyjątkiem miejsca w okolicy talerza kości biodrowej, w którem raniony przy ucisku uczuwał ból. Mięśnie powłok brzusznych ani z prawej, ani z lewej strony nie napięte. Brak otworu wyjścia kuli. Oddychanie prawidłowe, spokojne, o charakterze wybitnie brzusznym. Tętno miarowe, silne, nieprzyspieszone — 80. Ciepłota prawidłowa. Przy opukiwaniu klatki piersiowej i brzucha nie spostrzega się nic nieprawidłowego, zwłaszcza w jamie otrzewnej niema wolnego płynu; granice wątroby prawidłowe. Chory nie wymiotował. Mocz przeźroczysty, barwy prawidłowej, bez domieszki krwi. Opatrunek aseptyczny. O godzinie 4 popołudniu tegoż dnia zastałem chorego dobrze usposobionego i utrzymującego, że lekki ból w okolicy kości biodrowej ustąpił prawie zupełnie. O godz. 7 wieczorem ciepłota podniosła się do $38^0,2$, tętno 84. Stan podmiotowy dobry. O godz. 11 wieczorem, ciepłota $38^0,4$, tętno 88. Chory niespokojny, narzeka na odbijanie, mdłości, przewiduje wymioty i uskarża się na dokuczliwy ból w jamie brzusznej. Brzuch wzdęty, przy najlżejszym ucisku nader bolesny. Te objawy, wskazujące na rozwijające się zapalenie otrzewnej, nakazały interwencyę. Przy laparotomii (cięcie poprowadzone od pępka do spojenia łonowego), dokonanej w 15 godzin po postrzale, okazało się, co następuje: Po otwarciu otrzewnej uchodzi gaz z jamy brzusznej i wydziela się płyn mętny, zawierający krew. Wydobyto na zewnątrz pętlę kiszki; jest to skurczona okrężnica poprzeczna, w której znaleziono ranę drążącą tuż przy nasadzie krezki. Zaszyto ją szwem dwupiętrowym Lemberta. Z lewej połowy jamy brzusznej występuje wzdęta pętla esowata, którą wydobyłem całkiem na zewnątrz. Część krezki tej pętli, bezpośrednio stykająca się z kiszką i sama pętla esowata prawie do połowy obwodu przepojone krwią. Blizko nasady krezki pętli esowatej znajduje się w kiszce tej okrągła drążąca rana, którą również zaszyto dwupiętrowym szwem; w innem miejscu tej pętli znajdujemy brak w otrzewnej w postaci trójkąta, którego podstawa znajduje się bezpośrednio przy nasadzie krezki. Ta rana, której dno stanowiła błona mięsna, naciekła krwią, była 1 cm. długa (od wierzchołka do podstawy trójkąta); zamknięto ją szwem dwupiętrowym. Pętle kiszek, które w czasie operacyi występowały z jamy brzusznej na zewnątrz, były wzdęte, otrzewna ich zaczerwieniona. Rany żadnej na nich nie zauważono. Płukania jamy brzusznej nie zastosowano, na-

tomiast wprowadzono do jamy miednicy tampon Mikulicza i ranę powłok brzusznych zaszyto z pozostawieniem zwykłego otworu. W dniu 4. VI. tampon usunięto. Dalszy przebieg nie przedstawia nic osobliwego. W dniu 5. VII. chory opuścił szpital. Kuli nie znaleziono. Zaznaczyć należy tylko to, że nazajutrz po operacyi, a więc 30. V., ciepłota spadła do normy i pozostała prawidłową przez cały czas, z wyjątkiem 3. i 4. VI. (a więc w przededniu i w dniu wyjęcia tamponu), w których podniosła się do 38,1°.

Mamy tu przypadek, gdzie pomimo znacznych obrażeń kiszek nie wystąpiły żadne objawy — ani ogólne, ani miejscowe — któreby na podobne obrażenia mogły wskazywać: ani wstrząsu, ani widocznych lub namacalnych zmian w powłokach brzusznych, ani objawów ze strony jamy otrzewnej nie było. Wobec braku objawów rany drążącej brzucha — nieznacznemu bolowi w okolicy lewego talerza kości biodrowej nie można było przypisywać poważniejszego znaczenia; jego przyczyna mogła być inna, dopiero zmiana stanu chorego, która nastąpiła wieczorem dnia 29. V„ wyjaśniła sytuacyę. A więc nie samo obrażenie kiszek jako takie było jawnem, lecz jego skutek — zapalenie otrzewnej — wskazywał na rodzaj rany postrzałowej.

II. Rana postrzałowa obydwu ścian żołądka. 44-letni robotnik fabryczny, Franciszek G., biegł na pomoc sąsiadowi swemu, na którego dom napadła banda rozbójników przyczem odniósł z odległości mniej więcej 20 kroków, ranę postrzałową brzucha. Wypadek nastąpił w dniu 30. maja r. z. o godz. 9½ wieczorem. O godz. 6 popołudniu napił się on był kawy i zjadł kawał chleba z masłem. O godz. 12½ w nocy przywieziono go do szpitala (z domu: 3 wiorsty od miasta). Nieco słabo odżywiony chory jęczy z bolu. Bezpośrednio pod lewym łukiem żebrowym w odległości 9 cm. od linii środkowej brzucha znajduje się okrągła, mało krwawiąca rana. Brzuch, w dolnych częściach cokolwiek wzdęty, przy ucisku nieco bolesny. Mięśnie proste brzucha napięte, lewy więcej, niż prawy. Przy opukiwaniu brzucha odgłos bębenkowy, z lewego boku przytłumiony. Na tylnej ścianie lewej połowy klatki piersiowej pomiędzy 10. i 12. żebrem guz chełboczący (krwiak), oddalony od wyrostków ościstych o 7 cm. Obcego ciała się w nim nie wyczuwa. Mocz wydobyty zapomocą cewnika okazuje lekkie zmętnienie. W płucach i sercu zmian niema. Chory nie wymiotował. Ciepłota 37,4°, tętno 88, słabe. Rozpoznano ranę postrzałową żołądka i przystąpiono o godz. 5½ zrana d. 31. maja do operacyi. Cięcie wzdłuż zewnętrznego brzegu lewego mięśnia prostego od wlotu postrzału ku dołowi do wysokości pępka. Po przecięciu otrzewnej wylewa się z jamy brzusznej krew i występuje na zewnątrz część sieci. Na wydobytej okrężnicy poprzecznej i znajdujących się w sąsiedztwie jelitach cienkich rany nie znalazłem. Wydobyłem żołądek, o ile to było możliwe. Na przedniej jego ścianie, bliżej krzywizny małej, znajduje się ziejąca rana średnicy 8 mm., o brzegach równych, z której wydziela się nieco krwi i płynnej treści żołądka. Zaszyto ją szwem dwupiętrowym. Miazgi pokarmowej w widocznych częściach jamy brzusznej nie zauważono. Wydobyłem następnie przez otwór, zrobiony w więzadle żołądkowo-okrężniczem, tylną ścianę żołądka, na której znalazłem ziejącą ranę średnicy 5 mm., o brzegach równych; zaszyto ją szwem dwupiętrowym. W torbie sieciowej nie zauważono treści żołądkowej. W dolnej części rany powłok brzusznych wydobywała się z jamy brzusznej bezustannie krew, zarówno płynna, jak skrzepła. Oczyszczenie lewej połowy jamy otrzewnej, w której nagromadziła się krew, zajęło sporo czasu. Na ścianach żołądka i widocznych pętlach jelit, których otrzewna zlekka była zaczerwieniona, nie zauważono żadnych nalotów. Wydobyte celem zbadania pętle jelit opłukano ciepłym rozczynem soli kuchennej przed ich odprowadzeniem do jamy brzusznej, ściany żołądka zaś oczyszczono suchymi i zwilżonymi rozczynem soli kuchennej kawałkami gazy. Pomiędzy przednią ścianę żołądka i powłoki brzuszne wprowadzono pas gazy wyjałowionej, część zaś lewej połowy jamy brzusznej, w której nagromadziła się krew, osączkowano sposobem Mikulicza. Ranę powłok brzusznych zaszyto pomiędzy zewnętrznymi końcami tamponów. Wreszcie otwarto zapomocą cięcia krwiak na tylnej ścianie lewej połowy klatki piersiowej, celem wydobycia kuli; gdy jednak nie znaleziono jej natychmiast, zaniechano dalszego szukania, by operacyi nie przedłużać, i zaszyto ranę całkowicie. Przebieg operacyi przerywały wymioty, przyczem wydzielała się płynna treść żołądka, zmieszana ze stałemi resztkami pokarmu.

W pierwszym dniu po operacyi chory otrzymywał tylko kawałki lodu i wodę do płukania ust, celem zmniejszenia pragnienia; w następnym dniu małe ilości mleka i lawatywy odżywcze. W dniu 9. VI. usunięto tampony z jamy brzusznej. W dniu 18. VI. podniosła się ciepłota, która dotychczas była prawidłowa. W dniu 19. VI. doszła do 38°,9. Badanie wykazało: na tylnej ścianie lewej połowy klatki piersiowej w dolnych częściach jej do wysokości kąta łopatki odgłos przy opukiwaniu przytłumiony, zaledwie dosłyszalny szmer oddechowy, drżenie nie wyczuwalne. W dniu 20. VI. przez nakłucie tylnej ściany lewej połowy klatki piersiowej wydobyto przeźroczysty płyn surowiczy. Przytem wyczuwa się pomiędzy 11. i 12. żebrem w odległości 10 cm. od wyrostków ościstych twarde podłużne ciało — kulę: usunięto ją zapomocą małego cięcia skórnego. Średnica kuli 8 mm. Do 25. VI. ciepłota waha się pomiędzy 38° (zrana) i 38,9° (wieczorem); od tego dnia ciepłota spada do normy i pozostaje prawidłową do dnia zupełnego wyleczenia chorego, który opuścił szpital w dniu 27. VII.

Mieliśmy tu w czasie — pomyślnego zresztą — przebiegu krótkotrwałe zapalenie opłucnej z wysiękiem surowiczym.

Przypadek ten potwierdza badania doświadczalne v. Frischa. Badania te okazały, że przy postrzałach, przeszywających obiedwie ściany żołądka, wylot postrzału na tylnej ścianie żołądka zawsze jest mniejszy od wlotu postrzału na przedniej ścianie, następnie, że wylot postrzału w rzadkich tylko przypadkach jest okrągły, prawie zawsze mały, rzadko ziejący i najczęściej zamknięty przez t. z. »bouchon muqueux«, który wprawdzie zapobiega wydobywaniu się treści żołądka, jednak nie może zapobiedz wydobywaniu się płynu. I w naszym przypadku wylot postrzału na tylnej ścianie żołądka był bez mała o połowę mniejszy od wlotu na przedniej ścianie; wylot był wprawdzie ziejący i nie zamknięty czopkiem śluzowym, a mimo to do torby sieciowej nie wydostała się treść żołądka.

(C. d. n.).

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

(Głowa, szyja, klatka piersiowa).

Prof. Anton. **Ogólne doniesienie o 22 operacyach mózgu zapomocą nakłucia spoidła.** (Mediz. Klinik 1909, Nr 48). Swobodna łączność płynu jam z przestrzenią podoponową mózgu i rdzenia jest u człowieka wprost niezbędna. Tymczasem w wielu chorobach łączność ulega zaburzeniom. Różne podane zabiegi lecznicze okazały się niedostatecznymi. Dopiero autor wspólnie z Prof. Bramannem wypróbowali sposób dość łatwy, a pewny. Wykonuje się

go w następujący sposób: Na czaszce poza szwem wieńcowym, zwykle więcej ku stronie prawej blizko szwu strzałkowego robi się mały otworek trepanacyjny, przecina się oponę twardą i odpowiednią rurkę wsuwa się wzdłuż sierpu przez spoidło aż do komory. Po odpłynięciu płynu rozszerza się jeszcze trochę wykonany kanał, przez co stwarza się połączenie komory z przestrzenią podoponową. W ten sposób operowano 22 chorych z powodu różnych cierpień, jak wodogłowia, guzów i t. p. Wynik był tem lepszy, pod im większem ciśnieniem płyn z rurki się wydobywał. Operacyę wykonywać można od biedy nawet w znieczuleniu miejscowem, a chorzy znoszą ją zawsze bardzo dobrze. Poprawa stanu chorych często jest bardzo wybitna. I tak powraca przytomność, znika przekrwienie dna oka i oślepnięcie wstrzymuje się na długi czas, bole głowy znikają lub zmniejszają się i t. p. Otwór pozostaje drożnym, jak to wykazały sekcye, nawet i po pół roku. Według dotychczasowego doświadczenia operacya ta jest wskazana: 1) Przy wielkiem wodogłowiu u dzieci, zwłaszcza tam, gdzie obawiamy się zaniku mózgu i móżdżku z ucisku, dalej w przypadkach guzów mózgu z wodogłowiem wewnętrznem. 2) Zabieg ten wykonywać też można jako operacyę pomocniczą przy otwarciach czaszki, celem zapobiegania wytworzeniu się lub powiększaniu przepukliny mózgowej. 3) W końcu operacyi tej próbować można przy schorzeniach nerwu wzrokowego wskutek wad w kształcie czaszki, n. p. przy czaszce stożkowatej. Klęsk.

Prof. Anton. **W sprawie leczenia tarczy zastoinowej przy długogłowiu (Thurmschädel).** (Münch. med. Wochs. 1909, Nr 34). 30-letni pomocnik siodlarski zgłosił się na klinikę na służącego, wkrótce jednak przekonano się, że jest do tej pracy niezdolny, albowiem nie widzi dobrze i nie może dokładnie skupiać uwagi. Bliższe badanie wykazało wybitne długogłowie. Badany podaje, że w szkole uczył się bardzo źle i wtedy już gorzej widział. Około 14. roku życia wzrok jednak poprawił się; w ostatnich czasach pogarsza się znowu, zwłaszcza na oku lewem i występują często bole głowy i zaburzenia słuchu. Na oku prawem 5/15, na lewem liczy palce poniżej 1 metra, a od strony nosowej górnej wykryć można wielki ubytek w polu widzenia. Nadto ślepota na barwy zieloną i czerwoną. Przy badaniu wziernikiem wykazuje się: prawa brodawka płaska, o konturach zatartych, na brzegach złogi barwikowe. Tętnice i żyły wązkie. Lewa brodawka wystająca, około naczyń białe pasy, zapewne pozostałości zastoiny. Oprócz tego zez rozbieżny (od 8 lat istniejący). Słuch, zwłaszcza po stronie lewej upośledzony; podobnie i powonienie. Największy obwód czaszki 515 mm, wymiar długi 170 mm, poprzeczny 136 mm. Wobec typowych zmian i przebiegu choroby rozpoznano: długogłowie wielkiego stopnia, ze skróceniem podstawy czaszki, spłaszczeniem oczodołu, zanik nerwów wzrokowych, upośledzenie następowe słuchu i powonienia. Ponieważ wszelkie leczenie okazało się bezskutecznem, postanowił Prof. Bramann wobec ciągle postępujących zmian przystąpić do sączkowania mózgu zapomocą nakłucia spoidła. Nad najwyższym punktem sklepienia czaszki więcej po stronie prawej usunięto zapomocą świdra Doyena kość na przestrzeni marki Żyły opony twardej rozdęte i silnie krwią wypełnione. Przebicie spoidła aż do komór, zaszycie skóry, sączkowanie. Wynik operacyi był wcale pomyślny. Wzrok poprawił się (na oku prawem 2/3, na lewem nieco mniej).

Zmiany wskutek długogłowia są dość typowe. Zwrócił na nie uwagę Gräfe i Virchow. Najczęściej tarcza zastoinowa występuje na obu oczach (silniej po stronie lewej), rzadko na jednem. Rokowanie wogóle bardzo złe. Zazwyczaj spostrzega się też upośledzenie słuchu, a zwłaszcza węchu. Zaburzenia wzrokowe występują dość wcześnie, między 1—8. rokiem życia, wiodąc czasem do zupełnej wczesnej ślepoty. Z innych objawów wspomnieć należy o bolach głowy, drgawkach, niekiedy z chwilową utratą przytomności. Inteligencya zwykle nie bywa upośledzona. Przyczyny zmian szukać należy w ucisku na nerwy, wywołanym przez rosnący mózg wskutek małej pojemności czaszki przy wczesnem zarośnięciu szwów, przyczem i pewne ogólne zmiany w ustroju odgrywają ważną rolę, wiemy bowiem n. p., że zmiany w czaszce da się wywołać sztucznie u zwierząt przez wycięcie tarczycy z zachowaniem ciałek nabłonkowych (Epithelkörperchen) czyli gruczołów przytarczycznych. Wielki wpływ na rozwój kości czaszki ma krążenie. Przy długogłowiu spotyka się upośledzenie dopływu i utrudnienie odpływu krwi, co też i w danym przypadku stwierdzono. Badanie rentgenowskie oddaje i w długogłowiu cenne usługi, wykazuje bowiem skrócenie oczodołu, wypuklenie siodła i środkowej czaszki ku wewnątrz i t. p. Klęsk.

Prof. Krause. **Operacyjne leczenie padaczki.** (Med. Klinik 1909, Nr 38). Prócz padaczki urazowej o bezpośrednio znanej przyczynie anatomicznej w mózgu, i odruchowej (blizny zrośnięte z nerwami i t. p.), przystępować powinniśmy do operacyi także w przypadkach objawowej padaczki Jacksona, a nawet padaczki samoistnej. Przy padaczce Jacksona zwykle zapomocą drażnienia faradycznego udaje się wyszukać ośrodek, dający powód do napadów, i wtedy wycinano go podług Horsleya aż do istoty białej. Wyniki przy tem postępowaniu ma K. wcale zachęcające. Celem usunięcia wszelkiego niebezpieczeństwa radzi K. operować dwuczasowo, t. j. naprzód operacya kostna, a dopiero w 5—8 dni mózgowa. Przy padaczce samoistnej wprawdzie wyniki ostateczne nie są zbyt świetne (na 12 operacyi miał K. jedno wyleczenie i jedną wybitną poprawę), ale nie należy opuszczać rąk, zwłaszcza, że postępując podług Kochera (założenie wentylu w kości) nie narażamy chorego na żaden ciężki zabieg. K. nie usuwa zupełnie kości, lecz z odciętego kawałka okrawa brzegi na 1 cm i wkłada resztę z powrotem w ubytek, przez co powstaje pierścieniowaty wentyl. K.

Onodi. **O wartości rozpoznawczej elektrycznego i radyograficznego prześwietlania jamy czołowej.** (Tow. lek. Peszt. Maj, 1909). O. odmawia większej wartości prześwietlaniu jam czołowych, gdyż nietylko nie daje ono pewnych danych rozpoznawczych, n. p. co do wielkości i zawartości jam, ale nawet nieraz może mylić. Do zdania tego doszedł O. po zbadaniu 1200 czaszek dorosłych i dzieci. Mylnem jest utarte zdanie, że jama czołowa u mężczyzn jest zwykle większa, niż u kobiet, podobnie jak i to, że lewa jama zwykle jest większa od prawej. W $^1/_3$ znalazł O. obie jamy równej wielkości, a w $^2/_3$ większa była raz lewa, raz prawa. Także twierdzenie, że u ludzi dzikich jamy czołowe są znacznie mniejsze, jest nieprawdziwe, o czem przekonał się O., badając negrów. Z rozwoju łuku brwi nie można wysnuwać żadnego wniosku o rozległości jamy. Średnie rozmiary jamy czołowej wynoszą: długość 15—35 mm, szerokość 20—40 mm, wysokość 6—32 mm. W 30% przy prześwietlaniu elektrycznem nie udaje się wogóle wykazać jam czołowych. Jasność miejsca prześwietlonego zależy nietyle od zawartości jamy, ile od grubości kości. Treść ropna przy cienkiej kości nie daje cienia, a naodwrót cień występuje, gdy kość jest gruba, choć ropy w jamie niema. Obraz rentgenowski jest o wiele wiarygodniejszy, ale i on także żadnej bezwzględnej pewności nie daje i nie chroni od pomyłek, o czem przekonał się O. kilkakrotnie przy operacyach. A.

Prof. F. König. **O operacyach na żuchwie i zastępowaniu jej sztuczną.** (Münch. med. Wochs. 1909, Nr 51). Sztuczne zastępowanie częściowo wyciętej żuchwy bywa przez chirurgów mało stosowane, a to z dwóch powodów: 1) W przypadkach, gdzie wykonano zabiegi duże, chodzi zwykle o nowotwory i tu według zdania wielu operatorów wprost nie warto myśleć o protezie. A jednak tak nie jest i każdy chirurg, zajęty w większym szpitalu, nieraz miałby sposobność sztucznego zastępowania żuchwy po operacyi. Nie jest to tak trudne i tam, gdzie się udaje operować jałowo bez naruszenia błony śluzowej, można wgajać

bardzo dobrze kawałki kości słoniowej, jak się o tem K. kilkakrotnie przekonał. Nawet w razie zakażenia kawałki te wgajały się po utworzeniu się przetok. Gdzie więc zębów w żuchwie niema, lub utworzenie protezy jest za kosztowne, możemy odrazu przy operacyi, zwłaszcza jeżeli operowaliśmy czysto, zastąpić wycięty kawałek sztucznie. Nadają się też do tego gotowe sztuczne żuchwy z twardej gumy, znajdujące się w handlu (podane przez Prof. Schrödera), z których wycina się odpowiedni kawałek. W ten sposób zastąpić można nawet część stawową żuchwy A.

Prof. Schloffer. **O operacyach wola.** (Sprawozdanie z 450 przypadków). (Med. Klinik 1909, Nr 38). W Tyrolu ludność nabrała już zupełnego zaufania do operacyi wola: nic też dziwnego, że za $5^1/_2$ lat może się S. poszczycić 450 przypadkami, z czego 11 dotyczy operacyi nowotworów, 22 ostrego zapalenia gruczołu tarczowego (12 nacięć, 10 wycięć) i 20 przypadków choroby Basedowa. Wyniki ma S. bardzo dobre. Wprawdzie doskonale operować można w znieczuleniu miejscowem, S. jednak dodaje zwykle do tego lekkie uśpienie ogólne celem uspokojenia chorych, albowiem zabieg sprawiałby na chorych za duże wrażenie. Przy wielkich zmianach w sercu S. nie operuje. Chorych z silną dusznością kładzie do łóżka, stosuje miejscowo zimne okłady i podaje morfinę. Zwykle poprawia się oddech przytem tak, że w kilka dni przystąpić można do zabiegu. Z tego też powodu zaledwie w 2 przypadkach przystąpiono do otwarcia tchawicy i to raz z powodu zwężenia kiłowego, a raz z powodu silnego zapadnięcia się tchawicy. S. nie spostrzegał ani razu w następstwie operacyi charłactwa ani tężyczki, stara się jednak szanować ciałka nabłonkowe, unikając o ile możności podwiązywania tętnicy dolnej, zwłaszcza gdy operuje nawrót po stronie drugiej; w razie potrzeby podwiązania pozostawia przy tętnicy większy kawałek gruczołu. Z 12 pooperacyjnych porażeń nerwu zwrotnego w 9 zmiany ustąpiły bez śladu, w 1 pozostało trwałe porażenie, o 2 brak wiadomości. Przy chorobie Basedowa wyniki były dobre, żadna chora nie zmarła. Przy ostrem zapaleniu gruczołu nacięcie zwykle nie wystarcza, bo pozostają przetoki, wymagające następowej doszczętnej operacyi. Co do ostatecznych wyników, to 235 operowanych dało znać o sobie. 199 miewa się dobrze, u 32 gruczoł znowu się powiększa, u 8 mimo operacyi utrzymują się nadal dawne przypadłości. K.

Spengler. **Przebieg gruźlicy płuc pod wpływem sztucznej odmy piersiowej.** (Schweiz. Korresp.-Bl. 1909, Nr 23). S. zestawia 40 przypadków, leczonych sztucznie odmą piersiową. Leczenie to znajduje zastosowanie jedynie w przypadkach jednostronnej ciężkiej gruźlicy płuc. Gaz wpędza S. pierwszy raz przez nacięcie, a nie na ślepo drogą nakłucia. Leczenie trwa długo, 1—2 lat, przyczem napełnianie jamy opłucnej gazem trzeba powtarzać. Z 40 przypadków w 25 wynik dobry, w 6 mały, w innych wątpliwy. K.

Muralt. **Leczenie ciężkiej jednostronnej gruźlicy płuc sztuczną odmą piersiową.** (Münch. med. Wochs. 1909, Nr 50—51). Rozpoczęte w ostatnich latach przez Murphyego w Ameryce, Forlaliniego we Włoszech i Brauera w Niemczech leczenie gruźlicy płuc sztuczną odmą piersiową znajduje obecnie coraz to szersze zastosowanie. Właściwie pierwszą myśl podał Carson w połowie ostatniego stulecia. — Do ucisku płuca próbowano różnych ciał, i tak najpierw fizyologicznego roztworu soli kuchennej. Ten jednak ulega za szybko wessaniu i wpływa na podniesienie ciepłoty. Oliwa, parafina i t. p. drażnią znów bardzo opłucnę, a nawet wywołać mogą wysięk. Podobnie roztwór azotanu srebra. Zwrócono wiec uwagę na gazy, albowiem drażnią one opłucnę najmniej, a zarazem wywołują równomierny ucisk, gdy płyny opadają w dolne części. Tlen i bezwodnik kwasu węglowego ulegają za szybko wessaniu, tak że pozostaje tylko azot, ewentualnie jałowe powietrze atmosferyczne. Celem uniknięcia ewentualnych zatorów powietrznych zaleca M. sposób Brauera, t. j. nacięcie skóry, przedzielenie mięśni międzyżebrowych aż do opłucnej i przebicie jej tępą igłą. Forlanini przebija odrazu skórę bez cięcia ostrą igłą. Jeżeli istnieje przytem wysięk, to zadanie jest ułatwione. Zawsze powinno się operować z manometrem. Gdy igła znajduje się w opłucnej, ciśnienie waha się między 4—6 cm słupa wody (przy bardzo forsownem oddychaniu dojść może do 12 cm). W miarę wpędzenia gazu podnosi się stale ciśnienie, tak n. p. 700 cm^3 gazu podnosi ciśnienie mniej więcej o 8 cm. Zmiana ciśnienia zależy także naturalnie od tego, czy są zrosty opłucne, czy też ich niema. Nie powinno się osiągać większej różnicy ciśnienia (w porównaniu z początkowem) jak 10 cm. Niektórzy za radą Forlaniniego wpędzają tylko po 100 cm^3 gazu, powtarzając natomiast wpędzanie często, a to z obawy, by nagłe wprowadzenie większej ilości gazu nie wywołało powikłań ze strony serca i t. p. Co do wessalności gazu, to zdrowa opłucna wchłania na dobę około 100 cm^3 azotu, dlatego też trzeba te wpędzania z początku powtarzać co parę dni. Wchłanianie jest zwolnione w razie zgrubień opłucnej, stanu zapalnego, a zwłaszcza przy wysięku. Wpływ odmy piersiowej na stan ogólny jest zwykle bardzo widoczny i szybki. Ciepłota wraca do stanu prawidłowego, chorzy podmiotowo czują się znacznie lepiej, apetyt powraca, wzrasta ciężar ciała i t. p. Plwocina z początku staje się obfitszą i zawiera bardzo wiele prątków, potem jednak z dnia na dzień staje się skąpszą, więcej śluzową i często znikają z niej włókna elastyczne i prątki. Nieraz znika też po tem leczeniu odczyn dwuazowy z moczu. Czasem z powodu ucisku na przeponę skarżą się chorzy z początku na przypadłości żołądkowe, zwłaszcza jeżeli wywołano odmę po stronie lewej. Z powodu przesunięcia serca występuje często bicie serca. Chorzy prędko jednak przezwyciężają te przypadłości, a tętno rychło staje się wolnem i pełnem. Odma podskórna, niekiedy się wydarzająca, bywa zupełnie niewinnem powikłaniem.

Co do wskazań do tego sposobu leczenia, to autor hołduje zdaniu Brauera i przystępuje do leczenia odmą głównie przy jednostronnej gruźlicy (lub przy nieznacznych zmianach po stronie drugiej) i to w przypadkach ciężkich tam, gdzie poprzednie leczenie wewnętrzne i sanatoryjne nic nie pomogło. Działanie korzystne odmy polega na ucisku, który tamuje krwotoki, wyciska wydzielinę ropną, wywołuje zapadanie się jam i niedokrwienie płuca. Przy sekcyi znajdowano nawet wytwarzanie się blizn wokoło ognisk gruźliczych.

Jak długo należy leczyć odmę? Najkrótszy czas leczenia i to w przypadkach świeżych wynosi 6—12 miesięcy; w przypadkach ciężkich i dawniejszych znacznie dłużej. Chorzy z odmą sztuczną mogą zwykle oddawać się swemu zajęciu, o ile nie wymaga ona wielkich wysiłków fizycznych.

M. leczył w ten sposób w Davos 16 chorych. W 3 przypadkach z powodu zrostów nie udało się wywołać odmy. Jeden chory zmarł, drugi ma się źle, u reszty zaś wynik wcale dobry mimo, że chorzy byli już w bardzo ciężkim stanie. Jeden nawet wyzdrowiał zupełnie, a 2 jest na drodze do wyzdrowienia. K.

Grasmann. **Przyczynek do leczenia ciężkich postrzałów płuc zapomocą szwu.** (Münch. med. Wochs. 1909, Nr 41). Dotąd przy postrzałach płuc postępuje się przeważnie zachowawczo, t. j. zaleca się spokój, okłady lodowe, podaje środki tamujące krwotok, morfinę, ewentualnie wypuszcza się krew z jamy opłucnej. Wyniki lecznicze są bardzo smutne. Garre zebrał 700 przypadków zranień płuc i znalazł, że przy zachowawczem postępowaniu śmiertelność wynosi $40^0/_0$, a licząc powikłania nawet $63^0/_0$. Przy tem postępowaniu chory, który przebył już pierwsze niebezpieczeństwo, narażony jest jeszcze dalej na różne powikłania, jak ropienia, zakażenie ogólne, a wreszcie zrosty opłucne. Z drugiej strony zważyć należy, że obecnie operacya w klatce piersiowej nie przedstawia tak wielkiego niebezpieczeństwa, że trwa ona krótko, jest łatwa i wyko-

nać się daje w znieczuleniu miejscowem. Nadają się do operacyi przypadki szybkiego powiększania się krwotoku i odmy piersiowej pod wielkiem napięciem. Dwa takie przypadki operował właśnie G. w uśpieniu chloroformowem. Przez wycięcie jednego lub kilku żeber, zyskuje się dobry dostęp. Po otwarciu jamy opłucnej chwyta się płuco ręką i podciąga ku ranie, przez to unika się zapadnięcia. Rany w płucu zwykle łatwo wyszukać. Zeszywa się je cienkim jedwabiem, chwytając miąższ płuca niedaleko brzegów rany. Po usunięciu krwi i skrzepów szczelne zaszycie całej rany. Przy ranach trudno dostępnych, n. p. koło wnęki, trzeba tamponować. Dotąd opisano 43 przypadków interwencyi chirurgicznej przy zranieniach płuc, z czego 25 z Rosyi. Śmiertelność 37%. K.

Willy Meyer. **Postępy w używaniu zmiennego ciśnienia przy operacyach śródpiersiowych.** (Münch. med. Wochs. 1909, Nr 47). Niebezpieczeństwo operowania w klatce piersiowej zostało rzeczywiście usunięte dopiero od czasu wprowadzenia operacyi pod zmiennem ciśnieniem. Sauerbruch wynalazł komorę pneumatyczną, zapomocą której nad tułowiem wywołać można rozcieńczenie powietrza (około 7 mm Hg); głowa, a przez to i oddech znajdują się poza komorą. Wskutek tego uzyskuje się różnicę ciśnienia pomiędzy płucami, a jamą opłucną. Jest to t. zw. postępowanie pod zmniejszonem ciśnieniem. W przeciwieństwie do tego podał Brauer t. zw. postępowanie pod zwiększonem ciśnieniem. Głowę chorego umieszcza w komorze, w której ciśnienie jest zwiększone (około 7 mm Hg). Sposób Sauerbrucha wyłącza zupełnie powstanie operacyjnej odmy piersiowej i dozwala na zwykłe wykonywanie uśpienia. Chirurdzy podzielili się na dwa obozy. Jedni zostali zwolennikami zwiększonego, inni zmniejszonego ciśnienia, choć właściwie nikt nie starał się rozstrzygnąć, które postępowanie jest lepsze. M., zastanawiając się nad tą sprawą, doszedł do przekonania, że najpożądańsze byłoby stworzenie przyrządu łatwo przenośnego, w którymby można wywoływać naprzemian raz zwiększone, to znowu zmniejszone ciśnienie bez przerwy w operowaniu przy zachowaniu łączności z usypiającym i operowaniu z asystą w zwykły sposób i t. p. Z pomocą swego brata, inżyniera, zbudował M. taką kamerę i operuje już w niej z dobrym skutkiem w swoim szpitalu w Nowym Yorku. Przyrząd składa się z dwóch komór, umieszczonych w sobie; mniejsza, wewnętrzna jest dodatnią, większa, zewnętrzna, ujemną. Pierwsza służy za pokój do narkozy, druga za salkę operacyjną. Przyrząd daje się przesuwać na kółkach i łatwo obsłużyć. K.

Kölliker. **W sprawie ezofagoskopii.** (Münch. med. Wochs. 1909, Nr 48). K. ogląda przełyk zapomocą rur twardych lub elastycznych. Przeważnie bada K. chorych siedzących, u $^1/_3$ udaje się badanie nawet bez znieczulenia miejscowego. Ewentualnie znieczula K. gardło 3—8% eukainą lub kokainą. Chory siada na nizkiem krześle, asystent trzyma głowę ku tyłowi i wtedy wprowadza operator rurę z zatyczką aż poza chrząstkę obrączkową, poczem usuwa zatyczkę i wprowadza rurę już dalej pod nadzorem oka. Cewę elastyczną wprowadza się również z zatyczką. Po usunięciu zatyczki wprowadza się do środka rurę twardą. Dla początkujących jest wskazane badanie zapomocą cewy elastycznej, gorzej w niej jednak widać, niż w rurze twardej. Krótkie cewy do oglądania ciał obcych, znajdujących się (co najczęściej bywa) w okolicy chrząstki obrączkowej, wprowadza się wprost pod nadzorem oka bez zatyczki. K.

Kaestle. **Przyczynek do wiadomości o skórzakach śródpiersia przedniego.** (Münch. med. Wochs. 1909, Nr 38). 30-letnia chora została przysłana do pracowni rentgenowskiej Hoesslina w Monachium celem zbadania. Chora podała, że przed 4 tygodniami nagle dostała silnego kaszlu i nudności. Przypady te pogarszały się w czasie leczenia. Wśród tych napadów zaczęły odchodzić włosy ustami, czy wśród kaszlu, czy wymiotów, chora podać nie umie. Badanie fizyczne nie wykazało żadnych zmian w klatce piersiowej, wobec czego przypuszczano, że chodziło o »połykanie włosów«. W parę dni chora przyniosła sama kłębek jasnych włosów, pomieszanych z ciastowatą masą. Drobnowidowe badanie wykazało, że masa ta składa się jedynie z łoju włosowego, przybłonków płaskich i meszku (lanugo). Wobec tego rozpoznano torbiel skórzastą śródpiersia. Badanie rentgenowskie potwierdziło to rozpoznanie. W śródpiersiu przedniem widać było guz okrągły, leżący ponad sercem, nie tętniący, ani nie poruszający się przy oddechu.

Skórzaki śródpiersia przedniego nie są zbyt częste. Morris w r. 1905 zebrał zaledwo 57 przypadków. Znajdowano w nich zęby, kości, substancyę nerwową i t. p. Zwykle dają pierwsze objawy w czasie pokwitania, niekiedy i później, aż do 40. roku życia. Usadawiają się w górnej części śródpiersia przedniego. Zwyrodnieniu nowotworowemu ulegają rzadko. Dosięgają wielkości główki dziecka. Objawy, które zwracają w końcu uwagę chorych na to cierpienie, pochodzą zwykle z ucisku na sąsiednie narządy, ze zrostów lub przebicia się skórzaka do któregoś z narządów klatki piersiowej. Najczęściej skórzak zrasta się z oskrzelami i do nich przebija. Niekiedy na tle skórzaka powstaje jednak zapalenie opłucnej. Objawy podmiotowe: rozpromieniające się bole, trudności oddechowe, nieżyty oskrzeli, krwotoki płucne, trudności połykowe, zaburzenia serca i t. p. Zwykle przypadłości występują okresowo (opróżnianie się torbiela), nieraz w pewnem położeniu ciała (u chorej n. p. w leżącej), to jest wtedy, kiedy treść może swobodnie odpływać.

Leczenie jedynie operacyjne. 3 razy dotąd usunięto torbiel doszczętnie (Madelung, Eiselsberg, Bastianelli); zwykle z powodu trudnych warunków i krwawienia po wycięciu żeber wypada po opróżnieniu torbieli wszyć ją do rany i tamponować, przyczem spostrzegano także wyleczenia; śmiertelność dochodzi jednak po operacyach przeszło 30%. K.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne d. 21. września 1909.

1) Świątecki Jan pokazał 22-letniego chorego, któremu otworzył **ropień**, wielkości głowy dziecka, usadowiony **w jamie Douglasa**, powstały wskutek zapalenia wyrostka robaczkowego. Po czterech tygodniach, gdy kanał drenowy nie zabliźniał się, wypełnił go S. pastą bizmutową Becka. Zagojenie po dniach sześciu.

2) Gabszewicz pokazał preparaty makroskopowe: a) **zwichnięcie w części szyjnej kręgów;** b) **ropienie trzustki,** c) **skręcenie powrózka nasiennego** przy mięsaku jądra; d) **torbiel w przepuklinie zaciśniętej;** e) **żylak powrózka nasiennego;** f) **guzy zapalne sieci.**

Posiedzenie kliniczne d. 28. września 1909.

1) Gębarski przedstawił chorego, dotkniętego **chorobą Addisona.** Od dwóch tygodni chory otrzymuje suprarenalinę Poehla (3 razy dziennie po 0·1 po jedzeniu) wewnętrznie w pastylkach; podmiotowo chory czuje się znacznie lepiej, przyrost na wadze $1^1/_2$ kg., tętno silniejsze.

2) Karwacki pokazał preparaty **drobnoustrojów, wyhodowanych ze krwi** z przypadku ciężkiej **płonicy;** krew zawierała krętki, ziarenkowce o typie »micrococcus catarrhalis« i laseczniki, które prelegent nazwał »bac. ciliatus fragilis«.

3) Rzętkowski wygłosił wykład p. t.: **O leczeniu gruźlicy płuc.** (Rzecz wygłoszona poprzednio na I. Zjeździe internistów w Krakowie).

Posiedzenie kliniczne z d. 5. października 1909.

1) Karwacki przedstawił **preparat** cytologiczny, pochodzący z przypadku **dwoinkowego zapalenia opłucnej w przebiegu duru.** Płyn był krwotoczny. Wzór cytologiczny: 75% krwinek czerwonych, 25% innych pierwiastków komórkowych, w tem więcej niż połowa śródbłonków, reszta leukocyty wielojądrzaste i nieliczne limfocyty. Posiew płynu na płytki Petriego dał hodowle dwoinek Talamon-Frankla. Płyn aglutynował laseczniki durowe do rozcieńczenia 1:500, dwoinki do 1:10.

2) Rzętkowski wygłosił rzecz p. t.: **O sprawności emigracyjnej leukocytów w różnych stanach zakażnych.** R. podaje sposób oceniania sprawności emigracyjnej neutrofilów przy pomocy wskaźnika emigracyjnego (J. E.), który oznacza odsetkę neutrofilów, jaka ubyła ze krwi naczyń kończyny mocno przewiązanej w porównaniu z krwią kończyny wolnej u tego samego osobnika. Ów J. E. u osób zdrowych wynosi średnio 2·5 (maximum 6, minimum 0). W stanach ropnych pospolitych J. E. wynosi znacznie więcej, bo od 33 do 47, po przejściu ropienia J. E. znowu spada do poziomu prawidłowego.

W dyskusyi Mutermilch nie zgadza się ze zdaniem prelegenta, że wskaźnik emigracyjny świadczy o ilości zdolnych do emigrowania białych ciałek wielojądrzastych. Wszystkie neutrofile obdarzone są zdolnością emigrowania. Wskaźnik emigracyjny Rzętkowskiego wskazuje nam tylko, ile w jednostce czasu emigruje białych ciałek, innemi słowy świadczy o energii, z jaką fagocyty z naczyń wywędrowują.

Tadeusz Wilczyński.

Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu.

VII. Ogólne naukowo-administracyjne posiedzenie w dniu 20. lutego (5. marca) 1909 r.

Obecnych członków 24, gości 10. Przewodniczy prezes Prof. Zaleski.

Protokół z posiedzenia poprzedniego z 30. stycznia (12. lutego) 1909 r. przyjęto.

I. Dr Wierciński odczytał sprawozdanie doroczne komisyi rewizyjnej, które brzmi następująco: 4. lutego 1909 roku. Komisya rewizyjna Związku polskiego lekarzy i przyrodników, sprawdziwszy księgi rachunkowe »Związku«, kwitaryusz i dokumenta, usprawiedliwiające rozchody, znalazła wszystko zgodnem z księgą kasową. Pozostałość na 1. stycznia 1909 r. w kwocie 379 rsr. 05 kop. znajduje się: 350 rsr. na rachunku bieżącym w »Ruskim banku dla wnieszniej torgowli« pod Nr 2441. a 29 rsr. 05 gotówką u skarbnika. — Przeglądając papiery, komisya zwróciła uwagę na to, że rachunki nie są podpisane przez prezesa »Związku«, jak tego wymaga § 32 ustawy. Ponieważ rozchód na druk jest największy, rachunki zaś z różnych drukarni nie są jednakowe, przeto komisya zwraca uwagę, iż należałoby wejść w umowę z jakąś jedną drukarnią, aby w ten sposób ustalić ceny. Prócz sprawdzenia ksiąg, przedstawionych przez skarbnika »Związku«, Dra A. Karnickiego, odczytała komisya rewizyjna list od skarbnika komitetu budowy szpitala Dra Hattowskiego, z którego wynika, że komitet posiada obligacyę miasta Petersburga nominalnej wartości 1000 rsr., kupioną za 797 rsr. 13 kop. i gotówkę 82 rsr. 19 kop. Obligacyę umieszczono w oddziale komercyjnego banku w Warszawie (Nr kwitu 1313), a gotówkę złożono na rachunek bieżący w tymże banku (Nr książki 2012). Podpisali: Dr Kamieński, Dr Wierciński, Dr Wilamowski, p. Wachowski.

Nastąpiło zatwierdzenie wszystkich sprawozdań, tak odczytanych na posiedzeniu poprzedniem w d. 30. stycznia, jak i niniejszego komisyi rewizyjnej z tem zastrzeżeniem, aby wszystkie rachunki były podpisywane także przez prezesa. — Prof. Szawłowski proponuje, aby wyrazić podziękowanie komisyi rewizyjnej. — Prezes w imieniu »Związku« dziękuje komisyi rewizyjnej za trudy.

II. Prof. Szawłowski wypowiedział rzecz p. t.: **Współczesne dane, tyczące sprawy segmentacyi ciała.**

Prezes w imieniu Zgromadzenia złożył prelegentowi podziękowanie za pouczający odczyt.

III. Obrady nad projektem Prof. Ziemackiego w sprawie założenia wolnej Wszechnicy polskiej w Petersburgu.

Prezes zaznacza, iż przed obradami nad projektem musi zwrócić uwagę, iż Rada wobec pewnych technicznych trudności uchyliła wydrukowanie projektu, jak to było proponowane na posiedzeniu poprzedniem, wobec czego projekt ów nie mógł być rozesłany wszystkim członkom. Natomiast Rada prosiła Prof. Ziemackiego o powtórne odczytanie projektu, aby obecnie można było przystąpić do obrad. — P. Kotarski przypomina, iż na posiedzeniu poprzedniem postanowiono wręcz przeciwnie; ponieważ zaś jest mało członków na obecnem posiedzeniu, sądzi, iż należy odłożyć obrady do przyszłego posiedzenia. — Dr Uliński zaznaczając, iż projekt Prof. Ziemackiego jest bardzo ważny, podziela zdanie poprzedniego mówcy. — Prof. Ziemacki przyłącza się do zdania, aby odczytanie i obrady odłożyć do przyszłego posiedzenia i dodaje, że projekt nie został wydrukowany ze względów finansowych. — Prof. Zaleski wnosi, aby zbierać składkę na wydrukowanie prac naukowych »Związku«, gdzie również mógłby być umieszczony i projekt Prof. Ziemackiego. — Prof. Ziemacki jest innego zdania i proponuje zbierać nie składki, lecz prenumeratę na przyszłe wydrukowanie wszystkich prac naukowych »Związku«. — Prof. Szawłowski wnosi, aby poddać dyskusyi formę składek i dodaje, że druk drogo nie będzie kosztować, wobec czego możnaby wziąść odpowiednią kwotę z ogólnego funduszu »Związku«. — Prof. Zaleski przypomina, iż stan finansowy »Związku« bynajmniej nie pozwala na asygnowanie jakiejś sumy na wydrukowanie prac naukowych i również podziela zdanie, aby poddać głosowaniu formę składek. — Dr Zakrzewski dodaje, iż w kasie jest mało pieniędzy dlatego, że nie jest zorganizowany sposób zbierania składek. — P. Kotarski zwraca uwagę, że Zgromadzenie oddala się od tematu, ponieważ obraduje nad składkami, a nie nad samym projektem. — Prof. Zaleski: Wielkie wydatki poniósł »Związek« na wydrukowanie ustawy, ale w każdym razie, jeżeli Zgromadzenie uchwali, to część pieniędzy, potrzebna na wydrukowanie prac naukowych, może być asygnowana. — Dr Wierciński zwraca uwagę, iż nad tem dyskutować Zgromadzenie nie może, ponieważ sprawa ta nie była postawiona na porządku dziennym. — Dr Zakrzewski oświadcza się przeciw drukowaniu projektu; Dr Wolański wnosi, aby rozstrzygnięcie sprawy pozostawić Radzie. — Prof Ziemacki bierze na siebie winę, iż projekt nie został wydrukowany.

W części administracyjnej posiedzenia: 1) Prezes podaje do wiadomości, iż dzisiaj muszą być wybrani wiceprezes i sekretarz Wydziału przyrodniczego. Na pytanie Prof. Ziemackiego, czy można według ustawy przystąpić do wyborów wobec niewielkiej liczby obecnych członków, prezes daje odpowiednie wyjaśnienia i wzywa obecnych do dokonania wyborów. Jednomyślnie zostali wybrani: wiceprezesem Prof. Merczyng, a sekretarzem p. Małachowski. 2) Rzeczywistymi członkami »Związku« zostali obrani: Dr August de Mezer, inż.-techn. Adam Koss, lek.-dent. Michał Domaszewicz i inż.-marynar. Romuald Świrski. 3) Prezes podnosi sprawę utworzenia Wydziału technicznego, podnosi, jak wielkie znaczenie będzie miał taki Wydział i rozpatruje sposoby, jakimi najodpowiedniej można będzie zespolić wszystkich techników Polaków zamieszkałych w Petersburgu, prosząc obecnych, aby nadesłali nazwiska znanych im techników, co ułatwi w znacznym stopniu organizacyę. — P. Kotarski, w zupełności podzielając zdanie, iż projekt ma wszelkie widoki powodzenia, zaznacza, że wielu jest w Petersburgu techników nietylko Polaków, lecz i Rosyan, którzy dotąd nie są jeszcze zorganizowani. 4) Prezes przypomina, iż w teatrze Komisarzewskiej

ma się odbyć przedstawienie polskie na rzecz budowy szpitala. 5) Podano do wiadomości, iż wkrótce ma przybyć ze Lwowa Prof. Rydygier i Dr Heryng z Warszawy; Dr Heryng ma mieć odczyt w Wydziale lekarskim.

Sekretarz Zdzisław Sowiński.

O wiwisekcyi i ruchu przeciwwiwisekcyjnym.

Napisał

Adam Wrzosek.

Wstęp.

Na pozór zdawaćby się mogło, że pisać o wiwisekcyi w czasopiśmie przeznaczonem dla lekarzy, jest rzeczą całkiem zbyteczną: wszak każdy, kto ukończył studya lekarskie w uniwersytecie, powinien dokładnie widzieć, co to jest wiwisekcya i jaka jej rola przypada w rozwoju nauk przyrodniczych wogóle, a lekarskich w szczególności. Niestety, stwierdzić to trzeba, że nie brak lekarzy, którzy albo nie mają należytego pojęcia o wiwisekcyi, albo mają o niej wprost opaczne pojęcie.

Sprawa wiwisekcyi, to jest sprawa wykonywania eksperymentów naukowych na żyjących zwierzętach, należy do tych zagadnień, któremi interesują się nie tylko uczeni lecz także ludzie, którzy z nauką nie mają nic wspólnego. Pierwsi interesują się wiwisekcyą, jako ważną metodą badania naukowego; drudzy zaś głównie ze względów humanitarnych, a niekiedy także dlatego, aby ją zwalczać. Aczkolwiek walka przeciw wiwisekcyi trwa już od kilku dziesiątków lat, to jednak dopiero w ostatnich czasach zaczęła przybierać postać, całkiem nieoczekiwaną. Do walki przeciw wiwisekcyi występują z jednej strony ludzie, którzy zgoła żadnego pojęcia nie mają o wiwisekcyi, o sposobach jej wykonywania i o znaczeniu jej dla nauki, z drugiej zaś strony — i to jest rzeczą nader znamienną — lekarze, którzy w czasie studyów uniwersyteckich mieli sposobność nabrania dokładnego pojęcia o sposobie wykonywania eksperymentów na żyjących zwierzętach i o roli, jaką te eksperymenty w rozwoju nauk lekarskich odgrywają. Jaskrawym przykładem fanatycznej agitacyi, prowadzonej przeciw wiwisekcyi przez pierwszych, jest postawienie i uroczyste odsłonięcie w 1906 r. w pobliżu Londynu osobliwego pomnika. Na pomniku znajduje się podobizna psa z bronzu i następujący napis: »Na pamiątkę jamnika, który zakończył życie w lutym 1903 w pracowni uniwersytetu, poddawany przez dwa miesiące wiwisekcyom, podczas których wiwisektorowie oddawali go sobie z rąk do rąk i męczyli go póty, póki śmierć nie uwolniła go od cierpień. Także ku pamięci innych 32 psów wiwisekcyonowanych w uniwersytecie w 1902 roku. Mężczyźni i kobiety Anglii, jak długo będą jeszcze trwały rzeczy tego rodzaju?« W czasie odsłonięcia pomnika wygłoszono kilka mów. Uroczystość zakończyła się odśpiewaniem pieśni: »Bijcie w dzwony miłosierdzia! [1])«.

Manifestacya lekarzy przeciw wiwisekcyom była zupełnie innego rodzaju. Oto 397 lekarzy z Austryi, a wśród nich 49 z Galicyi, podpisało memoryał i projekt ustawy które w imieniu lekarzy mają być wniesione do austryackiego parlamentu [2]). Projekt ustawy zmierza do takiego ograniczenia wykonywania eksperymentów na żywych zwierzętach, że gdyby wspomniana ustawa została kiedykolwiek uchwalona, to używanie zwierząt ciepłokrwistych do celów badania naukowego z zakresu fizyologii, patologii, bakteryologii i farmakologii należałoby w państwie austryackiem do rzadkości. Według bowiem rzeczonej ustawy byłoby wolno robić doświadczenia na żywych zwierzętach tylko w tych publicznych zakładach naukowych, któreby uzyskały na to osobne pozwolenie namiestnictwa i tylko tym osobom, które mogą się wykazać znajomością medycyny, zwłaszcza anatomii, fizyologii i farmakologii, a które prócz tego posiadają imienne pozwolenie namiestnictwa. Lecz nie dość na tem. Nie wystarcza bowiem mieć imienne pozwolenie namiestnictwa na wykonywanie wiwisekcyi, trzeba jeszcze prócz tego uzyskać na wykonanie każdego z osobna doświadczenia pozwolenie specyalnej komisyi, złożonej w połowie z członków towarzystwa ochrony zwierząt, a w połowie ze znawców. Co to mają być za znawcy, tego projekt ustawy nie określa. Ten, kto zamierza wykonać jakiekolwiek doświadczenie, musi wpierw donieść dokładnie wspomnianej komisyi o celu doświadczenia, o sposobie jakim ma być wykonane doświadczenie, o liczbie i gatunku zwierząt, na których ma być robione doświadczenie, o czasie trwania eksperymentu i wreszcie o sposobie znieczulania zwierząt. Po złożeniu takiego oświadczenia nie wolno mu dopóty przystępować do wykonania eksperymentu, dopóki nie otrzyma piśmiennego na to pozwolenia od rzeczonej komisyi. Komisyi tej wolno pozwolić na wykonanie tylko takiego doświadczenia, które ma na celu wzbogacenie nauki albo lecznictwa przez nowe pożyteczne odkrycie. Nie wolno natomiast bezwarunkowo wykonywać doświadczeń, dotyczących zagadnień już rozstrzygniętych, jak również eksperymentów w celach dydaktycznych, a więc w czasie wykładów uniwersyteckich i rozmaitego rodzaju ćwiczeń praktycznych. Zwierząt z wyższą organizacyą, takich jak psy, koty, małpy, konie, osły, kozy i. t. d., wolno tylko w wyjątkowych razach do doświadczeń używać, mianowicie wtedy, gdy trzech urzędowych znawców wyda piśmienne orzeczenie, iż do danego doświadczenia nie wystarcza użycie zwierząt z nizką organizacyą. Nie wolno również wykonywać doświadczeń na zwierzętach wtedy, kiedy można robić odpowiednie badania na odosobnionych narządach świeżo zabitych zwierząt. »Zabronione są eksperymenty, których cel może być osiągnięty na innej drodze bez wiwisekcyi, lub eksperymenty, które, jako same przez się zrozumiałe, nie potrzebują żadnego dowodu«. Doświadczenia, które przyczyniają zwierzęciu długotrwałe męki i cierpienia, nie są dozwolone. Nie wolno wogóle wykonywać doświadczeń takich, w których nie można zwierząt znieczulać. Kurara i pokrewne jej środki, wywołujące porażenie, mogą być używane wyłącznie w razie konieczności i tylko wtedy, gdy użycie ich połączone jest z jednoczesnem głębokiem znieczuleniem zwierzęcia. Po ukończeniu każdego doświadczenia należy zwierzę natychmiast zabijać w sposób bezbolesny. Nie wolno nigdy wykonywać żadnego nowego eksperymentu na zwierzęciu, które już było poddane wiwisekcyi.

O wszystkich wspomnianych rzeczach, a więc o tem, czy zamierzony eksperyment na żywem zwierzęciu ma na celu wzbogacenie nauki lub lecznictwa przez nowe pożyteczne odkrycie, o tem, czy jakiegoś zamierzonego doświadczenia nie dałoby się zastąpić badaniem na narządzie wyosobnionym zabitego zwierzęcia, o tem, czy pewne zagadnienie naukowe można rozwiązać bez doświadczeń na zwierzętach i t. d. o tem wszystkiem ma rozstrzygać komisya, złożona w połowie z członków towarzystw ochrony zwierząt, którzy o tych rzeczach mogą nie mieć najmniejszego pojęcia.

Takim jest w szczegółowem streszczeniu projekt ustawy, podpisany przez 397 lekarzy z rozmaitych krajów państwa austryackiego.

Bezstronny czytelnik przyzna, iż stanowisko lekarzy, którzy podpisali ten projekt ustawy, nie wiele się różni od stanowiska tych bezwzględnych przeciwników wiwisekcyi, którzy żądają wydania bezwarunkowego zakazu wykonywania doświadczeń na żywych zwierzętach.

---

[1]) Słowo Polskie Nr 495 z dn. 31 października 1906.

[2]) Memoryał ten i projekt ustawy rozsyłany był lekarzom w r. 1909 w celu zbierania dalszych podpisów przez Związek przeciw wiwisekcyi w Gracu.

§ 1. Przeciwnicy wiwisekcyi.

Walka przeciw wiwisekcyi nie jest odosobnionem społecznem zjawiskiem. Wiąże się ono ściśle z walką, toczoną przeciw medycynie naukowej. Wprawdzie w obozie przeciwników wiwisekcyi nie brak bynajmniej ludzi zacnych, światłych, a nawet uczonych, zasadniczy wszakże ton tej walce nadają nie oni, ale przeciwnicy zagorzali medycyny naukowej, którzy do walki tej wnoszą fanatyczne zacietrzewienie. Ci to przeciwnicy medycyny naukowej z zapałem godnym lepszej sprawy wmawiają w łatwowiernych, że lekarze zamiast leczyć chorych nieraz przyprawiają ludzi zdrowych o chorobę; że należy walczyć przeciwko niektórym zabiegom lekarskim, które zdaniem ich, są jeno szkodliwe; że tylko homeopaci i zwolennicy tak zwanego lecznictwa »przyrodnego« albo »naturalnego« są pożytecznymi lekarzami. Występują oni nietylko przeciw nowym metodom leczniczym, ale nawet przeciw szczepieniu ochronnemu krowianki, choć wielkie odkrycie Jennera wytrzymało już wiekową próbę.

Wśród przeciwników ochronnego szczepienia ospy znajdują się nawet lekarze. Okoliczność ta jest wielkim atutem w rękach przeciwników szczepienia krowianki. Co prawda, na podkreślanie przez przeciwników szczepienia ospy tej okoliczności, że niektórzy lekarze należą do ich obozu, mógłby ktoś złośliwy odpowiedzieć, że to bynajmniej nie dowodzi, iż szczepienie krowianki jest rzeczą szkodliwą, a jeno świadczy o tem, że można posiadać dyplom uniwersytetu, a jednak nie być człowiekiem rozumnym.

Zwolennicy lecznictwa »przyrodnego« czyli »naturalnego« [3]), uważając, że medycyna naukowa nie ma żadnej wartości, występują przeciw wiwisekcyi, jako metodzie badania naukowego, która nie wiedzie do żadnych pożytecznych odkryć, a związana jest z niepotrzebnem męczeniem zwierząt. W tym razie trzeba im przyznać wielką konsekwencyę. Skoro uważają oni medycynę naukową za szkodliwą, to istotnie lepszego środka do tamowania jej rozwoju wybrać nie mogli, jak walczenie przeciw metodom naukowego badania. W rzeczy samej, gdyby nie było wolności badania, toby medycyna zupełnie rozwijać się nie mogła. Przykład tego mamy na dziejach anatomii. Dopóki nie wolno było uczonym badać zwłok ludzkich, dopóty nauka o budowie ciała ludzkiego pełna była błędów, uświęconych wiekowym autorytetem Galena. Bez wolności bowiem badania żadna nauka rozwijać się nie może, a więc i medycyna. Walczyć przeciw wolności badania naukowego lub dążyć do ograniczenia tej wolności, jest to starać się cofać kulturę wstecz, jest to świadomie lub nieświadomie burzyć to, co poprzednie pokolenia zdobyły, nie bez ciężkich nieraz ofiar.

Przeciwnicy wiwisekcyi stanowią tylko jeden oddział w armii zwolenników lecznictwa »naturalnego«, którzy dążą świadomie do zwalczania medycyny naukowej i jej zwolenników — lekarzy. Snać zwolennicy lecznictwa naukowego zaczynają zdobywać sobie uznanie nawet wśród sfer rządzących, skoro niedawno w Niemczech uzyskał tytuł profesorski dr. Klein, »lekarz naturalny«, przeciwnik medycyny naukowej, utrzymujący, że bakteryologia, anatomia patologiczna i t. p. nie mają racyi bytu, że leczenie surowicami jest oszukiwaniem ludzi i t. p. [4]). Największe niebezpieczeństwo dla medycyny naukowej tkwi właśnie w tem, że do obozu jej przeciwników zaczynają należeć lekarze. Do przeciwników medycyny naukowej należy zaliczyć i wszystkich tych, którzy występują przeciw wolności badania lub żądają ograniczenia tej wolności. Być może, że wielu z tych lekarzy, którzy występują przeciw wiwisekcyi, nie zdaje sobie dokładnie sprawy z tego, iż walczą oni przeciw wolności badania naukowego, a więc przeciw nauce.

Zrozumiałą poniekąd jest rzeczą, że zawiązują się towarzystwa w celu zwalczania wiwisekcyi, że wychodzą broszury i pisma ulotne przeciw wykonywaniu doświadczeń na zwierzętach, że do parlamentów wpływają petycye, opatrzone licznymi podpisami, domagające się wydania zakazu wiwisekcyi, zrozumiałą to jest rzeczą osobliwie wobec fanatycznej i wytrwałej walki zwolenników lecznictwa naturalnego przeciw medycynie naukowej. Nic łatwiejszego, jak działać na uczucie bezkrytycznych tłumów, opowiadając im o strasznych mękach zwierząt, używanych do doświadczeń, zwłaszcza gdy się twierdzi jednocześnie, że doświadczenia te nie przyczyniają się wcale do postępu medycyny. Nic łatwiejszego, jak zjednywać sobie w ten sposób ślepych zwolenników, którzy zapisują się do towarzystw walki z wiwisekcyą, będąc mocno przekonani, że walcząc z wiwisekcyą, spełniają czyn szlachetny i mądry. Lecz trudniej pojąć, że również niektórzy lekarze zaczynają należeć do obozu przeciwników wiwisekcyi. A jeżeli nawet wśród lekarzy znajdują się tacy, którzy przeciw wiwisekcyi występują, to któż ręczyć może, że za przykładem tych lekarzy nie pójdą z czasem prawnicy i posłowie do ciał prawodawczych? Wtedy wolności nauczania i badania w uniwersytetach groziłoby poważne niebezpieczeństwo.

Nie sposób posądzać lekarzy, którzy występują przeciw wiwisekcyi, że czynią oni to dlatego, bo chcą zwalczać medycynę naukową, zwłaszcza że w rzędzie przeciwników wiwisekcyi zapisali swe imiona tacy ludzie jak wybitny chirurg angielski Lawson Tait i znakomity anatom wiedeński Hyrtl. Rzeczą jest jasną, że jeśli nie wszyscy lekarze, biorący udział w ruchu przeciwwiwisekcyjnym, to przeważna ich część występuje przeciw wiwisekcyom z pobudek szlachetnych: miłosierdzia nawet względem zwierząt. Być może, że niektórzy z nich zdają sobie dokładnie sprawę z tego, iż występując przeciw wiwisekcyi, walczą przeciw wolności badania, a jednak nie opuszczają szeregów przeciwników wiwisekcyi, gdyż uczucie litości dla zwierząt tak jest u nich silnie rozwinięte, iż zagłusza nawet wymagania rozumu. Można w działalności społecznej kierować się jaknajszlachetniejszemi pobudkami, a jednak postępować szkodliwie. Tak zdaniem mojem postępują lekarze, którzy biorą udział w ruchu przeciwiwisekcyjnym. Ogólnie możnaby scharakteryzować przeciwników wiwisekcyi, jako ludzi uczuciowych, lecz mało krytycznych, którzy występując przeciw wiwisekcyi, są głęboko przekonani że czynią dobrze. Ludzie tacy, u których uczucie góruje nad rozumem, łatwo stają się fanatykami. To też w ruchu przeciwwiwisekcyjnym panuje sporo fanatyzmu, a mało rozwagi oraz spokojnej i rzeczowej dyskusyi. (Dok. nast.).

[3]) Terminologia używana w »Przewodniku Zdrowia«, czasopiśmie poświęconem lecznictwu naturalnemu.

[4]) Wiadomość tę powtarzam za »Przeglądem Lekarskim« (1909 Nr 47 str. 669).

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Związek lekarzy rządowych w Galicyi odbył Walne Zgromadzenie we Lwowie w d. 12. i 13. b. m. pod przewodnictwem Dra Czyżewicza z Jarosławia i Dra Wursta z Kałusza. Związek mianował Dra Czyżewicza, założyciela i obecnego prezesa Związku, członkiem honorowym. Następnie odbyły się wykłady: Prof. Kucery: »O dzisiejszym stanie nauki o odporności« i Dra Friedberga: »Przeróbka włosienia, szczeci i pierza w Brodach pod względem sanitarno-policyjnym«. Dr Czyżewicz przedstawił referat p. t. »Lekarz rządowy, a prywatna praktyka lekarska«, wywodząc wbrew zapatrywaniom Dra Wintera, inspektora sanit. z Tyrolu, że wzbronienie lekarzom rządowym praktyki prywatnej byłoby niesłuszne, a dla społeczeństwa szkodliwe. Referat swój zakończył Dr Czyżewicz wnioskami, aby i nadal praktyka lekarska była dozwolona lekarzom rządowym, aby centralne władze sanitarne zakładały pracownie chemiczne i bakteryologiczne dla potrzeb służby sanitarnej, aby lekarzom rządo-

wym wolno było zajmować posady lekarzy kolejowych, fabrycznych, salinarnych, przy fabrykach tytoniu, aby lekarze rządowi, tak samo, jak lekarze prywatni, należeli do Izb lekarskich, aby sądy dawały im pierwszeństwo przed lekarzami prywatnymi przy komisyach sądowo-lekarskich, wreszcie, aby do krajowej Rady Zdrowia i do najwyższej Rady Zdrowia powoływano członków także z pośród lekarzy rządowych, którzy najlepiej znają stosunki higieniczne i sanitarne ludności. Wnioski te przyjęto po ożywionej dyskusyi, w której przemawiali r. dw. Dr Merunowicz, Dr Sękiewicz, Festenburg, Nycz, Mikołajski, Karpiński, Opieński, Obtułowicz, Lachowicz, Wurst. — Szereg postulatów zawodowych podnieśli dalej Dr Nycz, Karpiński, Udziela, Momidłowski. — Uchwalono poczynić starania, aby w r. 1912 Zjazd państwowego Związku lekarzy rządowych odbył się w Krakowie lub we Lwowie, a na pokrycie związanych z tem kosztów oznaczyć wkładkę nadzwyczajną, oprócz wkładki rocznej, którą podwyższono na 14 do 24 kor. — Dochody Związku wynosiły w roku 1909 1792 kor., rozchody 944 kor. Na rok 1910 wybrano prezesem Dra Czyżewicza, członkami Wydziału: Dra Bielańskiego, Danielskiego, Kurasiewicza, Obtułowicza, Opieńskiego, Wursta, do komisyi rewizyjnej Dra Krzyżanowskiego i Lachowicza. R.

Do Związku krajowego lekarzy przystąpili: Dr Władysław Prószyński z Rzeszowa i Dr Henryk Wilczyński z Zakopanego.

Składka noworoczna na fundusz wdów i sierot im. ś. p. Jordana. Rok 1910.

Po dwie korony nadesłali: Drowie Leon Kopff, K. Woynarowski, F. Eichhorn, B. Grudzewski, Prof. Braun, Jeleńska-Macieszyna, Tadeusz Gabryszewski, Brzeski (Brzesko), Prof. Żuławski, E. Witkowski, Leńko, Arnold Richter, Muszkiet, Sam. Türkel, Swistun, Prof. Kośmiński, A. Vincenz, L. Schmeidler, Brzeski (Lwów), W. Chrząszczewski, A. Harasowski, L. Cwiklicer. A. Lewinter, J. Dukiet, Orski, Wład. Nowak, Adolf Wurst, A. Schenker, E. Lateiner, M. Piątkowski, Prof. Browicz, J. Baschkopf, Nodzyński, R. Zatłokal, Schächter, J. Zbigniewicz, J. Kołączkowski, M. Bukowski, J. Silbiger, Henryk Wilczyński, J. Borg, A. Ader, F. Tokarski, E. Ehrenpreis, M. Bund, J. Dadlez, A. Greliński, Kazimierz Berezowski, St. Prebendowski, Cz. Waligórski, Gawlik sen., Bober, L. Blumenblatt, P. Kirschbaum, St. Gajewski, St. Maszewski, L. Mirtenbaum, M. Szafnicki, Z. Neuberger, A. Ackermann, J. Sędzielowski, J. Meller, S. Friediker, P. Szadkowski, E. Baczyński, Hordyński, Cz. Sędzimir, L. Gawełkiewicz, Z. Steuermark, H. Fuchs, Henryk Fraenkel. (C. d. n.).

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 6. II. do 12. II. 1910 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Buczacz (Barysz 23, Hrehorów 3), Czortków (Bazar 1), Horodenka (Niezwiska 2), Jaworów (Jaworów 2, Podłuby 3, Wierzbiany 1), Nadwórna (Osławy białe 2), Stryj (Wyżłów 4), Zborów (Grabkowce 2, Podhajczyki 3, Kudobińce 4); ospy: pow. Tarnobrzeg (Witkowice 4), Rzeszów (Tyczyn 2), Borszczów (Olchowiec 1, zawleczono z Rosyi). Dr T.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 6. II. do 12. II. 1910 zgłoszono przypadków: błonicy 3 † 2 (w tem obcych 3 † 2), krztuśca 2, płonicy 5 † 2 (3 † 2), odry 5, duru brzusznego 2 † 1 (1 † 1), róży 2 † — (1 † —), nagm. zapalenia przyusznic 7. Dr Janiszewski.

Choroby zakaźne w Warszawie. Od 16. I. do 22. I. 1910 przybyło do szpitali warszawskich przypadków: ospy 31 † 8, odry 8, płonicy 4, błonicy 5, róży 6, duru plamistego 3 † 1, duru brzusznego 10 † 2. (Gaz. lek. Nr 7).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło 16. II. b. r. posiedzenie, na którem Dr Rosenhauch przedstawił wyniki przeszczepiania jadu przymiotowego na oko królika; w dyskusyi zabierał głos r. dw. Prof. Wicherkiewicz. Następnie Dr Janiszewski wygłosił wykład: »O zwalczaniu chorób zakaźnych«. W dyskusyi przemawiali r. dw. Prof. Jakubowski, Prof. Bujwid, Prof. Lewkowicz, Dr Rafał Landau, Prof. Nowak, Dr Gertler, H. Hirsch, T. Cybulski, Merz, Blassberg. Szczegółową dyskusyę postanowiono przeprowadzić na osobnem posiedzeniu, a wiadomość o wynikach obrad zamieścić w dziennikach ze wskazaniem na konieczność budowy domu izolacyjnego dla chorób zakaźnych.

— Zarząd Towarzystwa lekarskiego krakowskiego zwraca uwagę członków Towarzystwa, że obecnie na zasadzie układu między Towarzystwami otrzymują »Lwowski Tygodnik lekarski« obok »Przeglądu« bezpłatnie.

— Szpital Bonifratrów w Krakowie leczył w r. 1909 — 1426 chorych przez 29.421 dni szpitalnych; średni pobyt chorego w szpitalu wynosił 20·8 dni. W ambulatoryach szpitala udzielono 34.556 porad bezpłatnych. Na oddziale chirurgicznym wykonano 832 operacyi. Konsulentem szpitala jest Prof. Dr Pareński, prymaryuszem oddziału chirurgicznego Prof. Dr Bossowski, chorób wewn. Dr Frączkiewicz, kierownikiem ambulatoryum chorób skórn. i wen. Prof. Dr Krzyształowicz, sekundaryuszem Dr Rzegociński.

Warszawa. Polskie Towarzystwo okulistyczne w Warszawie wybrało swym prezesem Dra Br. Ziemińskiego, wiceprezesem Dra B. Gepnera, skarbnikiem i sekretarzem Dra L. Endelmana.

— Przy Towarzystwie lekarskiem warszawskiem powstała Sekcya pedyatryczna.

Z różnych stron. Akademia wojskowo-lekarska w Petersburgu ogłasza konkurs na katedrę położnictwa i ginekologii, opróżnioną przez ustąpienie Prof. Rejna po wysłużeniu przepisanego terminu.

— Akademia Umiejętności w Bolonii ogłasza konkurs z fundacyi Cyona o nagrodę 3000 lirów za prace na następujące tematy: 1) Czynności serca, nerwów sercowych i naczynioruchowych. 2) Czynności błędnika. 3) Czynności gruczołu tarczowego i przysadki mózgowej. Wyjaśnień udziela sekretarz, Erc. Giacomini, Bologna, via Zamboni 33.

Mianowani: Dr Dobrowolskij profesorem higieny w Kazaniu, neurolog Doc. Schuster profesorem w Berlinie, docenci Syllaba i A. Vesely profesorami czeskiego Wydziału lekarsk. w Pradze.

Zmarli: anatom Prof. Wilhelm Krause w Berlinie, otyatra Prof. Zaufal w Pradze, internista Prof. Sergiusz Botkin (syn słynnego klinicysty) w Petersburgu.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

W Piątek d. 25. lutego 1910 o godz. 7 wieczór odbędzie się w Bibliotece Medyków (kolegium Nowodworskiego) odczyt p. B. Kaluszy p. t. »Wiedza przyrodnicza, a społeczeństwo«.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Amidoazotoluol medicinale »Agfa« wyrobu »Tow. Akc. dla przetworów anilinowych« w Berlinie, posiada wszystkie własności lecznicze, jakie wykazuje »Scharlach R«, a przewyższa go tem, że zupełnie nie drażni tkanek. Srodek ten stosować należy dla wywołania granulacyi ran jako 8% maść waselinową, którą po 24-godzinnem działaniu zamienia się na maść obojętną. Po 1 lub 2 dniach zastosować należy ponownie maść z amidoazotoluolu. L. W.

Pulmogen, przyrząd wyrobu firmy Mr. Camillo Raupenstrauch, Wiedeń II., Castellerg. 25, do leczenia inhalacyami, prostej budowy, ulepszony, po cenie 6 kor. Srodki lotne można wdychiwać bez ogrzewania i rozpylania, zmieszane z gazem chlorku amonowego, podobnego do dymu. Głównie chodzi tu o ol. terebinth., ol. pini pumil., ol. junip., eucalyptol, menthol, guajakol i t. d.

Prospekty i formularze recept przesyła firma. Ll. W.

Rok XLIX. Kraków, dnia 26. lutego 1910. Nr 9.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

O zaburzeniach kojarzeń w stanach gonitwy myślowej.

Napisał

Doc. Dr Jan Mazurkiewicz.

(Dokończenie).

Zgodne podania wielu chorych, twierdzących po wyzdrowieniu z bezładnych stanów gonitwy myślowej, że stany te są bardzo pokrewne ze stanami marzeń sennych, czynią pożądanem zestawienie ich z tymi stanami marzeń.

Jednakże literatura, nawet lekarska, mająca za przedmiot urojenia senne, nie dała dotąd na tyle pewnych wyników, ażeby je można było spożytkować bez wielkiego krytycyzmu i ostrożności.

Sądząc z tej literatury, starannie zebranej i zestawionej przez Freuda [11]), w niektórych przypadkach proces kojarzeniowy we śnie cechuje się tą samą prawidłowością, krytycyzmem i innemi właściwościami, które wykazuje na jawie proces kojarzeniowy i charakter człowieka śniącego. Niektórzy autorowie podają przykłady rozwiązywania we śnie zagadnień, których śniący dnia poprzedniego na jawie nie zdołał rozwiązać.

W innych zaś, częstszych, przypadkach najwybitniejszą cechą kojarzeń sennych jest ich mniej lub więcej daleko idący bezład, łączenie w jedną całość najskrajniejszych nieraz przeciwieństw bez żadnych wahań i wątpliwości, jak gdyby one żadnych sprzeczności w sobie nie zawierały.

Oba te rodzaje przeciwstawnych sobie kojarzeń sennych posiadają dwie cechy wspólne, a więc powszechne dla każdego, który śni (Delboeuf [12]): 1) niezależność od czasu i miejsca, w którym się śniący znajduje; 2) sytuacye, stwarzane przez marzenia senne, są uważane przez śniącego za rzeczywistość i mogą wywołać silny odczyn uczuciowy. To »przeżywanie« snów tłómaczy Strümpell [13]) brakiem korekty przez ruchy gałek ocznych i spostrzeganie.

Prawa kojarzeniowe wyrażają się w urojeniach sennych w sposób wyłączniejszy i silniejszy, aniżeli w kojarzeniach normalnych na jawie [14]), bo — jak mówi Strümpell — »refleksya i rozsądek, poczucie estetyczne i sąd obyczajowy są tu bezsilne«. Największe zbrodnie mogą być bez żadnych wyrzutów sumienia rzekomo popełniane we śnie, szczególniej zaś często daje się spotykać wyjątkowa rozwiązłość i bezwstyd pod względem płciowym.

Zdolność do odtwarzania nawet w drugiej kategoryi snów (bezładnych) bywa częstokroć nawet znaczniejsza, aniżeli na jawie. Jest to objaw t. zw. hypermnezyi. Pomimo tej hypermnezyi »urojenie senne — mówi Freud — jest bezładne, łączy bez skrupułu najgorsze sprzeczności, dopuszcza niemożliwości, pozostawia na boku naszą wiedzę, wywierającą znaczny wpływ za dnia, okazuje nas jako ludzi etycznie i moralnie otępiałych. Ktoby się na jawie chciał tak zachowywać, jak to sen w swych sytuacyach przedstawia, tego uważalibyśmy za umysłowo chorego; ktoby na jawie tak mówił, albo o takich rzeczach powiadamiał, jakie się zdarzają w treści marzeń sennych, ten sprawiałby wrażenie chorego na bezład myślowy, albo niedołęstwo umysłowe«. Freud przytacza swoje zdanie o kojarzeniach w histeryi: »Takie nienormalne psychiczne opracowanie normalnego biegu myślowego zdarza się tylko wtedy, jeżeli bieg myśli przejął na siebie nieświadome życzenie, pochodzące z dzieciństwa i odepchnięte«, odrzucone na jawie przez wychowanie, wymogi otoczenia i własny rozsądek. Freud sądzi, iż zdanie to w zupełności stosuje się do urojeń sennych, i widzi pomiędzy psychologią nerwic (szczególniej histeryi) i urojeń sennych »całkowitą tożsamość« (str. 370).

Pomijając to ostatnie, daleko idące i trudne do uzasadnienia zapatrywanie Freuda, należy stwierdzić — o ile można wogóle polegać na materyale, dotyczącym urojeń sennych, a podawanym przez różnych autorów, — że kojarzenia myślowe we śnie bywają bardzo rozmaite i że możnaby je ułożyć w pewien szereg, rozpoczynający się od ściśle krytycznych kojarzeń, doprowadzających nawet niekiedy do rozwiązywania zagadnień naukowych, a kończący się na kojarzeniach bezkrytycznych, fantastycznych, lub wręcz bezładnych i nie wykazujących wogóle żadnych zahamowań.

Doświadczenie kliniczne dowodzi, że gonitwa myślowa bywa również różnych stopni, które możnaby także ułożyć w szereg, rozpoczynający się od kojarzeń jeszcze zupełnie krytycznych, a kończący się na zupełnym bezładzie myślowym.

Wnosząc z danych klinicznych, a mianowicie ze zgo-

[11]) Die Traumdeutung. II. Auflage, 1909.
[12]) Przytaczany przez Freuda l. c.
[13]) l. c.
[14]) We śnie zdarzają się kojarzenia mniej lub więcej wyłącznie dźwiękowe, jak w gonitwie myślowej.

dnych twierdzeń wielu ozdrowieńców, należy stwierdzić fakt, że pewne ostre stany gonitwy myślowej — szczególniej wyższych stopni — pozostawiają po sobie w pamięci chorych wrażenie, jak gdyby ów okres chorobowy prześnili.

Istotnie kojarzenia myślowe w obu tych stanach wykazują wielkie pokrewieństwo.

I we śnie, i w bezładnej gonitwie myślowej dany osobnik posiada wrażenie istotnego przeżywania tych sytuacyi, stanów i obrazów, które się kolejno przez jego myśl przesuwają, — i nie posiada zrozumienia istotnego swego położenia: człowieka śpiącego w domu na swem łóżku, albo chorego, pozostającego w zakładzie leczniczym. W obu tych stanach granica pomiędzy rzeczywistością, a jej fizyologicznym symbolem, mniej lub więcej całkowicie się zaciera. Odczyn afektywny danego osobnika na jego kojarzenia senne, albo chorobowo-bezładne (w gonitwie myślowej), jest tak silny, jak na rzeczywiste sytuacye życiowe. Czynność pamięciowa w obu stanach jest nietylko zachowana, ale wykazuje nawet wręcz pewne wzmożenie (hypermnezya), przyczem jednakże siła hamująca wszystkich dotychczasowych doświadczeń życiowych znika zupełnie i dowolność zajmuje miejsce wszelkich hamulców, narzucanych człowiekowi przez wychowanie i współżycie z innymi ludźmi. Pomimo hypermnezyi następuje w obu stanach często błędne utożsamianie poszczególnych osób, przedmiotów, sytuacyi lub symbolów na podstawie jakiejś nikłej wspólnej cechy zewnętrznej. Kojarzenia myślowe w obu stanach wykazują brak nici przewodniej i hierarchicznego ugrupowania i są częściej, niż w warunkach prawidłowych, (w których myślenie odbywa się przedewszystkiem za pośrednictwem symbolów wyrazowych), — kojarzeniem obrazów myślowych. — Wreszcie wspólną cechą obu tych stanów jest to, że po ich minięciu dany osobnik ma wrażenie pewnej ich obcości w stosunku do własnego prawidłowego stanu psychicznego na jawie, przyczem pamięć minionego stanu okazuje mniej lub więcej wybitne braki.

Pokrewieństwo procesów kojarzeniowych w bezładnej gonitwie myślowej i bezładnych urojeniach sennych zdaje się wobec powyższego zestawienia nie ulegać wątpliwości.

Ale z drugiej strony, nie należy pomijać (jak to Freud pomija w swem zestawieniu psychologii histeryi z psychologią snów) i wybitnych różnic, jakie zachodzą pomiędzy stanem urojeń sennych, a stanem gonitwy myślowej.

Więc przedewszystkiem gonitwa myślowa jest stanem niewątpliwie i wybitnie chorobowym o określonej etyologii i o pewnym przebiegu, trwającym przez przeciąg szeregu tygodni lub miesięcy bez żadnej lub prawie żadnej przerwy nawet na sen, w dzień i w nocy, przy zachowanem — jakkolwiek nieraz chorobowo zmienionem — spostrzeganiu podniet zewnętrznych, i przy zazwyczaj silnem podnieceniu ruchowem. Chory z bezładną gonitwą myślową postępuje w rzeczywistości w myśl swoich urojeń, jak tego przykładem jest wyrzucenie chorego dziecka przez p. P. na podłogę.

Inaczej jest z urojeniami sennemi, które wprawdzie łatwiej i częściej występują w pewnych stanach podrażnienia układu nerwowego, n. p. przy gorączkach zakaźnych, niektórych zatruciach, w przebiegu nerwic i wogóle u ludzi z mniej odpornym układem nerwowym, albo u ludzi zdrowych po silnych wstrząsach i wrażeniach, — ale co do których nie można zaprzeczyć, że bywają także u ludzi, nie okazujących żadnych objawów zaburzeń lub upośledzenia układu nerwowego, a więc jako zjawisko zupełnie fizyologiczne.

Fizyologiczne urojenia senne w przeciwstawieniu do bezładnej gonitwy są krótkotrwałe, nie zdarzają się na jawie, ale podczas snu, kiedy spostrzeganie świata zewnętrznego jest całkowicie, albo prawie całkowicie zniesione, narząd ruchowy śniącego pozostaje w spoczynku, mniej lub więcej zupełnym, i gwałtowny ruch wywołuje przerwę kojarzeń sennych i przejście w stan czuwania.

Tak więc spostrzeganie, szczególniej zaś zachowanie się — które wszakże należą do integralnych składników psychologii danego osobnika, o czem Freud zdaje się zapominać, gdy mówi o »tożsamości psychologii nerwic i urojeń sennych« — są zupełnie różne w fizyologicznych stanach urojeń sennych i w chorobowych stanach gonitwy myślowej.

Porównawcze zestawienie kojarzeń myślowych we śnie i w gonitwie myślowej upoważnia nas do następujących wniosków: 1) Sposób kojarzenia wyrazów i wspomnień w obu tych stanach jest bardzo pokrewny, cechuje się brakiem nici przewodniej, brakiem wszelkich zahamowań i bezładną hypermnezyą. 2) Różne są zupełnie warunki, wśród których oba te stany powstają, różny jest zupełnie czas ich trwania i przebieg, i wreszcie radykalnie różny jest sposób zachowania się ustroju w obu tych stanach wobec otoczenia, inny jest sposób jego oddziaływania na podniety zewnętrzne.

Z zestawienia tego wynika, że bezład kojarzeń myślowych bynajmniej nie jest podstawowym objawem chorobowych stanów gonitwy myślowej, skoro go spotykamy i w stanie fizyologicznym, mianowicie w snach, i że wbrew twierdzeniu Freuda, który z powodu pokrewnego sposobu kojarzeń myślowych mówi o tożsamości psychologii nerwic i urojeń sennych, — należy stwierdzić, iż podstawowym objawem chorobowym w stanach gonitwy myślowej jest zmieniony sposób oddziaływania na podniety zewnętrzne, jest niwelacya dotychczasowego realnego stosunku ustroju do otoczenia.

W celu sprawdzenia wyników, otrzymanych za pośrednictwem obu zastosowanych do I. przykładu metod, zestawimy jeszcze nasze przykłady kliniczne z innym przykładem, w którym symbole wyrazowe zjawiają się do pewnego stopnia »in statu nascendi«.

25-miesięczne dziecko, cieleśnie zupełnie zdrowe i pod względem intelektualnym bardzo dobrze rozwinięte, kojarzyło w pewnej chwili wyrazy w następujący sposób.

»Tu Osia będzie spać, daj wujku ołówek, czem Osia ma pisać, wujek, wujek, masz to. — Tfe, tfe, tfe (śpiewa). Tatusiu, kolanka, Osia będzie pisać na tem. Napisać królika. Co to tatuś przyniósł? I mamusię przyniósł? I Osię przyniósł. Królik, jaki królik, ma ogonek, kupka królika, — to oczko. Mamusię napisać. Wujek, zobacz królika. To Osia siada na ziemi, nie trzeba tak siadać na ziemi. Siadać na stołeczku, bo brudzisz rzeczy. Tam to zobaczysz mamusię, ma uszki mamusia, śpi, — oczki otwiera. Tu niema ma-

musi. — Mamusiu, to mamusia. Mamusiu królik, mały, ma uszki, co on robi? Tu zapałki«.

Całośc tej wypowiedzi Osi zbliża się pod niektórymi względami do przykładu gonitwy myślowej p. P. Niema w niej, jak i w pierwszej odpowiedzi p. P., żadnej nici przewodniej, wiążącej wszystkie zdania w jedną całość organiczną, nadającej im pewien kierunek, któryby można określić jednym wyrazem lub jednem «nadwyobrażeniem«. Osia przeskakuje tu z jednego przedmiotu na drugi i mówi o spaniu, o ołówku, o króliku, o tem, co tatuś przyniósł, wraca znowu do królika, przeskakuje do siadania na ziemi, do mamusi, jej uszek i spania, jeszcze raz do królika, i wreszcie do zapałek. Do niektórych przedmiotów (królik, mamusia) powraca wprawdzie dziecko parokrotnie, ale pomimo tego całość jest bezładna w tem znaczeniu, że żadnego hierarchicznego ugrupowania symbolów wyrazowych nie wykazuje. Mamy tu zatem niwelacyę symbolów wysokiego stopnia.

Skądinąd jednak można wykazać wybitne różnice pomiędzy przykładem Osi, a stanem gonitwy myślowej p. P.

W rzeczywistości pierwsze zdanie »tu Osia będzie spać« wypowiedziane zostało na widok kanapy, na której siedział wujek. »Daj wujku ołówek« było odczynem na widok ołówka, którym wujek zapisywał słowa dziecka, — »czem Osia ma pisać?« odczynem na odmowę ołówka, którą dziecko się nie przejmuje, przechodząc zaraz do innego spostrzeżonego przedmiotu, który podaje wujkowi ze słowami: »wujku, masz to«. Dalszy ciąg odbywa się już nie przy kanapie, ale przy biurku na kolanach tatusia, na skutek żądania »tatusiu kolanka«. Widok papieru na biurku wywołuje zdanie »Osia będzie pisać na tem« i »napisać królika«, widok paczki zawiniętej — pytanie: »co to tatuś przyniósł?«, widok stojących na biurku fotografii wywołuje zapytanie: »I mamusię przyniósł? I Osię przyniósł?« Widok narysowanego królika: »królik, jaki królik, ma ogonek. — kupka królika, — to oczko. Mamusię napisać. Wujek, zobacz królika«. — »To Osia siada na ziemi« i dalszy ciąg wywołane zostało znowuż widokiem własnej fotografii, zaś »tam zobaczysz mamusię«... widokiem fotografii matki; odwrotna strona tej fotografii wywołuje uwagę »tu niema mamusi«. Na wejście matki do pokoju, oddziaływa dziecko pokazaniem jej fotografii, a następnie rysunku królika, poczem przechodzi do zapałek, leżących na biurku.

Zatem w rzeczywistości wszystkie powyższe zdania dziecka były w każdym poszczególnym przypadku bezpośredniem oddziaływaniem na podniety zewnętrzne, mianowicie wyłącznie wzrokowe, ponieważ przez cały czas, przez który Osia bez żadnej dłuższej przerwy mówiła, tatuś i wujek zachowywali zupełne milczenie, odpowiadając na zapytania tylko przeczącem lub potakującem skinieniem głowy.

Wiadomo, że w stanach gonitwy myślowej często kojarzenia są wywoływane już przez takie podniety zewnętrzne, które u tego samego człowieka za czasów zdrowia nie wywołują żadnych kojarzeń. Ale jeśli p. P. bladość pytającego skojarzyła z podróżą leczniczą, to cały szereg dalszych kojarzeń był wywołany już nie przez podniety zewnętrzne chwili bieżącej, ale przez poprzednio wypowiedziane symbole. U Osi zaś każde zdanie wywołane jest bezpośrednią podnietą chwili bieżącej, z jedynym wyjątkiem twierdzenia »nie trzeba tak siadać na ziemi, siadać na stołeczku, bo brudzisz rzeczy«, które jest wyrażeniem doświadczeń dawniejszych. Wszystkie zaś inne przytoczone zdania Osi są albo nazywaniem widzianego przedmiotu lub jego części składowej (królik, ma ogonek, to oczko i t. d.), albo wyrażeniem jej pragnień, obudzonych podnietą zewnętrzną (»tu Osia będzie spać« na widok kanapy i t. d.).

W przytoczonej wypowiedzi Osia dwukrotnie w mylny sposób odtwarza rzeczywistość. Mianowicie, oglądając fotografię mamusi, dziecko słusznie stwierdza, że »ma uszki mamusia«, następnie jednak mylnie, że: »śpi, — oczki otwiera«. Również oglądając rysunek królika, dziecko odtwarza tylko wyrazowo części rysunku, gdy mówi »ma ogonek, — to oczko«, — ale dodając słowa: »kupka królika«, wymienia rzecz nie narysowaną, ale znaną jej z doświadczeń dawniejszych.

Zatem ogółem biorąc, osobiste doświadczenie życiowe Osi, wykazane w przytoczonych zdaniach, polega na umiejętności poznawania i nazywania spostrzeganych przedmiotów, a także niektórych ich części i własności; tylko w jednem zdaniu o siadaniu na ziemi lub na stołeczku i brudzeniu rzeczy wykazuje już znaczniejsze doświadczenie życiowe, w którem szereg zjawisk skojarzony już został w jedną całość realną.

W przeciwieństwie do ubóstwa zasobu doświadczalnego Osi, p. P. wykazuje w swej pierwszej odpowiedzi dość bogaty zasób doświadczalny, gdyż wie o tem, że n. p. suchoty leczą na Rivierze, że Andrée wyjechał balonem do bieguna i t. p. Jednakże Osia zupełnie tak samo przeskakuje od jednego ujrzanego przedmiotu, który już nazwała, do drugiego, aby go również tylko nazwać, jak p. P. przeskakuje od jednego wypowiedzianego doświadczenia do innego, nabytego w całkiem innych warunkach i okolicznościach i łączącego się z poprzednim tylko za pośrednictwem jednego ze składników, ale nie jako dwie całości, pozostające w organicznym związku ze sobą.

Tak więc u Osi proces kojarzenia symbolów pomiędzy sobą odbywa się jeszcze w zakresie nadzwyczajnie szczupłym; proces kojarzeniowy u Osi jest procesem, wiążącym spostrzegane przedmioty, ich składniki i cechy ze sobą, z ich nazwami i z osobą dziecka. U p. P. nawet w stanie gonitwy myślowej proces kojarzenia wyrazów pomiędzy sobą wykazuje znacznie większą samoistność i niezależność od podniet chwili bieżącej.

Wobec tej większej niezależności i większego zasobu doświadczalnego p. P., tembardziej uderza różnica, jaką stwierdzić należy pomiędzy zachowaniem się p. P. a Osi względem otoczenia.

Więc przedewszystkiem 25-miesięczna Osia ma już niektóre do pewnego stopnia ustalone przyzwyczajenia, według których w danych okolicznościach postępuje. Na przywitanie i pożegnanie często albo całuje, albo podaje swoją rękę do pocałowania; niekiedy dziękuje za otrzymaną czekoladkę, a nawet zaprasza przybyłego gościa, aby usiadł. W razie zabrudzenia rąk zawsze żąda ich umycia, w razie potrzeby fizyologicznej zawsze o niej oznajmia zawczasu. Wszystkie te kojarzenia są już zatem na-

byte, są już osobistem doświadczeniem życiowem Osi, wpływającem na jej postępowanie.

Natomiast 40-letnia p. P., która przed i po chorobie postępowała według przeciętnych zwyczajów środowiska, w którem wychowała się i żyła, przez czas trwania choroby zachowywała się w taki sposób, jak gdyby wogóle własnego doświadczenia życiowego wcale nie posiadała. Więc p. P. w czasie choroby zupełnie tak samo nie umie użytkować przedmiotów ostrych, ognia i t. p., jak i Osia. Osia w razie niedostatecznego dozoru rozbija młotkiem głowę lalki, zaś p. P. rozbija o podłogę szklankę z mlekiem, albo drze kołdrę. Ale p. P., pomimo swoich wiadomości o leczeniu gruźlicy na Rivierze i o podróżach Andrćego, nie odpowiada nigdy według przyjętego zwyczaju na wyrazy przywitania, albo pożegnania, nie zmienia wcale zwykłego swego bezładnego zachowania się podczas odwiedzin męża, twierdząc owszem, że wcale niema ani męża, ani dzieci, a nawet, co więcej, zanieczyszcza się często do łóżka, co 25-miesięcznej Osi już od roku zdarza się chyba w wyjątkowych razach.

Powyższe zestawienie faktów, dotyczących p. P. i Osi upoważnia nas do wysnucia następujących wniosków: 1) Zasób doświadczeń życiowych, wypowiadanych przez p. P. w stanie gonitwy myślowej wysokiego stopnia, jest bez porównania większy od zasobu doświadczeń, wypowiadanego przez Osię. 2) Szczupły zasób doświadczeń dziecka, które dla określenia siebie nie umie jeszcze używać pierwszej osoby liczby pojedynczej, wywiera już zupełnie wyraźny wpływ na jego postępowanie w wielu razach; daleko zaś bogatszy zasób doświadczeń, wynikający ze słów p. P., nie wywiera żadnego wpływu na jej postępowanie względem otoczenia, jak gdyby zakres doświadczeń dawniejszych i sposób postępowania w danej chwili były całkiem od siebie niezależne. Czyli innemi słowy: zaburzenia, powstałe wskutek choroby w układzie kojarzeniowym p. P., wywołały znacznie dalej idącą niwelacyę dawniejszych stosunków p. P. względem otoczenia, aniżeli wzajemnego stosunku symbolów wyrazowych. U dziecka możemy stwierdzić raczej stosunek odwrotny. Na niepedagogiczne pytanie, kogo z otoczenia Osia najbardziej kocha, dziecko odpowiada: »Mamusię, i tatusia, i wujka, i Józię, i Janka, i ciocię, i Lordusia (psa) i Wańdzię«. W rzeczywistości jednak całe zachowanie się Osi zupełnie przeczy tej niwelalacyi wyrazowej i wykazuje wybitne różnice w stosunku do wymienionych osób.

Pomiędzy stanem gonitwy myślowej p. P., a pozornie zbliżonym do niej, fizyologicznym stanem Osi, jest jeszcze jedna wybitna różnica, którą dotąd pomijaliśmy. W zdaniach, wypowiedzianych przez p. P., niektóre kojarzenia są wyłącznie dźwiękowe i nie wykazują żadnego pokrewieństwa treści: »... Nansena. A masz córkę, czy syna? Białego, czy murzyna?« Również niektóre poprzednie kojarzenia, jakkolwiek wykazują pewien luźny związek i ich treści, jednocześnie są pokrewne dźwiękowo (suchoty — flotę, Barcelony — balonem), czego nie możemy uważać za rzecz przypadkową wobec tego, że po nich następują powyżej przytoczone kojarzenia już wyłącznie dźwiękowe, jak wiadomo, wogóle bardzo częste w bezładnej gonitwie myślowej.

Możnaby przypuszczać, iż kojarzenia dźwiękowe, jako najbardziej zewnętrzne, powierzchowne, powinno się często spotykać u dzieci, u których treść wymawianych wyrazów jest jeszcze bardzo ograniczona i uboga, a więc n. p. w trzecim roku życia. Tymczasem u Osi można stwierdzić zachowanie się wręcz odwrotne. W przytoczonej jej wypowiedzi nie spotykamy ani jednego kojarzenia dźwiękowego, i w jej mowie wogóle, pomimo względnej gadatliwości żywego z natury swej dziecka, otoczenie jego kojarzeń takich nigdy nie spostrzegło, nawet w zdarzającem się niekiedy fantazyowaniu dziecka na temat wrażeń dawniejszych, a więc przy kojarzeniu wyrazów niezależnie od bezpośrednich wrażeń chwili bieżącej, t. j. w warunkach, w których kojarzenia dźwiękowe względnie najłatwiej mogą powstawać. N. p. »Osia nie miała bata, biedna miała braciszka, Osia nie poszła do krówki, tylko Nusia poszła do krówki... Nie mogła znaleść pieska i dlatego nie miała pieska i pieska nie było, i Osi nie było, i koń przylazł i taki straszny był konik i siny był konik, i ptaszki leciały do lasku, a tu mamusia kupiła buty, a Hanka poszła zobaczyć rondelki, tu bacik jest, — a dziewczynka jadła mleczko, a to nie mleczko, to glaski (? kluski) jest, Osia nie może robić gołąbeczki, prawda?...« Z tych wszystkich zdań, wypowiadanych podczas rannego ubierania Osi, tylko zdania, dotyczące »braciszka« i »butów«, mogły być wywołane wrażeniami chwili bieżącej, zaś wszystkie inne były odtwarzaniem wrażeń dawniejszych bądź z zakresu domowego jej życia, bądź też z codziennych w ostatnich dniach spacerów po mleko »do krówki«. W tem pamięciowem kojarzeniu dawnych wrażeń pomiędzy sobą niema zatem żadnego pokrewieństwa dźwiękowego.

Co więcej, można wykazać, iż nawet w tych razach, w których Osia miała do czynienia z gotowemi już kojarzeniami dźwiękowemi, okazywały się one zawsze słabszemi od wiązań treści — której Osia — w razie jej spamiętania — nigdy dla pokrewieństwa dźwiękowego nie poświęca. N. p. w wierszyku, którego Osia w 26. miesiącu życia częściowo nauczyła się na pamięć: »Spał zajączek, w zbożu spał, zbudził go daleki strzał, wyszedł strzelec, bronią błyska, wygnał śpiocha z legowiska«, — ostatni wiersz Osia zawsze powtarzała z poświęceniem rytmu i rymu: »wygnał śpiocha z łóżka«, t. j. kojarząc w sposób zrozumialszy dla niej »śpiocha« z »łóżkiem« zamiast »z legowiskiem«. Albo dwuwiersz: »Śpij, buziaczku z róż, tyś nie głodna już«, Osia stale przerabia na: »Śpij buziaczku z róż, Ty już nie głodna«,[15]) i t. p.

Z powyższego należy wnosić, że Osia kojarzy już swoje wrażenia zapomocą konwencyonalnych znaków, wyrazów, ale podobieństwo dźwiękowe tych wyrazów nie gra u niej jeszcze żadnej roli. Wiadomo, że u dzieci w wieku starszym i u ludzi dorosłych rytm i rym szeregów wyrazowych ułatwiają znacznie ich dokładne zapamiętanie (uczenie się wierszy na pamięć, metody mnemotechniczne); ale i tutaj podobieństwo dźwiękowe wyrazów nie jest nigdy jedynym czynnikiem, rozstrzygającym

---

[15]) Albo: »Moja myzia, gdzie ty była? — U mamusi, mleczko piła« — zaś Osia: »u mamusi, piła mleko«.

o ich skojarzeniu, gdyż podstawą jest zawsze wiązanie treści wyrazów; rytm i rym wyrazów grają tu zatem rolę poniekąd tylko pomocniczą, drugorzędną.

W gonitwie myślowej natomiast spotykamy często kojarzenia takich wyrazów, których podobieństwo dźwiękowe jest wielkie, zaś pokrewieństwo treści jest albo tak odległe, że możemy mu w procesie kojarzeniowym przyznać tylko rolę drugorzędną, albo też pokrewieństwa treści wogóle stwierdzić nie można, t. j. kojarzenie następuje wyłącznie na podstawie podobieństwa dźwiękowego.

Mamy zatem w gonitwie myślowej ciekawy objaw usamowolnienia wyrazów w pewnej mierze, stworzenia z nich świata, do pewnego stopnia niezależnego od świata zewnętrznego. Chory w gonitwie myślowej tak samo kojarzy wyrazy według ich podobieństwa dźwiękowego, jak człowiek zdrowy kojarzy swoje spostrzeżenia i doświadczenia n. p. według ich podobieństwa. Albo inaczej: chory w gonitwie myślowej tak samo zatraca zrozumienie konwencyonalnego charakteru wyrazów, jak zatraca zrozumienie życiowego znaczenia czynników realnych: własnej choroby, własnej rodziny i t. p.

Stąd wynika, iż to, co różni autorowie nazywają »niwelacyą wyobrażeń«, jest w istocie procesem niwelacyjnym, sprawiającym niwelacyę nietylko symbolów pomiędzy sobą, i nietylko stosunku chorego do otoczenia, ale także niwelacyę stosunku symbolów do rzeczywistości, W stanie gonitwy myślowej wysokiego stopnia zanika różnica pomiędzy rzeczywistością, a jej konwencyonalnym znakiem.

Poglądy psychologiczne Macha powstawały pod wyraźnym wpływem nauk Heringa, który uważał »ustrój za układ, który jest zdolny swoją właściwość (stan chemiczny, cieplny i t. d.) utrzymać wobec wpływów zewnętrznych' który przedstawia dynamiczny stan równowagi o znacznej stałości«, zaś pamięć dawniejszych doświadczeń życiowych i ich kojarzenia uważał za podstawową czynność materyi uorganizowanej [16]).

Dla odróżnienia tej pamięci, którą Hering uważa za podstawową czynność każdej materyi uorganizowanej, która się przejawia n. p. w tropizmach lub w zdolności kurczęcia do dziobania z wielką zręcznością kruszyn pokarmu wkrótce po wykłuciu się ze skorupy jaja, i która jest gotowym, odziedziczonym mechanizmem, — od osobniczo nabytej pamięci doznawanych wrażeń, Loeb [17]) proponuje tę pamięć nabytą nazywać »kojarzeniową czynnością pamięciową«, rozumiejąc przez to określenie tylko dające się rzeczowo stwierdzić przejawy pamięci osobniczej

Zdolność do kojarzenia osobniczych doświadczeń życiowych, pozostających w pamięci danego osobnika do jego rozporządzenia, pozwala mu wybierać, rozważać, hamować jedne popędy i odczyny, powstające wskutek działania mechanizmów odziedziczonych, zaś ulegać innym bądź odziedziczonym mechanizmom, bądź osobniczo nabytym kojarzeniom. Stąd powstaje stan psychiczny, do którego można zastosować określenie, dane ustrojowi przez Heringa, mianowicie, iż jest to »dynamiczny stan równowagi o znacznej stałości«.

Powstawanie, tworzenie się osobniczej pamięci kojarzeniowej jest wynikiem rozwoju anatomicznego i czynnościowego układu kojarzeniowego mózgu [18]) i wiadomo, że zahamowanie jego rozwoju, albo daleko idące zaburzenia mogą być przyczyną zupełnego braku kojarzeniowej pamięci osobniczej, albo zaniku pamięci istniejącej w razach powstania rozległych zuburzeń w kojarzeniowym układzie już rozwiniętego mózgu.

Obraz kliniczny stanów bezładnej gonitwy myślowej ma podkład anatomo-patologiczny, którego dotąd jeszcze nie znamy i którego badanie rozpoczęto zaledwie w ostatnich latach. Stąd jest rzeczą naturalną, iż mechanizm powstawania tych stanów chorobowych jest w swych szczegółach dotąd również zupełnie nieznany.

Jednakże dzisiaj już można stwierdzić, że istotnych przyczynków do wyjaśnienia tego mechanizmu szukać należy nie na drodze spekulacyi psychologicznych, ale na drodze dalszych badań układu nerwowego i rzeczowych badań tych obrazów chorobowych, które spostrzegamy w życiu.

Dotychczasowe wyniki można streścić w sposób następujący:

1) Jest prawdziwą zasługą Liepmanna wykazanie, że t. zw. prawa kojarzeniowe działają w gonitwie myślowej w sposób bardziej wyłączny, aniżeli w myśleniu prawidłowem, i że różnica wynika nie z istnienia lub braku jakichś formalnych zasad kojarzeniowych, ale z różnicy pewnych materyalnych stosunków. W dalszym ciągu swych wywodów opuszcza jednakże Liepmann grunt doświadczalny i operuje już prawie wyłącznie abstrakcyami psychologicznemi.

2) Zestawienie sposobu kojarzeń w gonitwie myślowej i w urojeniach sennych wykazuje znaczne ich pokrewieństwo (wrażenie przeżywania sytuacyi odtwarzanych, hypermnezya, brak zahamowań ze strony doświadczeń życiowych, t. j. dawniej doznawanych wrażeń; wrażenie obcości w stosunku do przebytego stanu i niedokładne jego zapamiętywanie), — przy zasadniczej różnicy tych stanów co do etyologii ich powstawania, czasu ich trwania, i co do sposobu zachowania się osobnika wobec świata zewnętrznego, czyli sposobu jego oddziaływania na podniety zewnętrzne. Różnica ta wykazuje, iż najbardziej charakterystyczną i podstawową cechą stanów bezładnej gonitwy myślowej jest nie niwelacya symbolów wyrazowych, — spotykana i w fizyologicznych stanach urojeń sennych, — ale niwelacya dotychczasowych istotnych stosunków chorego do otaczającej go rzeczywistości, czyli niwelacya dotychczasowego jego sposobu oddziaływania na sytuacye życiowe.

3) Zestawienie sposobu kojarzeń w gonitwie myślowej wysokiego stopnia ze sposobem kojarzeń 25-miesięcznego dziecka wykazuje również szereg cech pokrewnych

---

16) Hering. Über das Gedächtniss als allgemeine Function der organisierten Materie. Wien, 1870, przytaczany przez Macha l. c.

17) Jaques Loeb. Wstęp do fizyologii i psychologii porównawczej. Przekład Dra Z. Szymanowskiego. Warszawa, 1906.

18) W. Preyer. Die Seele des Kindes. VII. Auflage, 1908 i prace anatomiczne Westphala, Flechsiga, Monakowa i innych.

(brak jednej nici przewodniej, brak hierarchicznego układu kojarzonych wrażeń, łatwość oddziaływania na każde spostrzeżenie), — ale także i bardzo wybitne różnice: daleko bogatszy zasób dawnego materyału wrażeniowego, zachowanego w pamięci chorej, dotkniętej bezładną gonitwą myślową, w porównaniu do zasobu dziecka; brak jakiegokolwiek wpływu owego bogatszego zasobu doświadczeń na sposób postępowania chorej dotkniętej gonitwą myślową, w przeciwieństwie do znacznego już wpływu, jaki szczupły zasób doświadczeń 25-miesięcznego dziecka wywiera na sposób jego zachowania się; wreszcie zupełny brak kojarzeń dźwiękowych u badanego dziecka w przeciwieństwie do ich częstego występowania w gonitwie myślowej.

Ta ostatnia różnica wykazuje, że w stanach bezładnej gonitwy myślowej następuje nietylko zupełna niwelacya dawnych wartości wrażeniowych jednych do drugich, i dawniejszych sposobów oddziaływania danego osobnika na podniety zewnętrzne, ale co więcej, nawet niwelacya właściwego ustosunkowania rzeczywistości do odtwarzanych jej obrazów i do jej konwencyonalnych symbolów, t. j. wyrazów, za pośrednictwem których myślenie w warunkach prawidłowych zazwyczaj się odbywa.

Ten wniosek jest ważny z tego względu, iż posiadamy w naszym mózgu anatomicznie dający się co do siedziby określić odrębny narząd mowy, na którego bardziej niż zwykle niezależne od innych części mózgu działanie zdają się wskazywać kojarzenia dźwiękowe. Objaw ten zdaje się być zatem klinicznym przejawem sejunkcyi w układzie kojarzeniowym, uniemożliwiającej ten fizyologiczny proces wiązania dawnych i bieżących wrażeń, bez którego — jak widzieliśmy — ich odtwarzanie, chociażby nawet ułatwione, niema żadnej siły realnej, żadnego wpływu hamującego na zachowanie się i na instynktowe popędy chorego.

W sprawie ran postrzałowych przewodu pokarmowego i przedziurawień przewlekłych wrzodów żołądka.

Napisał

P. Schroeter (Pabianice).

(Ciąg dalszy).

III. Przytaczam przypadek ten, jako potwierdzenie zdania, że rokowanie staje się pomyślniejszem, im wcześniej przy przedziurawieniu wrzodu żołądkowego zostaje zastosowany odpowiedni zabieg operacyjny, innemi słowy — im mniejszy jest przeciąg czasu od chwili przedziurawienia do chwili wykonania operacyi. Odpowiednie prace Körtego i Brentano z roku 1906 dowodzą, że szanse pomyślnego wyniku operacyi są dość wielkie w przypadkach, w których przebicie ściany żołądka bywa leczone drogą operacyjną w pierwszych 12 godzinach. Niemniej przekonywająco przemawiają tablice statystyczne Koerbera z chirurgicznego oddziału szpitala św. Grzegorza w Hamburgu.

Operowany przezemnie A. K., 39 a. n., robotnik fabryczny, leczył się w roku 1905 w szpitalu. Wstąpił wtedy do szpitala z objawami wrzodu żołądka (silne bole w okolicy żołądka, krwawe wymioty, stolce czarne). Po dłuższem leczeniu opuścił szpital zdrów i zdolny do pracy. Do listopada roku 1907 czuł się zupełnie zdrowym. W d. 23. listopada 1907 wstąpił powtórnie do szpitala, narzekając na bardzo silne bole w okolicy żołądka; miewa częste wymioty, bez domieszki krwi. Rozpoznano wrzód żołądka i zalecano odpowiednie leczenie. Stan pozostawał jednakowy, t. j. zmienny: po chwilowem polepszeniu, następowało pogorszenie. W dniu 31. stycznia 1908 chory czuł się zupełnie dobrze, gdy niespodzianie następnego dnia wieczorem o godz. 7 uczuł nagle tak silny ból, że wił i kurczył się na łóżku i wołał o szybką pomoc.

Przy badaniu znalazłem brzuch nieco wpadnięty, powłoki brzuszne napięte, twarde, brzuch przy oddychaniu nieruchomy. Wymiotów niema; wypróżnienia w tym dniu nie było. Granice wątroby prawidłowe. Tętno 120, miarowe, nieco słabe. Ponieważ rozpoznanie przedziurawienia wrzodu nie ulegało wątpliwości, postanowiliśmy przystąpić do operacyi. Choremu wstrzyknięto morfinę, co jednak nie usunęło bolów. O godz. $9^{1}/_{2}$ wieczorem ciepłota podniosła się do $38^{0},0$. O godz. 12 w nocy — a więc w 5 godzin od chwili przedziurawienia wrzodu — przystąpiliśmy do operacyi. Cięcie w linii środkowej od wyrostka mieczykowatego do pępka. Po otwarciu otrzewnej nie wydobywa się gaz, natomiast cokolwiek mętnego, zlekka krwawego płynu. W ranie ukazuje się część przedniej ściany żołądka i krzywizna wielka z siecią, która częściowo występuje z rany. Żołądek miernie wzdęty, otrzewna jego zaczerwieniona. Po uniesieniu lewego zraza wątroby ku górze, wyciągnąłem żołądek, o ile to było możliwe; natenczas wylał się strumieniem płyn, zawierający mniejsze i większe kawałki ściętego mleka. Otwór jednak i po usunięciu treści żołądka nie był widoczny. Kierując się kierunkiem wydobywającego się z żołądka płynu, wsunąłem 2 palce ku przypuszczalnemu otworowi, który też znalazłem na przedniej ścianie, tuż przy krzywiźnie małej i wpuście żołądka. Otwór swobodnie przepuszczał palec. — Ponieważ zamknięcie otworu zapomocą szwu było niemożliwe skutkiem wątpliwego stanu brzegów otworu i trudnego dostępu, zastosowałem poprostu tamponadę, doprowadziwszy koniec długiego pasa gazy wyjałowionej bezpośrednio do otworu w ścianie żołądka. Oczyszczenie otrzewnej, a zwłaszcza okolicy krzywizny małej, na której znajdowały się złogi włóknikowo-ropne i dolnej powierzchni lewego zraza wątroby, zanieczyszczonej przez wydobywającą się treść żołądka, wykonałem zapomocą suchych i wilgotnych kawałków gazy. Do dolnego odcinka rany brzusznej wprowadziłem tampon celem odosobnienia do pewnego stopnia okolicy żołądka i zaszyłem ranę powłok brzusznych pomiędzy górnym i dolnym tamponem. Operacya trwała 40 minut. Po operacyi wstrzyknięto choremu kamforę i eter, gdyż tętno było słabo napięte. W dniu 9. II. usunięto tampony i szwy. Do 10. II. chorego odżywialiśmy wyłącznie zapomocą lewatyw odżywczych; od tego dnia poczęto mu dawać małe ilości mleka. W dniu 15. II. otrzymał jajko na miękko i mleko w większych ilościach. D. 6. III. rany były zagojone. W d. 18. IV. chory opuścił szpital.

Przypadek ten należy do typowych. Rozpoznanie przedziurawienia wrzodu było łatwe; wywiady i sposób wystąpienia objawów były o tyle wybitne i jasne, że żadna wątpliwość co do istoty stanu chorego zachodzić nie mogła. Wynik zaś postępowania leczniczego wykazuje, że w przypadkach, w których zastosowanie najważniejszego środka chirurgicznego — szwu — przedstawia pewne trudności, albo zgoła okazuje się niemożliwem, tamponada może być zastosowana z pomyślnym wynikiem. Z zastosowaniem tamponady jednak połączony jest warunek, by narządowi zapewnić zupełny spokój. Jeżeli po zamknięciu otworu zapomocą szwu odżywianie chorego przez usta może nastąpić już drugiego dnia po operacyi, to przy zastosowaniu tam

ponady możliwość taka jest wyłączona. Chory nasz otrzymywał przez pierwsze 10 dni wyłącznie lewatywy odżywcze, które wystarczały, by chory bez znaczniejszej utraty sił czas ten przebył.

Przedziurawienie żołądka urazowe i przedziurawienie żołądka, spowodowane przez owrzodzenia, należy rozpatrywać z jednego i tego samego punktu widzenia, zarówno co do objawów, jak i rokowania. Te i tamte przedstawiają w gruncie rzeczy obraz w zarysach ogólnych podobny. Tu i tam występują zarówno ogólne, jak i miejscowe objawy. Obraz wstrząsu (shock) resp. zapadu (collapsus), bole w brzuchu (przeważnie w nadpępczu), napięcie odruchowe mięśni powłok brzusznych, pojawienie się wolnego gazu w jamie brzusznej, brak stłumienia w okolicy wątroby, wrażliwość brzucha na ucisk (zwykle najsilniejsza w nadpępczu), wymioty lub też wymioty krwawe, wreszcie — przy obfitem krwawieniu — oznaki ostrej niedokrwistości i obecność krwi w jamie brzusznej, wykazać się dająca zapomocą opukiwania. Wiadomo, że typowy całokształt wzmiankowanych objawów niekiedy przedstawia mniej lub więcej luk, lub też — w przypadkach rzadszych — całkiem nie występuje. Rozpoznanie drążących ran postrzałowych żołądka nie przedstawia na ogół większych trudności przy uwzględnieniu towarzyszących obrażeniu objawów, a w razie niedostatecznych objawów przy uwzględnianiu położenia wlotu i kierunku postrzału i t. p. W rzadkich przypadkach, w których nawet najsumienniejsze poszukiwania nie dają żadnych zgoła punktów oparcia dla rozpoznania drążącej rany postrzałowej, nie należy zapominać, że możliwość jej istnienia pomimo to nie jest wyłączona. Złożenie broni mogłoby tu sprowadzić klęskę: »si vis pacem para bellum«. Przypadek mój pierwszy służyć może za dowód oczywisty: poważne obrażenia jelit, które stwierdzono po otwarciu jamy brzusznej, nie wywołały na razie żadnego objawu, któryby na nie wskazywał.

W szeregu objawów miejscowych, wywołanych przez rany postrzałowe brzucha, resp. żołądka, niema ani jednego, któryby stale im towarzyszył; gdy więc obecność tego lub innego objawu wielką ma wartość przy rozpoznawaniu, to jednak jego brak nie przemawia przeciwko rozpoznaniu. Należy też uwzględnić, że 1) objaw dany może istnieć, ale nie daje się w danym przypadku wykryć w sposób, nie pozostawiający żadnych wątpliwości, 2) dany objaw może być stwierdzony, ale zależeć od innych przyczyn. Tak naprzykład, jak to już Körte zaznacza, obecność wolnego gazu w jamie otrzewnej nie zawsze może być stwierdzona, lub też opukiwanie w okolicy wątroby może wprawdzie w danym przypadku wykazać brak stłumienia, lecz nie skutkiem nagromadzenia się wolnego gazu w jamie brzusznej, ale skutkiem przesunięcia się wzdętej okrężnicy poprzecznej przed wątrobę. Weber rozpoznał obecność wolnego gazu w jamie otrzewnej, opierając się na tem, że drżenie piersiowe udzielało się napiętym powłokom brzusznym. By zaś drżenie piersiowe mogło się udzielać powłokom brzusznym, należy — według wyjaśnień Webera — przyjąć, że słup gazu, usunąwszy wątrobę ku dołowi, znajduje się w styczności z jednej strony z przeponą, z drugiej zaś strony z przednią ścianą brzucha po odsunięciu od niej wnętrzności. Statystyka, tycząca się obecności — względnie nieobecności — tego lub owego objawu, nie ułatwia nam w gruncie rzeczy rozpoznania; chodzi główne o ujęcie i właściwą ocenę całokształtu.

Rzecz jasna, że wyżej wspomniany typowy całokształt objawów sam przez się nie rozstrzyga o istnieniu przedziurawienia wrzodu żołądka. Czynnikiem rozstrzygającym są tu wywiady. Jeżeli wynik wywiadów jest dość charakterystyczny i wyraźnie wskazuje na obecność wrzodu, to sprawa jest jasna. Jeżeli zaś wywiady zawierają mało punktów charakterystycznych lub zgoła są ujemne, to na razie poprzestać musimy tylko na rozpoznaniu poważnego obrażenia w jamie brzusznej, co jednak w zupełności usprawiedliwić może zabieg operacyjny — laparotomią próbną. Wspomnieć należy, że Adamson i Crawford zwracają uwagę na zjawisko, które dwukrotnie nasunęło się im w przypadkach przedziurawienia wrzodu żołądkowego. Słyszeli oni w okolicy żołądka współcześnie z uderzeniem serca — niekiedy też z oddychaniem — ton jasny, jakby od spadania kropel pochodzący. Renton i Snodgrass również wspominają w jednym przypadku o owym pluszczącym szmerze przy każdym skurczu serca. Chodziło tu o ropień pod sklepieniem przepony z lewej strony, powstały wskutek przedziurawienia wrzodu żołądkowego. W jednym z dwóch przypadków Adamsona i Crawforda znajdował się na przedniej ścianie żołądka przedziurawiony wrzód i zapalenie otrzewnej.

Objawy ogólne, stanowiące podstawę klinicznego obrazu wstrząsu, względnie zapadu, najczęściej występują w całej pełni w przypadkach drążących ran postrzałowych żołądka i jelit, bądź to jako skutek samego urazu, bądź to skutkiem obfitego wewnętrznego krwotoku. Jednak całokształt tych objawów w niektórych przypadkach nie występuje w komplecie, pomimo poważnych obrażeń żołądka i jelit, niekiedy całkiem nawet brakuje. W przypadku zaś przedziurawienia wrzodu żołądka, względnie dwunastnicy, objawy ogólne prawie zawsze występują w postaci tak wyraźnej, że niewątpliwie wskazują na sprawę chorobową o charakterze poważnym. Przy sposobności radbym zauważyć, że uchwycenie różnicy pomiędzy zapadem, jako skutkiem bezpośrednim postrzału resp. przedziurawienia wrzodu żołądka do jamy brzusznej, a zapadem w przebiegu zapalenia otrzewnej posiada pewne znaczenie. Pierwszy nie stanowi w gruncie rzeczy przeciwwskazania do cięcia brzusznego, natomiast zaniechać należy operacyi w przypadkach znacznego zapadu w przebiegu zapalenia otrzewnej, gdzie sinica, chłodne, zimnym potem pokryte kończyny, bardzo przyspieszone, słabo wyczuwalne tętno, wskazują na blizki koniec. W przypadkach rozwiniętego następczego zapalenia otrzewnej występują objawy jego na plan pierwszy i nieraz okazuje się bardzo trudnem oznaczenie genezy zapalenia. W takich razach Faure kładzie nacisk na ból w piersiach (douleur thoracique), występujący jakoby osobliwie przy zapaleniach otrzewnej, mających punkt wyjścia w okolicy ponad pępkiem, a zwłaszcza w żołądku. Ból ten sadowi się jakoby w jednem lub drugiem ramieniu, w okolicy pomiędzy łopatkami, albo też cokolwiek niżej nad kręgosłupem. Fraser wspomina również o owym bólu piersiowym w jednym przypadku przedziurawienia wrzodu żołądka. W przypadkach przezemnie spostrzeganych bólu tego nie było. Niestety pierwotny ten obraz charakterystyczny, na który skła-

dają się wymienione wyżej objawy, bywa często zatarty przez zbyt pohopne i zbyt obfite stosowanie morfiny lub makowca, tak dalece, że łatwo uledz możemy mylnemu zapatrywaniu co do istotnego stanu chorobowego. Jest to przegrana fatalna i żadną miarą okupiona być nie może chwilową wygraną — usunięciem bólu. Omyłkę może popełnić lekarz, zarówno jak i chory, który opierając się na chwilowem polepszeniu swego stanu podmiotowego broni się przed operacyą i radby odsunąć ją do nowego pogorszenia. W ten sposób znaczenie operacyi sprowadza się do znaczenia »ultimae rationis«, gdy przeciwnie zabieg chirurgiczny wypełniać ma wskazanie ze względu na chorobę i na życie. Tak naprzykład Kiefer ogłosił przypadek przedziurawienia wrzodu żołądka, w którym postanowiona poprzednio operacya została wstrzymana, gdyż polepszenie wywołane wstrzyknięciem morfiny podało w wątpliwość trafność rozpoznania. Przy laparotomii, dokonanej w 16 godzin po przedziurawieniu, znaleziono otwór na krzywiźnie małej w sąsiedztwie wpustu żołądka.

Rokowanie przy świeżych ranach postrzałowych żołądka i kiszek zawsze jest niepewne, ponieważ quale i quantum ich są dla nas niedostępne. Choćby wywiady i dokładne zbadanie wykazać miały szczegóły, na podstawie których rokowanie mogłoby się wydawać pomyślniejszem, to jednak pogarsza je ta okoliczność, że dalszy przebieg może być zupełnie nieobliczalny; w pozornie łagodnych przypadkach sytuacya niekiedy szybko nabrać może groźnego charakteru. Znane są przypadki, w których stan ogólny i wynik badania miejscowego przemawiały przeciwko poważnemu obrażeniu, a jednak ono istniało. Z rzędu tego rodzaju przypadków przytoczę jako przykład przypadek Kronera, w którym dobre wyglądanie chorej, dobre miarowe tętno, miękki niebolesny brzuch — słowem wszystko, przemawiało przeciwko poważnej sprawie, a już po upływie 2 godzin położenie stało się groźnem. I nasz przypadek I zaliczyć należy do tej kategoryi. (Dok. nast.).

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Pieper. **Odróżnianie wysięków od przesięków zapomocą próby z kwasem octowym.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 1). Autor zestawia wyniki dwóch metod, Moritza i Rivalty. Metoda Moritza: Do 2 cm płynu badanego wkraplamy 2 krople 5% kwasu octowego; następuje zmętnienie mleczne tylko od wysięku. Metoda Rivalty: Do cylindra, zawierającego 100 cm wody, dodajemy 2 krople kwasu octowego stężonego; w tym odczynniku wywołuje wpuszczona kropla wysięku smugę zmętnienia; przesięk rozpływa się bez wywołania smugi.

Z badań autora wynika, że obie próby są równie dobre. Próba Moritza nadaje się jednak do badania płynu mózgowo-rdzeniowego, i tem przewyższa próbę Rivalty; próba Rivalty natomiast jest wyraźniejsza i wypada ostrzej. Dr M Godlewski.

Kottmann i Lidsky. **W sprawie krwawiączki ze szczególnem uwzględnieniem stosunków krzepliwości krwi z przedstawieniem na krzywych.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 1). Zapomocą przyrządu, podanego przez autorów, można graficznie oznaczyć, prócz lepkości, także krzepliwość krwi. Zmniejszenie tej krzepliwości u krwawców zależy od niedostatecznej ilości trombokinazy, wytwarzanej przez śródbłonek naczyń. Krzepliwość tę można przez dodanie tego fermentu zwiększyć. Ma to także znaczenie praktyczne, gdyż surowica zwierząt prawidłowych lub ich krew, zastosowana na miejsce krwawiące na tamponie, może wstrzymać — dzięki zawartej w niej trombokinazie — krwotok u krwawca. Rozczyn trombokinazy łatwo też otrzymać, przesączając wyciąg wodny roztartej wątroby króliczej przez płótno. Dr M. Godlewski.

Blauel. **W sprawie przyczyn wola.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 1). Nie ulega dzisiaj żadnej wątpliwości, że pewne okolice są w tym względzie uprzywilejowane, że zatem gleba ma wpływ rozstrzygający i że przenośnikiem sprawy jest woda do picia. Ujemny wynik rozbiorów chemicznych każe w grupie jestestw uorganizowanych, zawartych w wodzie do picia, dopatrywać się przyczyny sprawy. Badania jednak wydzielin, jakoteż i krwi chorych na wole, oraz samej tkanki gruczołowej dały wynik ujemny. Zadziwiającem też jest, że jedna i ta sama przyczyna wywoływać się zdaje różne postacie kliniczne; jedne bowiem przebiegają z objawami potłumienia (hypothyroidismus), drugie z objawami podniecenia (objawy sercowe) — (hyperthyroidismus). Kto wie tedy, czy przyczyny obu odrębnych postaci nie są różne; w każdym razie sprawa jest dotąd zupełnie ciemna, mimo, że teorya obu Birscherów, zwracająca uwagę na geologiczny rodzaj formacyi dotkniętych wolem okolic (morskie osady epoki paleozoicznej) ma wiele za sobą. Dr M. Godlewski.

Vogt. **O autolizynach we krwi w przebiegu ciężkiej gruźlicy.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 1). Substancye te zdają się być, jeśli nie jedyną przyczyną, to przynajmniej jedną z przyczyn niedokrwistości, którą w przebiegu gruźlicy spostrzegamy. Ponieważ bakterye gruźlicze zdają się substancyi hemolitycznych nie wytwarzać, przeto powstawanie tych substancyi odnieść należy do zakażenia mieszanego. Autor badał ogółem 61 przypadków różnych chorób, w żadnej z nich nawet w lekkich postaciach gruźlicy nie spostrzegł tej właściwości, występującej tylko w ciężkich postaciach gruźlicy (24%), zwłaszcza przy przebiegu gwałtownym i szybkim. Dr M. Godlewski.

Hess. **Zachowanie się wątroby w przebiegu przewlekłego zapalenia osierdzia.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 2). W przebiegu przewlekłego zapalenia osierdzia u dzieci stwierdza się często, mimo braku obrzęków ogólnych, zastoinową powiększoną, często nawet marską następczo wątrobę, oraz puchlinę brzuszną. Z klinicznych i doświadczalnych swych spostrzeżeń wysnuwa autor wniosek, że objaw ten — trudny do wytłómaczenia — uważać należy za sprawę samoregulacyjną wątroby, która, napełniając się w tych razach obficie krwią drogą wsteczną, t. j. przez żyły wątrobowe, zapobiega tworzeniu się obrzęków ogólnych. Dr M. Godlewski.

Moder. **Higiena ust, a gruźlica płuc.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 2). Autor, stwierdziwszy prątki gruźlicze w osadzie zębów u dzieci, jakoteż w zębach spróchniałych, przestrzega, aby zwłaszcza u dzieci zwracać uwagę na higienę ust i zębów. Dr M. Godlewski.

Prof. M. Sternberg. **Zapalenie osierdzia w przebiegu dusznicy bolesnej.** (Wiener med. Wochenschr. 1910, Nr 1). Autor opisuje dwa przypadki, w których po napadzie dusznicy bolesnej wystąpiło ostre zapalenie osierdzia z podniesieniem ciepłoty. Kliniczny przebieg tej postaci zapalenia osierdzia, którą autor pragnie wyodrębnić pod nazwą »pericarditis stenocardiaca«, przedstawia się w sposób następujący: Po napadzie dusznicy utrzymuje się w klatce piersiowej uczucie ucisku i bolesności, a w kilkanaście godzin pojawia się gorączka, zazwyczaj niezbyt wysoka, która trwa kilka dni. Tarcie, — i to dla tej postaci jest charakterystyczne, — występuje tylko na ograniczonej przestrzeni i nierzadko znika już po kilku godzinach. Zejście sprawy bywa najczęściej pomyślne, a co ciekawsze, po przebytem zapaleniu na dłuższy czas ustępują napady

dusznicy bolesnej, lub przynajmniej zjawiają się w rzadszych odstępach czasu.

Zastanawiając się, jakie zmiany anatomiczne są przyczyną powyższego obrazu chorobowego, powołuje się autor na zdanie Kerniga, który twierdził, że napady dusznicy bolesnej są następstwem zatorów lub zakrzepów w tętnicach wieńcowych. Sprawom tym często towarzyszą ogniska rozmięknienia, sięgające aż do osierdzia, i te właśnie ogniska są ostatecznym powodem zapalenia osierdzia po napadzie dusznicy bolesnej. H. K.

M. Engländer. **W sprawie leczenia otyłości.** (Wiener med. Wochenschr. 1910, Nr 2). Autor podziela zdanie Noordena, że nie trzymając się ślepo żadnej metody, należy w każdym przypadku postępować indywidualnie i przez ograniczenie dyety (nie głodzenie!) i pracę fizyczną dążyć do stopniowego odtłuszczenia ustroju. Zwłaszcza wielkie znaczenie ma mieć systematyczna, intensywna praca fizyczna. Doświadczenie uczy, że nawet głodzenie przy metodach szybkiego odtłuszczania lepiej znoszą chorzy, o ile jest zastosowane w połączeniu z pracą fizyczną. H. K.

Caro. **Wzajemne działanie narządów o wydzielaniu wewnętrznem.** (Med. Klinik 1910, Nr 4). Pewne substancye mają własność niejako swoistego podrażniania, ewentualnie porażania systemu nerwowego. Tak n. p. adrenalina drażni układ współczulny, a pilokarpina i fizostygmina układ nerwu błędnego; cholina poraża układ współczulny, a atropina błędny. Niektórzy z ludzi są odporni na pewne z tych środków, a na inne oddziaływają znów silnie. Są n. p. ludzie, odporni na działanie pilokarpiny, i u tych zwykle adrenalina działa silnie, i odwrotnie.

Dane te rozświetlają pewne strony działania wzajemnego na siebie narządów o wydzielaniu wewnętrznem. N. p. w chorobie Basedowa spotykamy podrażnienie obydwu wyżej wspomnianych układów nerwowych i to przez substancyę gruczołu tarczowego (n. błędny) i nadnercza (n. współczulny). Potwierdzają to doświadczenia nad źrenicą żaby w wyciętem oku. Krew żylna królików i psów, którym wstrzyknięto sok gruczołu tarczowego, wywołuje rozszerzenie źrenicy i daje odczyn na adrenalinę. Dowodzi to, że między gruczołem tarczowym, a nadnerczami istnieje związek, i to w tem znaczeniu, że pierwszy posiada w sobie bodziec (hormon) dla układu chromochłonnego. Po usunięciu trzustki występuje, jak wiadomo, cukromocz. Otóż objaw ten nie jest niczem innem, jak cukromoczem adrenalinowym wskutek braku hamującego działania trzustki. Wycięcie nadnerczy wywołuje znów brak wystąpienia cukromoczu po typowem nakłuciu Kl. Bernarda i t p. Ścisły związek istnieje pomiędzy nadnerczami, a gruczołami płciowymi. Po wycięciu jajników spostrzegano u psów powiększanie się nadnerczy, a u ludzi przy zanikłych jajnikach (obojnactwo i t. p.) spostrzegano przerost nadnerczy. Przy guzach nadnercza (Grawitz) nieraz spostrzega się zmiany drugorzędnych cech płciowych. Jajnik stoi również w ścisłym związku z przysadką mózgową (powiększenie przysadki w ciąży, u wytrzebionych skopców i t. p.). Guzy przysadki wywołują zatratę drugorzędnych cech płciowych. Przy akromegalii stale spotyka się zmiany w sferze płciowej (brak miesiączki, niezdolność płciowa i t. p.). Przerost przysadki wywołuje zanik lub wstrzymanie rozwoju płciowego, a guzy, niszczące miąższ przysadki, wywołują naodwrót nieraz przedwczesny rozwój płciowy. Związku gruczołu tarczowego z narządami płciowymi dowodzą: powiększanie się gruczołu tarczowego w ciąży, występowanie choroby Basedowa po wycięciu jajników i t. p.

Pobudzająco na układ nerwu współczulnego działają zatem: gruczoł tarczowy, nadnercza i lejek (infundibulum) przysadki, wstrzymująco zaś: trzustka, ciałka przytarczyczne i gruczoły płciowe. Wydzieliny gruczołów z wydzielaniem wewnętrznem utrzymują więc równowagę w ustroju, działając wzajemnie na siebie przez wzajemne hamowanie czynności lub pobudzanie innych. Utrata lub wzmożenie czynności jednego z nich odbija się zaraz u drugich i wywołuje znamienne objawy. K.

Zapiski lecznicze, nowe leki i przetwory.

Nowe środki:

1) Abanon, sól magnezyowa fosforanu winowego.
2) Afermol, włóknik do opatrywania ran, uzyskany z krwi końskiej.
3) Albulactin, rozpuszczalna laktoalbumina.
4) Arsan, połączenie arsenu z białkiem.
5) Astralin, przetwór antypiryny.
6) Antomors, środek odkażający, mieszanina krezolów z kwasem siarkowym.
7) Bakelit, syntetyczna żywica, produkt kondensacyjny fenolu i formaldehydu (w rodzaju laki lapońskiej).
8) Bromovose, połączenie bromu z białkiem.
9) Chinothein, antypiryna, chinina i koffeina.
10) Cocainocreame, anestezyna, octan cynku, tymol i połączenia glinowe.
11) Dealin, kwas borowy, magnezya, tlenek cynku talk i t. p.
12) Diaphanit (do prześwietlań rentgenowskich żołądka), kleik salepowy z żelazem magnesowem i kakao.
13) Ferralbol, żelazo w połączeniu z białkiem jaja i lecytyną.
14) Gallisol (środek na kamicę żółciową), olejek rącznikowy, wątroba siarczana, spirytus, eter, mięta i t. p.
15) Galmanin (zasypka), cynk, skrobia, łojek, magnezya (!).
16) Gurgulin, borogliceryna z mentolem.
17) Gynoval, izoborneolester kwasu izokozłkowego.
18) Lactojod, jod w 5% z białkiem mleka.
19) Leurose, sok mięsny Leube-Rosenthala.
20) Linoval, 93% waseliny, 1% amoniaku, kwasy tłuszczowe i olejek lawandowy.
21) Neurosedat, extract. cannab. ind., extr. hyoscyam., kal. i natr. bromatum.
22) Phosorin, żelazo i fosfor.
23) Pneumacol = sirupus sulphoguajacolo-kreosoti aromaticus.
24) Purjodal, syrup sarsaparyllowy z jodkiem sodu.
25) Robylan, lecytyna i żelazo.
26) Tanargentan, tannina, srebro, białko.
27) Tubertoxyl-durodenal, stara tuberkulina Kocha, atoksyl i kreozot w kapsułkach.
28) Zincochinol, kwas oksychinolino-siarkowy, z 20% tlenku cynku. A.

Tak zwane dawki maksymalne zmuszony jest lekarz praktyczny nieraz przekraczać. Pisząc o tem, zwraca Liebl uwagę na typowe przykłady. Tak np. skład naparstnicy jest tak różny, że czasem zapisywać trzeba olbrzymie dawki naparu, aby uzyskać skutek. W gośćcu uzyskuje się zwykle dobry skutek dopiero ogromnemi dawkami salicylu lub jego przetworów. Podobnie przy zapaleniu płuc działa kreozotal dopiero w olbrzymich dawkach. Widać z tego, że jedynie dostosowywanie leku rozstrzyga o dawce, a szablonowe dawki mogą być tylko drogowskazem dla lekarza początkującego. (Oest. Arzt. Ztg. 1910. Nr 2). A.

Fetyszyzm farmakologiczny. Pod takim tytułem ogłosił Wilfred M. Barton artykuł w »Journ. of the Amer. med. Assoc.« (T. 52. Nr 20), zwracający się przeciwko ślepemu stosowaniu pewnych środków podług utartego zwyczaju, jako środków swoistych w pewnych cierpieniach. Należy tutaj podawanie oliwy przy kamicy żółciowej, kozłka przy histeryi, kwasu garbnikowego przy krwotokach, podskórne stosowanie eteru przy zapadzie, podawanie zimowitu

(colchicum) przy skazie moczanowej, jodku potasu przy miażdżycy, podfosforanów przy neurastenii, soli litowych przy skazie moczanowej, soli potasowych przy krwotokach wewnętrznych i t. p. B. stara się wykazać, że wiara w skuteczność tych środków polega na złudzeniu, a raczej nieuzasadnionem przenoszeniu działania *in vitro* na działanie w ustroju. A.

Przy gruźlicy płuc osiąga podobno Stepp bardzo korzystne wyniki przez stosowanie mentolu w postaci wcierań. Używa on 30—40% maści mentolowej na eukarynie, którą poleca wcierać co dzień przez 10 minut, po kolei w plecy po obu stronach, piersi, uda i t. d. Zwykle po 4—5 miesiącach następuje wybitna poprawa. S. przedstawia chorych w ten sposób leczonych. (Tow. lek. Norymberga 21. X. 1909). A.

Jad grzechotnika wysuszony parą, t. zw. krotalinę, poleca Mays w dawce 0,0006 (w wodzie lub glicerynie), w postaci wstrzykiwań przy gruźlicy płuc, dychawicy, przewlekłem zapaleniu oskrzeli i ostrem zapaleniu płuc, oraz przy nerwobolach. (Bost. med. a. sur. journ. 1909. Nr 15). A.

Przeciwko zakażeniu dwoinkami zapalenia płuc podano 2 surowice: 1) »Antipneumokokkenserum« Prof. Römera i Ruppela. 2) »Pneumokokkenserum Merck«. Surowice te otrzymuje się przez uodpornianie koni. Surowicę pierwszą wstrzykuje się podskórnie lub śródżylnie, ewentualnie przy zapaleniu opon śródoponowo, zapobiegawczo 10 cm³, leczniczo 20 cm³ i to co dzień aż do przesilenia choroby. Surowica Mercka zawiera w 1 cm³ 20—40 jednostek uodporniających. Przy zapaleniu płuc wstrzykuje się podskórnie 200—400 jednostek, powtarzając te wstrzykiwania 3—4 dni z rzędu. Zapobiegawczo wystarcza wstrzyknąć 200—400 jednostek, np. u ludzi starszych tam, gdzie obawiamy się wystąpienia opadowego zapalenia płuc. Tę surowicę także stosuje się przy cierpieniach ocznych (ulcus serpens), wstrzykując surowicę podskórnie, a nadto zakraplając co 2 godziny kilka kropli surowicy do worka spojówkowego. Przy zranieniach spojówki wstrzykuje się zapobiegawczo 100 jednostek. (Med. Klin. 1909. Nr 40). A.

Wodę utlenioną przeciw wzmożonej kwaśności żołądka poleca E. A. Goodman, lekarz »Presbyterian Hospital« w Filadelfii i to w ten sposób. Chory pije po jedzeniu szklankę zwykłej wody, do której dodaje się jedną do dwóch łyżeczek kawowych 3% rozczynu wody utlenionej. Przy tem leczeniu ustępuje zgaga, bole i odbijania i zmniejsza się ilość wolnego kw. solnego w soku żołądkowym. Lek ten pomaga nawet tam, gdzie zawodzą wszystkie dotąd używane środki kwasogubne. E. S.

Nowy a pewny środek przeciwko tasiemcowi podaje Goim w postaci ziaren »Laboe Merrah«, rośliny indyjskiej. (Tijdschr. v. Gen. II. 1909). A.

Eston (preparat octanu glinowego), jako znakomity środek przeczyszczający, a zarazem i odkażający przewód pokarmowy, poleca Dreuws. Przypadkowo odkrył to działanie D., podając eston wewnętrznie chorym na uporczywy wyprysk. Eston podaje się w tabletkach, dorosłym dziennie 3—5 cm, dzieciom 0,25—0,5 grm. (Med. Klin. 1910. Nr 3). A.

Kwasy żółciowe w czopkach jako wybitnie działający środek przeczyszczający polecają Glaessner i Singer. (W. kl. W. 1910. Nr 1). A.

Przy przewlekłych zaparciach stolca poleca Lipowski zamiast lewatyw z oliwy takież z parafiny o topliwości 38°, w ilości 200 cm³. Lewatywę daje się wieczorem i pozostaje ona do rana dnia drugiego. Skutek podobno bardzo dobry. (Berl. kl. Woch. 1909. Nr 29). A.

Seroterapię ostrego zapalenia otrzewnej poleca D. Wilke, asystent kliniki chirurg. z Edynburga. Chorym na to cierpienie radzi wstrzykiwać śródżylnie surowicę krwi ozdrowieńców, którzy przebyli ostre zapalenie otrzewnej tego samego typu. Wyniki mają być zachęcające. Na 6 chorych w rozpaczliwym stanie, u których dotąd znane i stosowane zabiegi zawiodły, uratował W. w ten sposób troje. Jeden chory dostał raz 21 cm³ surowicy, drugi dwa razy 11 i 10 cm³, a trzeci trzy razy 4, 12 i 9 cm³. E. S.

Celem zapobiegania wysypkom przy podskórnem stosowaniu leczniczych surowic poleca Nelter podawanie przez usta, ew. w lewatywie chlorku wapna. Podaje się przez 3 dni 0,75—1,0 pr. die. (Soc. d. biol. 1909, 17. VII.).

Przy zimnicy poleca Mühlens podane przez Nochta i Ufera leczenie małemi, a częstemi dawkami chininy, n. p. 5 razy dnia po 0,2 lub 10 razy po 0,1. (Berl. klin. Wochs. 1909. Nr 29). A.

Wodnik chloralu poleca Prof. Heller z Kiel w 5% rozczynie jako znakomity środek odwaniający preparaty anatomiczne i zarazem dogodny do przechowywania wyjętych narządów (przez owinięcie w ścierkach). Rozczyn ten odwania również bardzo dobrze ręce po sekcyi i t. p. Klinicznie rozczyn ten znalazł zastosowanie ($2^1/_2$%) do płukań gardła i jako rozpylanie przy błonicy (Quincke). (Münch. m. W. 1909. Nr 47). A.

Zapalenie gruczołu przyusznego powstaje podług Rollestona i Fenwicka często, gdy chorzy nie odżywiają się przez usta, n. p. przy odżywianiu przez kiszkę stolcową. Zapobiegawczo poleca Fenwick ruchy ssące, n. p. ssanie gumowego smoczka. (Brit. med. Jour. 29. V. 1909).

Przy padaczce podaje Littlejohn z dobrym skutkiem mleczan wapnia (calcium lacticum) 3 razy dnia po 1,0. (Lancet, 15. V. 1909). A.

Odzwyczajenie od morfiny osiąga Schlesinger w ten sposób, że najpierw wstrzykuje pierwszego dnia 2—4 strzykawek Pravatza z rozczynu: »Morphin. 0,2, Skopolamin. 0,00025, Dionin 0,3«. W następnych 2 dniach schodzi się do niższych dawek, tak że trzeciego dnia dostaje morfinista tylko 0,02—0,03 morfiny. 8—12. dnia wreszcie usuwa się zupełnie morfinę, potem powoli dioninę, a w końcu skopolaminę. Odzwyczajanie to nie jest dla leczonych wcale uciążliwem. (Tow. med. wewnętrz. i pedyatr. Wiedeń, 17. VI. 1909). A.

Szybko oznaczyć można ilość białka, nietylko w moczu, ale i we krwi, wysiękach i t. p. sposobem Aufrechta, który polega na strąceniu białka zapomocą kwasu pikrynowego (1·5%) i cytrynowego, a następnie odwirowaniu osadu w odpowiedniej probówce z podziałką. (Deut. med. Wochs. 1909, Nr 46). A.

Wywoływanie kontrastu tuszem przy badaniu preparatów drobnowidowych, które znalazło zastosowanie w bakteryologii, poleca do w y k a z a n i a w a ł e c z k ó w m o c z o w y c h Stoevesandt. Rozczyn tuszu sporządza się w następujący sposób: 1 cm tuszu Grüblera + 9 cm wody przekroplonej wyjaławia się zwolna przez kilka dni i dodaje kilka kropli chloroformu lub 0·5% kwasu karbolowego. Do osadu moczu dodaje się na szkiełko kroplę tego rozczynu. Wszystkie składniki morfologiczne wychodzą przytem jasno na czarnem tle. (Deutsche m. W. 1909. Nr 52). A.

Zamiast wirownicy można podług Ostena użyć roweru. Umieszcza się rower stojący na siodle, do tylnego koła do jednej sprychy przymocowuje się probówkę n. p. z moczem, i obracając za pedał, znakomicie się centryfuguje. (Münch. m. W. 1909. Nr 47).

Ślady cukru w moczu prawidłowym są podług Schöndorffa bardzo częste, dają się jednak wykazać tylko bardzo czułemi próbami, n. p. Worm-Müllera. Ten »fizyologiczny« cukromocz występuje jeszcze częściej po spożyciu obfitem węglowodanów. (Pflüg. Arch. T. 121). A.

W cukrzycy poleca Rudisch atropinę, która w tej chorobie zwiększa tolerancyę dla węglowodanów. Zaczyna się od dawki 3 razy dnia po 0,008 atropiny Mercka bezpośrednio przed jedzeniem, i dochodzi się do dawki 3 razy

dnia po 0,032. Siarkan atropiny podaje się w dawce mniejszej, 0,0005—0,0003. A.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dn. 19. stycznia 1910.

Przewodniczący R. dw. Prof. Wicherkiewicz. — Obecnych członków 40.

1. Przewodniczący poświęca wspomnienie pośmiertne ś. p. Dr Henrykowi Sokołowskiemu, zawiadamiając, że imieniem Towarzystwa złożył wieniec na trumnę zmarłego i wyraził wdowie kondolencyę. Pamięć zmarłego kolegi uczczono przez powstanie.

2. Przewodniczący wita jako gości radcę sanitarnego kol. Sopińskiego z Sarajewa i kol. Kozłowskiego z Ojcowa.

3. Prezes odczytuje telegram przysłany w języku polskim przez przewodniczącego III Zjazdu rosyjskich psychiatrów Bechterewa z podziękowaniem za życzenia przesłane Zjazdowi.

4. Prof Kader przedstawia *a*) chłopca 9-letniego ze zniszczoną przez **raka wodnego** (noma) wargą górną, częścią wyrostka zębodołowego i przegrody nosowej, któremu przeszczepił piąty palec stopy lewej w lewą dłoń, w ten sposób, że usunąwszy skórę i paznokieć z tego palca umieścił jego obnażony koniec w nacięciu na dłoni. Chory przez 4 tygodnie musiał być unieruchomiony w położeniu uniemożliwiającem oddalenie dłoni od stopy (patrz rycina Nr 1). Po zrośnięciu się palca z dłonią został on u podstawy wyłuszczony ze stopy i pozostał w związku z dłonią, jak widać na rycinie drugiej. Teraz palec ten zużyty zostanie do zapełnienia ubytku w przegrodzie nosowej i wyrostku zębodołowym, poczem nastąpi wytworzenie wargi górnej.



Ryc. 1.



Ryc. 2.

b) Osiem **nerek wyciętych z powodu gruźlicy** w ciągu ostatnich 3 miesięcy przez Prof. Kadera, względnie Dr Radlińskiego. K. omawia rozstrzygające znaczenie cystoskopii w rozpoznawaniu gruźlicy nerek, cechy obrazów cystoskopowych, pozwalające ustalić rozpoznanie. Tam gdzie z powodu zbyt małej pojemności pęcherza nawet w znieczuleniu (lędźwiowem tropakokainą) lub uśpieniu ogólnem cystoskopia jest niemożliwą, trzeba niekiedy przystąpić do odsłonięcia nerek. O ile na ich powierzchni nie widać zmian, przemawiających za istnieniem ognisk gruźliczych, (np. w razie gruźliczego schorzenia miedniczki), cechą rozpoznawczą bardzo ważną jest stan moczowodu: w nerce chorej jest on przeważnie zgrubiały. Brak zgrubienia, zdarzający się zresztą bardzo rzadko, nie wyłącza schorzenia gruźliczego nerki i w takich razach należy nerkę podejrzaną naciąć. Z dziedziny objawów przy tak zwanem badaniu czynnościowem (dyagnostyka funkcyonalna), podnosi K. dogodność próby z indygokarminem. Późne lub słabe zjawienie się zabarwienia moczu po wstrzyknięciu tego barwika pod skórę jest ważnym czynnikiem pomocniczym przy rozpoznawaniu. Próba ta jest dogodniejsza od próby z wywoływaniem cukromoczu zapomocą florydzyny, ponieważ pozwala jednocześnie łatwiej odszukać ujścia moczowodów w pęcherzu, zmienionym sprawą gruźliczą; ujście moczowodu wyraźnie zaznacza się wypływaniem co kilka — kilkanaście sekund niebiesko zabarwionego moczu. Wreszcie podnosi K. fakt samoistnego wyleczenia się zmian w pęcherzu po usunięciu chorej nerki, a więc źródła zakażenia. Wyraża przypuszczenie, czy nie odgrywają tu pewnej roli prawidłowe składniki moczu — mocznik, kwas moczowy lub który inny Badanie w tym względzie zamierza K. przeprowadzić w swej klinice.

Za ciekawsze ze wspomnianych ośmiu uważa K. następujące przypadki.

α) Chora l. 42 (obecnie uleczona już opuściła klinikę) Badanie cystoskopowe: ujście lewego moczowodu bliznowato-lejkowato wciągnięte, lekko rozszerzone, półokrągłe, a nie szczelinowate. Świeższe owrzodzenia z nalotami serowatymi i obrzękiem śluzówki w najbliższem sąsiedztwie ujścia moczowodu prawego, wpuklającego się do pęcherza. Po cewnikowaniu moczowodów (przez Dra Radlińskiego), przyczem przy wejściu do lewego cienkim cewnikiem Nr 5 — grubszy nie wchodził — doznawano wrażenia, jakby pokonywano pewien opór — (powyżej ujścia bliznowate zarośnięcie?) i po wstrzyknięciu indygokarminu otrzymano z nerki lewej mocz mętny w małej ilości, zaledwie dostrzegalnie zabarwiony na niebiesko, z prawej mocz czysty w ilości prawidłowej, wybitnie zabarwiony. Na podstawie tego obrazu rozpoznał K. starą gruźlicę nerki lewej w przeddzień niemal jej przejścia w t. zw. gruźlicę zamkniętą, z zarośnięciem moczowodu. Nefrektomia potwierdziła to rozpoznanie. (Okazanie wyciętej nerki, zamienionej w stek jam gruźliczych).

β) Chory l. 33. Wybitne objawy schorzenia pęcherza, częste parcie na mocz, bóle przy moczeniu, cystoskopia z po-

wodu małej pojemności pęcherza bardzo utrudniona, tak iż K. zdołał dojrzeć tylko prawy wylot moczowodu, który okazał się niezmienionym. K. rozpoznał gruźlicę nerki lewej i nefrektomia w zupełności to rozpoznanie potwierdziła. (Okazanie nerki wyciętej). Prawej nerki K. nie obnażał,

γ) Dziewczynka l. 5. Cystoskopia nie dała pewnych wyników z powodu zbyt małej pojemności pęcherza. Odsłonięcie obu nerek; moczowód lewej nerki widocznie zgrubiały, prawej prawidłowy. Same nerki na powierzchni zmian nie okazują. Wycięcie lewej nerki. (Okazanie zmienionej nerki i przedstawienie operowanego).

δ) Chory l. 31. Objawy pęcherzowe tak silne, że cystoskopia zupełnie niemożliwa, a klinicznie nasuwało się przypuszczenie nowotworu pęcherza. Wobec tego cięcie nadłonowe (sectio alta). Śluzówka pęcherza aksamitna, ciemno-wiśniowa z owrzodzeniami o cechach gruźliczych. Przez pęcherz wyczuwa się moczowód prawy wybitnie zgrubiały, lewy mniej zmieniony. W wycinku ściany pęcherza przy badaniu drobnowidowem stwierdzono gruźlicę. W dwa tygodnie potem odsłonięcie obu nerek, stwierdzenie, że chorą jest prawa, usunięcie chorej nerki. Chory zmarł w parę dni po operacyi, z powodu przypadkowego zakażenia rany. (Okazanie zmienionej nerki). Sekcya wykazała, że nerka lewa rzeczywiście nie była zmieniona.

5. Dr Radliński przedstawia chorą l. 46, która przed 6 miesiącami zgłosiła się do kliniki z guzem w podżebrzu lewem. Cystoskopia nie dała pewnych wyników. Prof. Kader, po przekonaniu się z cięcia brzusznego, że guz wychodzi z nerki i że jest z otoczeniem zrośnięty (ropień?), z cięcia lędźwiowego dokonał nacięcia tej nerki, przyczem wylała się znaczna ilość gęstej ropy. W uzyskanym przy tej operacyi skrawku miąższu **nerki** stwierdzono **utkanie gruźlicze.** Tamponada rany. Chora ponownie zgłosiła się do kliniki przed kilku tygodniami. Stwierdzono w ranie lędźwiowej głęboki lejek, prowadzący przypuszczalnie do nerki i wysłany szarą ziarniną gruźliczą. Badanie cystoskopowe wykazało prawidłowość nerki drugiej i zupełną nieczynność chorej, w pęcherzu żadnych zmian. R. dokonał usunięcia chorej nerki po rozcięciu dawnej blizny. Usunięcie mogło być dokonane tylko zapomocą rozkawałkowania (morcellement Tuffier). Miąższ stosunkowo łatwo oddzielał się od zmienionej w zbitą tkankę torebki włóknisto-tłuszczowej, silnie pozrastanej z otoczeniem. Niemożliwem było utworzenie szypuły z naczyń wnęki, wobec czego podwiązano je »en masse« tuż pod ostatniemi resztkami miąższu i miąższ ten przypalono żegadłem Pacquelina. Niemożliwem było również wyosobnienie moczowodu, nacięto go więc »in situ« najdalej w dół i wyłyżeczkowano. Ranę tamponowano. Gojenie postępuje prawidłowo. Co pewien czas przypala się żegadłem lub $AgNO_3$ szarą ziarninę, narastającą na miejscu pozostawionych przy wnęce resztek miąższu. Jest to drugi przypadek rozkawałkowania nerki przy gruźlicy w klin. Prof. Kadera. (Streszczenie własne).

6. Kol. Hładij przedstawia **dwa rentgenogramy z przypadku zapalenia szpiku kości udowej,** gdzie Prof. K. usunął od strony przegubu kolanowego większą część tylnej powierzchni kości, pozostawiając tylko cienką blaszkę przednią wraz z okostną. Rentgenogramy okazują odradzanie się kości od okostnej. H. podnosi konieczność rozległego usuwania trumienki, gdyż tylko takie postępowanie zapewnia trwały wynik.

7. Radca dworu Prof. Wicherkiewicz przedstawia chorą, u której wykonał **operacyę opadniętej powieki** sposobem Weckera, a zmarszczki nakątnej swoją metodą.

8. Sprawozdanie z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

9. Kol. Blassberg wygłasza wykład: **O tak zwanym artrytyzmie** (Rzecz przeznaczona do druku).

Dyskusyę odłożono do następnego posiedzenia.

Sekretarz: Dr Bujak.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne d. 19. października 1909.

1. Marta Ehrlichówna wygłosiła rzecz: **O wartości metody barwików Gasisa.**

2. Teodor Heiman wypowiedział rzecz p. t. **Otoskleroza.** Opierając się na zebranym przez siebie materyale anatomo-patologicznym i drobnowidowym, dotąd istniejącym, skłania się prelegent do poglądu tych badaczy, którzy otosklerozę uważają za zapalenie, biorące początek z jamy bębenkowej. Bez względu na patogenezę choroby, główną i jedyną jej podstawę anatomiczną stanowi zrost kostny strzemienia z okienkiem owalnem, oraz zarośnięcie okienka okrągłego. Heiman zbija pogląd Habermana, który uważa kiłę za najczęstszą przyczynę otosklerozy. W swojej statystyce, która obejmuje 223 przypadki otosklerozy, Heiman stwierdził, że najczęstszą jej przyczyną jest niedokrwistość, drugie miejsce zajmuje dziedziczność, następnie kiła, dalej idzie ciąża i poród.

W dyskusyi zaznacza Hewelke, iż przy wywiadach co do dziedziczności należałoby trzymać się metody według tablic genealogicznych Lorenza. — Guranowski zaznacza, że dziedziczność w otosklerozie jest niewątpliwą. Stwierdził ją w 33% swoich przypadków, dziedziczy się jednak nie choroba, lecz usposobienie do choroby. Zwraca uwagę na pogląd Malherbea, który objawy otosklerozy tłómaczy stwardnieniem tętnic i wzmożonem ciśnieniem krwi.

Towarzystwo lekarzy polskich w Kijowie.

Posiedzenie d. 4. listopada 1909.

Przewodniczy St. Trzebiński. Obecnych członków 26.

1) R. Weller: **O porażeniu przestankowem kończyn górnych.**

W dyskusyi zapytuje Łążyński, jakie jest wogóle rokowanie w chromaniu przestankowem i jak często występuje tu zgorzel kończyn; czy zawsze przy tej chorobie istnieją zmiany tętnic (endarteriitis obliterans) i czy histerya może doprowadzić do zgorzeli kończyn, wywołując objawy kliniczne, podobne do objawów przy chromaniu przestankowem; przytem przytacza przypadek, opisany przez Prof. Tichowa i inny, spostrzegany we własnej praktyce, a dotyczący młodej kobiety, u której stwierdzono histeryę i która wkrótce po opuszczeniu lecznicy umarła z powodu zgorzeli kończyny dolnej. — Weller odpowiada, że w postaci angiospastycznej Oppenheima o przebiegu łagodnym zgorzel nie występuje wcale lub po upływie wielu lat. Higier wskazuje, że w połowie jego przypadków zgorzel występowała dopiero po 50. roku życia, t. j. w okresie, w którym wogóle układ naczyniowy już ulega zmianom. W innym szeregu przypadków, które pozostawały pod obserwacyą Higiera w ciągu 8—9 lat, nie spostrzegał on żadnych zatrważających pod tym względem objawów. Ostatecznie wszystko zależy od podstawowej sprawy naczyniowej, sprawności układu nerwowego, ogólnego stanu zdrowia i odpowiedniego leczenia. Zmiany tętnic są sprawą nieodłączną od tej choroby; histerya sama przez się nie może doprowadzić do zgorzeli; w przypadkach przytoczonych przez Łążyńskiego była to najpewniej inna sprawa, być może choroba Raynauda, która czasami występuje na tle nerwic czynnościowych. — Cichocki zapytuje, czy w spostrzeganym przez prelegenta przypadku skurczu naczyń robiono pomiary ciśnienia krwi. Badania, prowadzone w tym kierunku, mogłyby się przyczynić do wyjaśnienia istoty omawianego cierpienia. — Trzebiński zwraca uwagę prelegenta na to, że mówiąc o chromaniu przestankowem, nie wspomniał o znaczeniu rasy i zaznacza, że przypuszczenie, jakoby rasa miała wpływ na częstość występowania tej sprawy, nie zostało stwierdzone, jak również, według zdania wielu, niema tu znaczenia także i palenie tytoniu. — Weller potwierdza, że gdy poprzednio Idelson, Higier i inni podnosili znaczenie rasy, w ostatnich czasach Wandel i inni sądzą, że rasa niema żadnego wpływu.

2) A. Januszkiewicz: **Wpływ alkoholu na serce i naczynia krwionośne.**

W dyskusyi zapytuje Łążyński, jakim przemianom chemicznym podlega alkohol etylowy po wessaniu do krwi i czy prelegent nie zajmował się jednocześnie wyjaśnieniem wpływu

na układ krwionośny alkoholów wieloatomowych. — Nowiński podnosi, że wywoływany przez alkohol skurcz naczyń krwionośnych jamy brzusznej, jak to wykazał prelegent, mógłby przeszkadzać w gojeniu się np. owrzodzeń durowych, wywołując niedokrwienie schorzałej okolicy. — Sągajło zapytuje, jakiego jest zdania prelegent o stałem używaniu alkoholu przy posiłkach w ilościach umiarkowanych przez ludzi zdrowych a także zapytuje, jakie poglądy panują obecnie na sprawę szkodliwości alkoholu w chorobach nerkowych. — Nowaczek podnosi korzyści, jakie możemy otrzymać przez stosowanie alkoholu w chorobach zakaźnych i przypomina, że sprawą wartości leczniczej alkoholu zajmował się ś. p. Dunin i że uważał go za dzielny środek leczniczy. — Waryński zaznacza dodatni wpływ alkoholu przy leczeniu róży, zwłaszcza u ludzi, przyzwyczajonych do napojów wyskokowych. Co do szkodliwego działania alkoholu przy wiewiórze, to najszkodliwsze są wino i piwo, zaś najmniej szkodzi czysta wódka. — Trzebiński przytacza przypadek, w którym u kilkumiesięcznego dziecka po oparzeniu zastosowano na większej przestrzeni okłady z alkoholu. Ponieważ dziecko po paru godzinach umarło, nasuwa się pytanie, czy nie nastąpiło tu zatrucie alkoholem, tembardziej, że wkrótce po zastosowaniu alkoholu dziecko straciło przytomność. — Januszkiewicz odpowiada, że alkohol etylowy wsysa się do krwi jako taki i niezmieniony przechodzi do narządów, a chociaż spala się powoli i pozostaje przez czas dłuższy w ustroju, nie zdołano dotychczas wykryć produktów przejściowych. Co do sprawy, podniesionej przez Nowińskiego, to przy stosowaniu leczniczych dawek wyskoku nie może być mowy o znaczniejszem i dłużej trwającem niedokrwieniu narządów wewnętrznych, a tem samem i o ujemnym wpływie wyskoku na gojenie się np. owrzodzeń durowych. W żywotnej sprawie, poruszonej przez Sągajłę, sądzi, że codzienne używanie wyskoku przez ludzi zdrowych może być tylko szkodliwe, o ile trwa dłuższy przeciąg czasu. Co innego, jeżeli chodzi o wzbronienie codziennego używania niewielkich ilości wyskoku człowiekowi, który go oddawna używa, przyzwyczaił się, pobudza w ten sposób apetyt i trawienie i t. p. Co do szkodliwości alkoholu w chorobach nerkowych, to J. przytacza pracę rosyjską Gurwicza, dowodzącą, że nawet w ostrem zapaleniu nerek wyskok, podawany w dość dużych dawkach (90—180 gramów 45° wódki na dobę), nie zwiększał ilości białka, wałeczków i krwi w moczu. Sądząc zresztą o tej sprawie z teoretycznego punktu widzenia, należy również przypuszczać, że wyskok nie wywiera szczególniejszego drażniącego wpływu na nerki wobec tego, że się wydziela przez nie w nieznacznej ilości, mianowicie według Bodländera zaledwie 1·17%, a według Strassera 1·71% zażytego wyskoku opuszcza ustrój przez nerki. Co do śmierci oparzonego dziecka, to czy tu były winne okłady z alkoholu, trudno naturalnie coś stanowczego obecnie orzec.

3) M. Waryński pokazuje **ciało obce wydobyte z pęcherza i cewki moczowej.** (Rzecz ma być ogłoszona drukiem). Dyskusyi nie było. Sekretarz: A. Januszkiewicz.

O wiwisekcyi i ruchu przeciwwiwisekcyjnym.

Napisał

Adam Wrzosek.

(Ciąg dalszy).

§ 2. Rozwój wiwisekcyi. Zarzuty czynione wiwisekcyi.

Dzieje wiwisekcyi sięgają starożytności. Wiadomo, że Galen robił sporo doświadczeń na zwierzętach. Słynny ten świata starożytnego lekarz robił wiwisekcye przeważnie na świniach i małpach. Przecinał on nerwy, niszczył rdzeń kręgowy na rozmaitej wysokości, przedziurawiał klatkę piersiową z jednej lub dwu stron i inne tym podobne doświadczenia wykonywał. Później, w wiekach średnich, metoda wiwisekcyjna była całkiem zaniedbana. I dopiero poczynając od Odrodzenia wiwisekcya z powrotem zyskuje sobie prawo obywatelstwa wśród metod badania naukowego. Pierwszym wiwisektorem w czasach nowożytnych był, zdaniem Bugla[5]), nasz najznakomitszy lekarz Odrodzenia, Józef Struś (1510—1568). W najważniejszem swojem dziele p. t. »Ars sphygmica«, wydanem w Bazylei w r. 1540, które doczekało się trzech wydań w wieku XVI i jednego w XVII, wspomina Struś, że często obserwował rozmaite okresy zatrzymania się serca, mianowicie najpierw zatrzymanie się szczytu serca, potem części środkowej, dalej podstawy i wreszcie uszek serca u zwierząt żyjących, którym odejmował przednią część klatki piersiowej.

Po Strusiu metoda wiwisekcyjna nie była już nigdy z nauki wyrugowana. Stosowali ją: Aselli (1571—1626), Harvey (1578—1657), Pecquet (1622—1674), Graaf (1641—1678), Haller (1708—1777), ks. Spallanzani (1729—1799), wszystko ludzie, którzy wielkie zasługi naukowe położyli. Lecz dopiero Magendie (1783—1855), Klaudyusz Bernard (1813—1878) i K. Ludwig (1816—1895) wprowadzili ją jako główną metodę badania do fizyologii, a do patologii Kl. Bernard i Stricker, który był kierownikiem pierwszego zakładu patologii doświadczalnej w Austryi, założonego w Wiedniu w r. 1868. Od tego czasu wiwisekcya zyskała należne jej stanowisko zarówno w fizyologii, jak i w patologii. Dzięki tej metodzie badania porobiono w fizyologii i patologii doświadczalnej tyle ważnych odkryć, iż bez przesady rzec można, że umiejętności rzeczone postęp swój w bardzo znacznej mierze wiwisekcyi zawdzięczają. A mimo tego niektórzy przeciwnicy wiwisekcyi twierdzą, że nauka wiwisekcyom nie ma nic do zawdzięczenia, że przeto należy zaniechać bezpożytecznego męczenia zwierząt. Inni przeciwnicy wiwisekcyi dowodzą, że doświadczenia, na zwierzętach wykonywane, nie mają wielkiego dla fizyologii i patologii ludzkiej znaczenia, gdyż między czynnościami ustroju ludzkiego, a ustroju zwierząt, na których wykonywa się doświadczenia, zachodzą znaczne różnice. Są wreszcie tacy przeciwnicy wiwisekcyi, którzy występują jedynie w imię pobudek moralnych, utrzymując, że człowiek nie ma prawa poddawać zwierząt takim strasznym torturom, jakiemi według ich zapatrywania są wiwisekcye. Twierdzą oni dalej, że wiwisekcye wpływają ujemnie na charakter eksperymentatorów i widzów, czyniąc jednych i drugich zatwardziałymi na cierpienia.

Te są trzy najważniejsze zarzuty, na podstawie których przeciwnicy wiwisekcyi żądają zakazu wykonywania doświadczeń na zwierzętach.

Rozpatrzmy te zarzuty.

Na pierwszy zarzut można bardzo krótko odpowiedzieć, iż kto ma dobrą wolę po temu, łatwo dowiedzieć się może, co nauka wiwisekcyom zawdzięcza: niech tylko uważnie przeczyta podręczniki fizyologii i patologii doświadczalnej. Wyliczać wszystkie odkrycia, dokonane w fizyologii, patologii, farmakologii i bakteryologii, dzięki doświadczeniom na zwierzętach, nie sposób, gdyż byłoby trzeba wyliczyć olbrzymią liczbę odkryć, w naukach tych dokonanych. Dość wspomnieć, że bez wiwisekcyi nie wiedzielibyśmy nic zgoła o czynnościach wielu narządów takich np., jak tarczyca, nadnercza; nie wiedzielibyśmy lub bardzo mało wiedzielibyśmy o czynnościach kory mózgowej itd. itd. Dość wspomnieć, że bez doświadczeń na zwierzętach, nie byłby możliwy wspaniały rozwój bakteryologii, który datuje się od kilku dziesiątków lat. Dość wspomnieć dalej, że i chirurgia, a więc medycyna praktyczna, również nie mało ma wiwisekcyom do zawdzięczenia[6]). Zanim odważono się wycinać nerkę ludziom, wtedy, gdy zachodzi tego potrzeba, przekonano się najpierw na zwierzętach, że zwierzęta po wycięciu jednej nerki żyć mogą, nie podlegając żadnym zaburzeniom, jeżeli pozostała druga nerka jest zdrowa. Również wiwisekcyom zawdzięczają swoje istnienie w chirurgii takie niezmiernie ważne operacye, jak doszczętne wycięcie żołądka lub usunięcie całej krtani. Gdyby asystent słynnego chirurga Billrotha, a późniejszy znakomity

---

[5])W. Bugiel. Nasz najznakomitszy lekarz Odrodzenia Józef Struś (1510—1568). Nowiny Lekarskie 1908.

[6]) R. Heidenhain. Die Vivisection. Auf Veranlassung des königl. preussischen Ministers der geistlichen, Unterrichts- und Medicinal-Angelegenheiten. Leipzig 1884.

chirurg Czerny, nie dowiódł był drogą eksperymentów na zwierzętach, że psom można wycinać krtań i po tej operacyi utrzymać je przy życiu, nie byłby się zapewne Billroth odważył wykonać tej operacyi jeden z pierwszych na człowieku. Toż samo, gdyby się nie przekonano, że pies po wycięciu żołądka może żyć lata całe, nie odważonoby się u ludzi wykonywać tej operacyi. — Udoskonalenie sposobów zeszywania jelit również wiele doświadczeniom na zwierzętach zawdzięcza. Nawet udoskonalenie przez Spencera Wellsa takiej operacyi, jak wycinanie jajników, wiele zawdzięcza eksperymentom na zwierzętach. Słowem, wiwisekcye nie w małym stopniu przyczyniły się i przyczyniają do postępu nawet takiej praktycznej gałęzi medycyny, jaką jest chirurgia operacyjna.

Co się tyczy drugiego zarzutu przeciwników wiwisekcyi, przeciwników więcej umiarkowanych, twierdzących, że doświadczenia na zwierzętach nie mają dla fizyologii, patologii i wogóle dla medycyny wielkiego znaczenia, gdyż między czynnościami ustroju zwierząt a człowieka zachodzą znaczne różnice, to i ten zarzut nie trudno odeprzeć. Gdyby fizyologowie i patologowie wykonywali doświadczenia na zwierzętach bezkręgowych, zarzut taki byłby usprawiedliwiony. Ponieważ jednak doświadczenia fizyologiczne i patologiczne wykonywa się niemal wyłącznie na zwierzętach kręgowych: żabach, myszach, szczurach, gołębiach, świnkach morskich, psach i niektórych innych zwierzętach, — przeto wspomniany wyżej zarzut jest w znacznej mierze podstawy swej pozbawiony. Albowiem wszystkie kręgowce zbudowane są według jednego zasadniczego planu i czynności ich ustroju mają wiele podobieństw, gdyż różnią się tylko w szczegółach, lecz nie w rzeczach zasadniczych. Tak np. po wycięciu śledziony, żołądka lub jednej nerki może żyć nietylko pies, kot lub inne jakie zwierzę, lecz i człowiek; przecięcie nerwu twarzowego lub porażenie tego nerwu wywołuje porażenie mięśni twarzowych zarówno u psa, jak i u człowieka; podrażnienie nerwu błędnego wywołuje zwolnienie czynności serca zarówno u żaby, świnki morskiej, królika, psa, jak i u człowieka i t. d. Przykładów podobnych możnaby bez liku przytoczyć. Fizyolog lub patolog, pragnąc rozwiązać pewne zagadnienie naukowe, wybiera do doświadczeń takie zwierzęta, które najbardziej nadają się do tego, aby wnioski z tych doświadczeń można było z pewnemi zastrzeżeniami stosować w fizyologii i patologii ludzkiej. Do badań np. nad czynnościami kory mózgowej nie można używać królików, jeżeli chce się z tych badań wysnuwać jakiekolwiek wnioski dla fizyologii człowieka, lecz trzeba użyć do tych doświadczeń małp.

W innych razach lepiej jest nawet użyć do eksperymentów zwierzęcia z niższą organizacyą, aniżeli wyższą. Tak np. do badań nad gruźlicą nadają się lepiej świnki morskie, aniżeli psy. Co więcej, wykonywanie doświadczeń na niższych kręgowcach, takich jak żaby, może nam nieraz większe oddać usługi, od doświadczeń, wykonywanych na kręgowcach wyższych. U żab bowiem czynności ustroju odbywają się wolniej, a poszczególne narządy mają większą samodzielność, aniżeli u zwierząt wyższych; stąd łatwiej badać niektóre właściwości ustroju zwierzęcego na kręgowcach niższych, aniżeli wyższych. Dlatego bodaj najwięcej wiwisekcyi robi się na żabach, i śmiało rzec można, że w rzędzie zwierząt, z których fizyologia dotychczas odniosła największy pożytek, należy na jednem z naczelnych miejsc postawić żabę. Atoli doświadczenia na zwierzętach odgrywają wielką rolę, nietylko w fizyologii, lecz w patologii wraz z bakteryologią, przyczyniając się do wyjaśnienia wielu spraw chorobnych, a nawet mogą doprowadzić do wynalezienia skutecznego środka leczniczego, jak tego mamy przykład na surowicy przeciwbłoniczej.

(Dokończenie nastąpi).

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Krajowa Rada Zdrowia odbyła 19. II. b. r. posiedzenie nadzwyczajne przy udziale grona dermatologów, lekarzy urzędowych i autonomicznych; na posiedzeniu tem rozpatrywano sprawę prostytucyi i chorób wenerycznych we Lwowie.

Wydział Związku krajowego lekarzy uwiadamia Kolegów, że po przeprowadzeniu rokowań z Zarządem kasy chorych dla uczniów krawieckich w Krakowie, zezwala na kompetowanie o tę posadę, jednakowoż pod warunkiem, że petenci przed przyjęciem posady mają się porozumieć z Prezydyum Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej.

Sekretarz: Dr Weinsberg. Prezes: Prof. Wicherkiewicz.

Sprawozdanie Wydziału Związku krajowego lekarzy za r. 1909. Ustępujący Wydział, wybrany przez Zjazd Delegatów Związku w dniu 1 maja 1909 r., rozpoczął swoje urzędowanie od tego, że z polecenia Zjazdu Delegatów przedłożył c. k. Namiestnictwu do zatwierdzenia nowy statut. Dawny bowiem statut Związku, jako zbyt skomplikowany, bardzo utrudniał spełnianie zadań organizacyi. Według brzmienia dawnego statutu każdy powiat polityczny miał posiadać swoją odrębną organizacyę, swój zarząd, swoją kasowość. Organizacye powiatowe miały łączyć się w związki obwodowe znów o własnym zarządzie i o własnym statucie, a związki obwodowe dopiero miały należeć razem jako członkowie do Związku krajowego. Pominąwszy tę okoliczność, że taka organizacya była maszyną zbyt ciężką, że niektóre sprawy musiałyby przechodzić przez alembik trójstopniowej organizacyi, był dawny statut już dlatego nieodpowiednim, że samych członków różnych zarządów musiałoby być przeszło 700. Z tych wszystkich powodów oparto Związek na nowym statucie, który ustanawia jeden tylko wydział w Krakowie dla całego Związku, a natomiast łączy członków Związku w koła terytoryalne o pewnej autonomii w sprawach natury miejscowej. Jako podstawę zasadniczą organizacyi zatrzymano nadal t. zw. »zobowiązanie« przystąpienia do Związku. Wydział mimo wszystkie zarzuty, czynione treści zobowiązania, uważa to zobowiązanie za kardynalną podstawę organizacyi, która nie może żadną miarą spełniać swego zadania bez ścisłej karności. Wysoka kara konwencyonalna, nałożona w zobowiązaniu na niesolidarnych lekarzy, jest zdaniem Wydziału nieodzowną, a według licznych objaśnień, ogłoszonych już dawniej przez Wydział w prasie zawodowej, jedynie lekarze chwiejni, nie posiadający dosyć poczucia solidarności zawodowej, mogą wysokość kary konwencyonalnej uważać za przeszkodę w przystąpieniu do Związku. Wszystkie instytucye zapomogowe i pośredniczące, które istniały przy Towarzystwie Samopomocy lekarzy, pozostały i nadal przy Związku, a Wydział z wielkiem zadowoleniem zaznacza, że instytucye te rozwijają się pomyślnie, czego dowodzą umieszczone poniżej cyfrowe sprawozdania. Jeżeli mimo wszelkie wysiłki nie zdołaliśmy dotychczas skupić w Związku wszystkich kolegów w kraju, to nie Wydział ponosi winę, ale w pierwszym rzędzie indolencya lekarzy, którzy sami nie mogą pojąć, w czem leży główna przyczyna upadku stanu lekarskiego. Tworzenie coraz nowych instytucyi zawodowych, krytykowanie drugich bez podania własnego lepszego pomysłu, trzymanie się na uboczu i narzekanie na biedę bez rozpoczęcia wspólnej solidarnej akcyi, oto powody, które, zdaniem Wydziału, są największą zaporą w powstaniu silnej organizacyi, a w następstwie tego przyczyną biedy lekarskiej. Że głównie indolencya wstrzymuje nasz rozwój, tego dowodzi fakt, że gdy tylko znaleźli się chętni do agitacyi koledzy, którzy odbyli podróże agitacyjne w kraju, zaraz z największą łatwością powstały Koła Związku w Rzeszowie i Tarnowie. Zresztą przykład innych krajów Austryi wystarczy: *Wszędzie oprócz Galicyi istnieją silne organizacye lekarzy, wszystkie mają statut, podobny do naszego, u wszystkich warunkiem przystąpienia do organizacyi jest zobowiązanie prawie równobrzmiące z naszem, a tylko w formie znacznie ostrzejsze, a nigdzie nikt nie myślał nawet o podnoszeniu zarzutów przeciw temu zobowiązaniu.* Stwierdził to nasz delegat na Zjazd organizacyi lekarskich w Austryi, Prof. Wicherkiewicz, który umyślnie w tym kierunku informował się u lekarzy różnych krajów i narodowości. W Czechach np. do organizacyi należy 97% wszystkich lekarzy.

Czas najwyższy, ażebyśmy zerwali z tem »liberum veto«,

ażebyśmy mimo drobne różnice poszli razem w sprawach, wszystkich nas dotyczących, a wtedy Wydział Związku nie będzie w swem sprawozdaniu zamieszczał spisu członków organizacyi, lecz wyliczy nieliczne nazwiska tych, którzy jeszcze do organizacyi nie przystąpili.

Zestawienie kasowe za r. 1909 zamknięto kwotą 10.738·76 kor. w dochodach i wydatkach; bilans Towarzystwa w stanie biernym i czynnym kwotą 37.752·38 kor., w czem fundusz im. Jordana 21.252·14 kor., a fundusz obrotowy (zawodowy) 12.727·42 kor. Administracya znaczków receptowych miała dochodu 4118·17 kor., oddział należytości 1527·07 kor. (w czem ściągnięte dla lekarzy honorarya 1079·68 kor.), kasa pogrzebowa miała dochodu i rozchodu po 2233·29 kor., a wypłaciła 5 wdowom po lekarzach 1546 kor. (od początku istnienia kasy wypłacono 23 wdowom 8144 kor.). Liczba członków Związku zwolna, lecz stale zwiększa się i przekroczyła 250. R.

Sprawa ubezpieczenia społecznego, zagrażająca wprost bytowi lekarzy wolno praktykujących i wielkiemi szkodami lekarzom kas chorych, gdyby słuszne żądania lekarzy nie zostały w ustawie uwzględnione, — wchodzi znowu na porządek dzienny wraz z otwarciem ponownem obrad parlamentu austr. Z tego powodu ogłasza Prezydyum państwowego Związku organizacyi lek. austr. gorącą odezwę, nawołującą do uzupełnienia organizacyi lekarzy w całej Austryi; zorganizowani lekarze będą bowiem mieć tę siłę, aby zapomocą środków zupełnie legalnych wyrobić posłuch swoim żądaniom. Przeprowadzenie bowiem ubezpieczenia społecznego bez lekarzy jest niemożliwe; trzeba jednak, aby lekarze byli gotowi do ewentualnej walki, w której zwycięstwo osiągnąć można tylko jednolitem i solidarnem wystąpieniem. Z.

Jako porażkę lekarzy w sprawie ubezpieczenia społecznego w Austryi uważać należy fakt, że komisya parlamentarna dla tej sprawy uchwaliła już przyjąć jako granicę ubezpieczenia 3600 kor. (zamiast 2400 kor., jak to proponował rząd i żądali lekarze). Jestto ostatnie »memento«, nawołujące do niezwłocznego uzupełnienia organizacyi! Związek państwowy org. lek. nawołuje do urządzania zgromadzeń i wysyłania memoryałów protestujących przeciw tej uchwale. K.

Składka noworoczna na fundusz wdów i sierot im. ś. p. Jordana. Rok 1910. (C. d.).

Po dwie korony nadesłali: Drowie F. Lic, St. Ożarowski, Zaorski, K. Schnek, Leon Feuerstein, E. Borzęcki, W. Kania, A. Kleski, J. Dura, D. Immerglückówna, J. Owsiński, G. Helfer, W. Bujak, Z. Szydłowski, E. Damański, K. Zgórski, M. Pańczyszyn, W. Czernecki, Z. Silbersteinówna, Kotiers, St. Balicki, S. Stauber, W. Natter, M. Grabscheid, H. Kraus, A. Michnik, Prof. Dobrowolski, Fr. Herning, W. Bilwin, Ch. Dortort, Langsam, W. Dziewoński, I. Smyczyński, M. Landesberg, Z. Czaplicki, G. Dobrucki, I. Bielecki, Krongold, r. dw. Prof. Jakubowski, Prof. Gliński, T. Walichiewicz, W. Grabowicz, E. Zadurowicz, Prof. Bujwid, H. Markiewicz, H. Wein. (C. d. n.).

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 13. II. do 19. II. 1910 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Buczacz (Koropiec 4, Barysz 1, Hrehorów 3, Nowosiółka koropiecka 4), Brzeżany (Kozłów 3), Horodenka (Niezwiska 2), Jaworów (Podłuby 1, Młyny 5), Podhajce (Uwsie 5), Skałat (Skałat 1), Śniatyn (Zabłotów 3), Stryj (Wyżłów 1), Zborów (Grabkowce 1). Dr T.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 13. II. do 19. II. 1910 zgłoszono przypadków: błonicy 4 † 1 (w tem obcych 1 † 1), krztuśca 6, płonicy 12 † 1 (3 † 1), odry 8 † — (1 † —), duru brzusznego 4 † — (1 † —), gorączki połogowej 1 † — (1 † —), róży 1 † 1 (1 † 1), inne choroby zakaźne 13. Dr Janiszewski.

Choroby zakaźne w Warszawie. Od 23. I. do 1. II. 1910 przybyło do szpitali warszawskich przypadków: ospy 59 † 14, odry 2, płonicy 8 † 2, błonicy 13 † 4, róży 17, duru plamistego 20 † 3, duru brzusznego 16 † 2. (Gaz. lek. Nr 8).

---

† Dr Stanisław Klikowicz.

W dniu 2. lutego 1910 umarł na obczyźnie, w Kazaniu, Dr med. Stanisław Klikowicz, docent uniwersytetu moskiewskiego, wojskowy lekarz brygady. Należał on bezwątpienia do najlepszych internistów w Rosyi, był najwybitniejszym uczniem słynnego klinicysty Botkina. Wzór lekarza, aż do zaparcia się samego siebie oddanego choremu, niezwykle sumiennie spełniającego swe obowiązki, był ś. p. Klikowicz zarazem wszechstronnie wykształconym człowiekiem, pilnie śledzącym literaturę nietylko fachową, zamiłowanym w muzyce i malarstwie.

W nauce imię Jego zarysowało się wyraźnie i trwale. Rozprawa Jego, przedstawiona celem uzyskania doktoratu medycyny, o działaniu tlenku azotu na ustrój, jest klasyczną pracą w literaturze lekarskiej. Praca ta odznacza się zarówno dokładnością spostrzeżeń, ścisłością analizy spostrzeganych zjawisk, jak również znakomitem przedstawieniem rzeczy. Rozprawę czyta się z niezwykłem zajęciem, wprost jednym tchem! Nic dziwnego, że mistrz ś. p. Klikowicza, Botkin, zachwycony był tą pracą i cenił wysoce jej autora. Podobnież prace ś. p. Klikowicza nad losem soli kuchennej w ustroju i nad wydzielaniem żółci — zdobyły sobie trwałe miejsce w piśmiennictwie.

Przy głębokiej wiedzy, odznaczał się ś. p. Klikowicz wielką prostotą i skromnością, a w stosunku do kolegów zawsze wielką życzliwością i prawdziwie koleżeńskiem zachowaniem się. Pomimo, że całe życie spędził w głębi Rosyi, zawsze czuł się Polakiem, tęsknił za ojczyzną i marzył o osiedleniu się w rodzinnem mieście — Wilnie.

W krótkości podajemy Jego życiorys. Urodził się 31. sierpnia 1853 r. w Wilnie. W 1876 r. ukończył Akademię Medyko-chirurgiczną w Petersburgu »cum eximia laude«. Na podstawie rozprawy konkursowej pozostawiono Go przy Akademii na 3 lata dla dalszego kształcenia się w naukach. Pracował głównie w klinice głośnego Botkina, wśród którego uczniów wyróżniał się talentem, energią i pracowitością. Z powodu wojny rosyjsko-tureckiej przerwał studya, udając się na plac boju. Tu odznaczył się wzorowem spełnianiem obowiązków i poświęceniem, za co otrzymał wysokie ordery, oraz »osobiste Najwyższe podziękowanie« za walkę z epidemią duru brzusznego w armii czynnej. 23. maja 1881 uzyskał stopień doktora medycyny, poczem zostaje w Akademii i oddaje się studyom chirurgii polowej. 23. sierpnia 1882 r. wyjeżdża na krótko do szpitala wojskowego do Wilna, skąd został wysłany na 2 lata zagranicę, jako jeden z najwybitniejszych lekarzy. Zagranicą pracuje w najlepszych instytutach Europy: u Ludwiga, Kocha, Virchowa i zaznajamia się z urządzeniami zdrowotnemi Anglii, Francyi, pozostając zagranicą do 1. stycznia 1886 r. Po powrocie z zagranicy otrzymał tytuł docenta Akademii, która posyła Go ponownie zagranicę na 4 miesiące w celach naukowych. Już jako docenta przeniesiono Go w charakterze młodszego lekarza wojskowego do Smoleńska, stamtąd na krótko do Moskwy, wreszcie na czas dłuższy już jako starszego lekarza pułkowego do Torżka. Od r. 1894 pracuje w Moskwie, jako starszy lekarz szpitala wojskowego, pełniąc często obowiązki konsultanta chorób wewnętrznych, a jako docent uniwersytetu, wykładając studentom dyagnostykę chorób wewnętrznych. Wykłady te cieszyły się ogromnem powodzeniem: słuchacze chętnie gromadzili się na wykłady prawdziwego mistrza słowa i wiedzy, jakim był ś. p. Klikowicz. W 1905 r. przeniesiony został z Moskwy do Niżniego-Nowogrodu w charakterze lekarza dywizyi, a w rok później do Kazania w charakterze lekarza brygady. Mimo to wykładów w uniwersytecie moskiewskim nie przerywa.

Po przybyciu do Kazania, gdzie kolonia polska znajdowała się w zupełnem rozbiciu, ś. p. Klikowicz energicznie wziął się do pracy, podniósł upadające Towarzystwo Dobroczynności, na czele którego stanął, jako prezes. W zabiegach o dobro Towarzystwa i rozwój kolonii polskiej nie szczędził pracy i czasu. Wytężona praca odbiła się wkrótce na Jego zdrowiu. W styczniu 1909 dostał pierwszego napadu udarowego, z którego wyszedł z małymi stosunkowo szwankami. Mimo to nie zaprzestał pracy naukowej i obywatelskiej. W kwietniu 1909 nastąpił drugi napad, po 2 następnych napadach zakończył ś. p. Klikowicz życie 2. lutego b. r. Straciliśmy w nim człowieka niepospolitego i szlachetnego obywatela, lekarza o wielkiej wiedzy i talencie, któremu nie dano niestety odpowiedniego pola, by zabłysnął w całym blasku.

Niech Ci, kochany druhu i przyjacielu, lekką będzie ziemia!

Prof. Dr W. Orłowski (Kazań). Prof. Dr L. Popielski (Lwów).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Dnia 19. lutego odbyło się posiedzenie pełnej Izby lek. zachodnio-galicyjskiej, na którem załatwiono następujące sprawy: 1) Przyjęto zamknięcie rachunków za r. 1909 i udzie-

lono podskarbiemu absolutoryum, jakoteż wyrażono uznanie za gorliwe spełnianie czynności. 2) Zatwierdzono preliminarz budżetu na r. 1910. 3) Ratyfikowano wszystkie uchwały XIV. wiecu Izb lekarskich. Nad niektórymi punktami toczyła się żywa dyskusya. 4) Co do organizacyi zawodowej lekarzy uchwalono, aby na wspólnem posiedzeniu Wydziału obu Izb lekarskich, mającem się odbyć we Lwowie, porozumiano się ostatecznie w tej sprawie. 5) Uchwalono wniosek Wydziału, aby zakupić 10 akcyi nowego Towarzystwa ubezpieczeń od wypadków i odpowiedzialności »Kosmos«. 6) Uchwalono przekazać Wydziałowi następujące sprawy: a) Prowadzenie stałej ewidencyi wdów i sierót po lekarzach i pobieranych przez nie z różnych źródeł zasiłków. b) Zwrócenie bacznej uwagi na agitacyę w kierunku zakładania kas majsterskich, poczynającą się objawiać w zachodniej Galicyi. c) Sprawę walki z broszurami partackiemi pojawiającemi się w Galicyi. 7) Projekt zmiany regulaminu Izby uchwalono odłożyć na osobne »ad hoc« posiedzenie.

Warszawa. Towarzystwo pomocy lekarskiej dla ubogich izraelitów w Warszawie udzieliło w r. 1909 55,418 porad lekarskich i wydało własnym kosztem 28,160 lekarstw z aptek. Personal lekarski stanowiło 21 płatnych lekarzy. Wpływy wynosiły 23,152 rb., wydatki 16,897 rb., stan majątku 6254 rb. Wiceprezesem Towarzystwa jest Dr H. Higier.

— Jubilaci Dr Henryk Dobrzycki i Dr Bolesław Gepner zostali mianowani członkami honorowymi Towarzystwa lekarskiego warszawskiego.

— Dr Stanisław Serkowski (Śto-Krzyska 16), przystąpił do druku podręcznika bakteryologii, wydawanego z pomocą Kasy im. Mianowskiego; chcąc zaś w podręczniku jak najdokładniej uwzględnić piśmiennictwo polskie, prosi autorów prac z zakresu bakteryologii, zwłaszcza dawniejszych, o nadsyłanie odbitek.

— W Warszawie otwarto listę składek na założenie pracowni psychologicznej, stosownie do uchwały I. Zjazdu neurologów, psychiatrów i psychologów polskich; ofiary przyjmuje warszawski Bank handlowy.

— »Wydział bytu lekarzy« Stowarzyszenia lekarzy polskich zajmował się sprawą zwalczania niewłaściwej reklamy lekarskiej na zasadzie referatu Dra J. Zawadzkiego (ogłoszonego w Nrze 8 »Medycyny i Kroniki lek.«).

— Nowy Zakład mechanoleczniczy otworzył Dr W. Biesiekierski.

— Dr H. Fidler, prezes Towarzystwa lekarskiego w Radomiu, obchodzi w d. 27. b. m jubileusz ćwierćwiekowej pracy lekarskiej. Zasłużonemu na polu zawodowem i społecznem Jubilatowi składamy ze swej strony serdeczne życzenia, by dalsza Jego działalność równie bogate wydawała plony.

Z różnych stron. Instytut Pasteura w Paryżu zakłada kosztem 400,000 fr. pracownię do badania zjawisk promieniotwórczych i ich zastosowania w lecznictwie. Kierunek działu naukowego obejmie p. Skłodowska-Curie.

Mianowani: Prof. Pirquet dyrektorem kliniki pedyatrycznej we Wrocławiu; Prof. Udrańsky profesorem fizyologii w Peszcie; Doc Maximow profesorem histologii w Petersburgu.

Zmarli: Dermatolog Prof. Rona w Peszcie, neurolog Prof. Windscheid w Lipsku, ginekolog Prof. Ogden w Toronto;

Dr Aleksy Ludwik Nowakowski w 33 r. ż. w Warszawie.

Redakcya otrzymała: Maziarski: Sur les changements morphologiques de la structure nucleaire dans les cellules glandulaires«. Archiv f. Zellforschung« 1910. — Grossek: Główne zasady higieny obuwia. »Zdrowie« 1910. — Krokiewicz: Moje wyniki leczenia gruźlicy. Kraków, 1910.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę dn. 2. marca 1910 o g. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym wykład Prof. Dra Browicza: »Wyniki i znaczenie przeszczepiań raka«. (Z seryi wykładów o raku, zorganizowanych przez Zarząd Towarzystwa).

X. Walne Zgromadzenie krajowego Związku lekarzy odbędzie się **w sobotę dnia 12 marca 1910 r. o godzinie 6 wieczorem** w Krakowie w Domu lekarskim (Radziwiłłowska 4). Porządek dzienny: 1) Odczytanie protokołu z ostatniego Walnego Zgromadzenia. 2) Sprawozdanie Wydziału. 3) Sprawozdanie Komisyi kontrolującej. 4) Wybory Wydziału na rok 1910. 5) Wnioski i interpelacye.

Wyciąg ze statutu Związku: § 20. Walne Zgromadzenie składa się z delegatów Kół, względnie ich zastępców, członków Wydziału, członków Komisyi kontrolującej i Sądu polubownego. — § 31. Zanim powstaną Koła Związku i wybiorą swoich delegatów na Walne Zgromadzenie Związku, względnie zanim dotychczasowe Związki obwodowe i Organizacye powiatowe lekarzy, należące do Związku, nie przekształcą się na Koła po myśli obecnie zmienionego statutu, składać się będzie Walne Zgromadzenie Związku ze wszystkich członków Związku.

W „Bibliotece medyków" w Krakowie (ul. św. Anny 12) odbędzie się **1 marca b. r. o godz.** 7½ wieczorem odczyt Dr Blassberga: »Rola leukocytów w ustroju«.

Staraniem zaś komisyi ankietowej tegoż Towarzystwa odbędzie się **5 marca b. r. w sali Kopernika** (Collegium novum) wykład Prof. Dra Wachholza: »Uwagi z fizyologii i patologii popędu płciowego«.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Pyrenol. Dr Ripa. (Med.-Chirurg. Centralbl. Nr 52, 1909). Na podstawie najnowszych badań środków lekarskich udało się otrzymać »pyrenol«, który w leczeniu cierpień dróg oddechowych okazał się dobrym przetworem leczniczym. Zbadany w wielu zakładach leczniczych i uznany za dobry, znalazł pyrenol również zastosowanie w miejskim szpitalu w Baden w 50 przypadkach influenzy z doskonałym skutkiem. W ciężkich przypadkach podawano pyrenol w stosunkowo silnych dawkach 4 r. dz. po 1 grm. i otrzymano korzystne wyniki. Pyrenol, zwalczając gorączkę, bole i nieżyt dróg oddechowych, działał korzystnie i powodował łagodniejszy przebieg influenzy. Część chorych opuściła szpital już po 5-dniowym pobycie. Lżejsze przypadki influenzy, w których były mniejsze wahania ciepłoty i lżejsze nieżyty dróg oddechowych powiodło się wyleczyć rychło energicznemi dawkami pyrenolu (3 do 4 r. dz. à 1·0). Również okazał pyrenol korzytne działanie przy stosowaniu go w nieżytach krtani i oskrzeli, a także w zapaleniu płuc, bez różnicy, czy to cierpienie było lub nie było w związku z influenzą. W chorobach dziecięcych stosowano pyrenol w odrze i w zapaleniu płuc z dobrym skutkiem, podając go z sokiem malinowym w 2% rozczynie. Hr. W

Rok XLIX. Kraków, dnia 5. marca 1910. Nr 10.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

O leczniczem działaniu emanacyi radu

podał

Prof. Dr Karol Klecki.

Z licznych badań naturalnych wód leczniczych pokazało się w ciągu ostatnich lat kilku, że wiele z tych wód, zwłaszcza niektóre znane ze swej skuteczności cieplice obojętne, zawiera emanacyę radu, niekiedy w znacznej nawet ilości. Stąd powstało przypuszczenie, że skuteczność tych wód w różnych cierpieniach przynajmniej w pewnej mierze na działaniu tej właśnie emanacyi polega. Przypuszczenie to stało się punktem wyjścia dla wielu badań nad działaniem fizyologicznem emanacyi radu, oraz dla całego szeregu doświadczeń leczniczych, w których starano się zbadać skuteczność emanacyi radu w różnych cierpieniach i wynaleść ewentualne wskazania do jej stosowania w lecznictwie.

Atoli w bardzo nielicznych tylko doświadczeniach używano naturalnych, chemicznie obojętnych wód leczniczych, zawierających emanacyę radu. Przeważnie posługiwano się w takich doświadczeniach różnymi sztucznymi przetworami i przyrządami, które służą do otrzymywania wody, zawierającej emanacyę w pewnej oznaczonej ilości.

Jest przytem rzeczą znamienną, że z a n i m zdołano w ściśle przeprowadzonych doświadczeniach stwierdzić wartość leczniczą emanacyi radu, powstał cały szereg takich przetworów i przyrządów, które przez umiejętną reklamę zaleca się lekarzom i publiczności. W przemyśle lekarskim starano się tu wyzyskać wiarę w ów nieznany, tajemniczy czynnik leczniczy, działający skutecznie u wód tylko na miejscu, a ująwszy go jako emanacyę radu, zalecać go chorym do leczenia się w domu. W powyższy sposób sztucznie otrzymana emanacya ma służyć po pierwsze do aktywowania naturalnych wód mineralnych, które tracą zawartą w nich emanacyę radu do połowy już w 4 dni po czerpaniu, a do 1% w 26 dni po wzięciu ze źródła, powtóre zaś emanacya taka, rozpuszczona we wodzie, ma służyć do picia, do przygotowania kąpieli, okładów, do wziewań i t. p.

Z owych licznych sztucznych przetworów, oraz przyrządów, o których wyżej wspomniałem, a których wymieniać tu nie będę, najbardziej rozpowszechniły się tabletki, w których emanacya radu związana jest z jakąś solą w wodzie rozpuszczalną, oraz t. zw. emanatory.

Jedne z tych tabletek przyrządzane według przepisu Reitza, przez fabrykę »vorm. Meister, Lucius & Brünning« w Höchst i wprowadzone do handlu pod nazwą e m a n o s a l u stosowali w swych doświadczeniach Laqueur, Kohlrausch i Nagelschmidt, Strasser i Selka, oraz Laska; pokazało się, że ilość emanacyi, otrzymywanej z tych tabletek nie jest stała, a naogół jest mniejsza od tej, jaką fabryka podaje. To też powyżej przytoczeni autorowie uznali tabletki emanosalowe wprawdzie za przetwór nieszkodliwy, ale zarazem i nieskuteczny; jedynie w doświadczeniach, jakie przeprowadzała Laska, tabletki emanosalowe wydawały emanacyę radu w znaczniejszej ilości, wynoszącej mniej więcej połowę ilości wskazanej. Inne podobne tabletki przyrządza firma R. Keila w Berlinie; i ten przetwór według Kohlrauscha i Nagelschmidta nie jest polecenia godny; według Laskiej tabletki te wydają wprawdzie mniej emanacyi niż tabletki emanosalowe, lecz za to po wrzuceniu ich do wanny w wodzie w ciągu pół godziny utrzymuje się początkowa ilość emanacyi.

Drugim bardzo rozpowszechnionym przetworem radowym jest t. zw. r a d i o g e n. Przetwór ten przyrządzony według przepisu Loewenberga stanowi nierozpuszczalna we wodzie sól radowa, umieszczona w specyalnych przyrządach, t. zw. emanatorach, w których sól ta zawinięta w papier pergaminowy leży w sączku berkefeldowskim. Emanatory, których konstrukcya jest tajemnicą szarlotenburskiego Towarzystwa radiogenowego, są tak zbudowane, że po wypełnieniu pewnej części przyrządu wodą przekroploną można zapomocą prostego rękoczynu otrzymywać w ciągu 24 godzin oznaczoną ilość dawek wody, zawierających emanacyę radu w stałej, oznaczonej ilości. Istnieją dwa rodzaje emanatorów; jedne, służące do wydawania wody do picia, wydają za przekręceniem korby dawki wynoszące 10 cm^3 wody, zawierającej 10000 jednostek emanacyjnych (J. E.), drugie, służące do kąpieli, wydają dawki wody, wynoszące 50 cm^3, a zawierające 50.000 jednostek emanacyjnych. Takie emanatory, zaopatrzone przyrządem zbudowanym na wzór taksometru, wskazującym ilość pobranych z emanatora dawek, ustawiono w ciągu ostatnich lat po aptekach w różnych miastach, a przez rozsyłane lekarzom broszury oraz wykłady lekarzy, będących ajentami Towarzystwa radiogenowego, pouczano świat lekarski o wielkiej łatwości, z jaką można obecnie przeprowadzać różne kuracye domowe przez stosowanie emanacyi radu, zapisując z apteki »Aqua radiogeni« w dowolnej ilości.

W przeważnej części dotychczasowych badań fizyolo-

gicznych i doświadczeń leczniczych nad emanacyą radu posługiwano się jako źródłem emanacyi owymi emanatorami szarlotenburskiego Towarzystwa radiogenowego; wszyscy, którzy używali tych przyrządów, zaznaczają, że znakomicie nadają się one do powyższego celu, gdyż manipulacya z nimi jest łatwa, a wydają one wodę o stałej zawartości emanacyi.

W dotychczasowych próbach stosowania wody radiogenowej w cierpieniach wewnętrznych, używano jej głównie jako wody do picia oraz do kąpieli; w stosunkowo nielicznych tylko próbach używano tej wody do wziewań, lawatyw oraz do wstrzykiwań podskórnych. Przy piciu wody radiogenowej podawano zazwyczaj dziennie poczynając od 5.000 J. E. aż do 20.000—30.000 J. E. w dalszych okresach leczenia, które prowadzono przez 2—5 tygodni, tak że ogółem chory otrzymywał z wodą do picia 150.000—500.000 J. E. Kąpiele z wodą radiogenową zalecano zwykle co drugi dzień; były to ciepłe wanny z dodatkiem 100.000—200.000 J. E., których brał chory ogółem 14—21. Częstokroć podawano wodę radiogenową do picia, a równocześnie stosowano kąpiele. Gdy jednak Loewenthal wykazał, że emanacya radu przez skórę zupełnie się nie wchłania, co później potwierdzili Kohlrausch i Mayer o tyle, że znaleźli, iż emanacya radu wchłania się w kąpieli przez skórę jedynie wówczas, gdy przepuszczany przez wodę prąd elektryczny sprowadza kataforezę, zaczęto kłaść główny nacisk przy stosowaniu leczniczem emanacyi na podawanie jej wewnętrznie. Działanie zaś kąpieli, zawierających emanacyę radu, zaczęto sprowadzać do działania emanacyi uwolnionej z wody, którą chory w czasie kąpieli wdycha.

Przy próbach tych stwierdzono, że emanacya radu, wprowadzona do przewodu pokarmowego nawet w wielkiej ilości, nie jest dla ustroju szkodliwa. Jakkolwiek aż do ostatnich czasów stosuje się zazwyczaj emanacyę wewnętrznie z pewną ostrożnością, zwłaszcza w początku leczenia, wiadomą jest rzeczą, że ustrój zwykle znosi zupełnie dobrze 100.000 J. E. i więcej przy wewnętrznem podawaniu emanacyi. Pokazało się to przedewszystkiem w przypadkach, w których chorzy przez pomyłkę wypijali zamiast właściwej dawki wody radiogenowej dawkę, przeznaczoną do kąpieli, i żadnej stąd szkody na zdrowiu nie ponieśli.

Wprawdzie Nagelschmidt podaje, że w dwóch przypadkach gośćca stawowego po wypiciu znaczniejszej ilości wody radiogenowej wystąpił białkomocz o 1—2$^0/_{00}$ białka bez wałeczków, a w jednym przypadku utajonego wrzodu żołądka powstał krwotok żołądkowy; atoli inni lekarze takich niepożądanych skutków stosowania wody radiogenowej nie spostrzegali; nawet w zapaleniu nerek podawanie tej wody białkomoczu nie potęgowało.

Wyniki lecznicze, jakie otrzymywano przy stosowaniu emanacyi radu, były naogół dosyć dobre. Niektórzy autorowie (Wichmann, Plate) powątpiewają wprawdzie o skuteczności leczenia emanacyą radu, a są nawet tacy, którzy wogóle w nią nie wierzą (Roloff), przeważna jednak część autorów (Laqueur, Loewenthal, Dawidsohn, Fürstenberg, Nagelschmidt, Riedel, Strasser, i Selka, Schüler, Suess, Laska) otrzymywała przy takiem leczeniu wyniki dodatnie, conajmniej zachęcające do dalszych prób leczniczych w różnych cierpieniach, przedewszystkiem zaś w przewlekłym gośćcu stawowym i mięśniowym, oraz w przewlekłem zapaleniu stawów; w ostrym i podostrym gośćcu stawowym, oraz w zapaleniu stawów zniekształtniającem leczenie emanacyą radu skutecznem nie było; dalsze cierpienia, w których emanacya ma pomagać, stanowią nerwobóle, zwłaszcza rwa kulszowa; zresztą otrzymano dobre wyniki przy leczeniu tym sposobem w kilku przypadkach wiądu rdzenia (Gottlieb. Strasser i Selka), neurastenii (Fürstenberg, Gottlieb), zapalenia ropnego jamy czołowej i szczękowej, przewlekłego zapalenia mięśnia sercowego (Loewenthal), łuszczycy (Nagelschmidt), chorób układu limfatycznego (Kraus), a nawet cukrzycy (Poulsson).

Niemal wszyscy lekarze, którzy stosowali z dobrym skutkiem emanacyę radu w różnych cierpieniach, zaznaczają w swych wywodach, zwłaszcza ostatnimi czasy, że środek ten bynajmniej nie stanowi jakiegoś »panaceum« na wszelkie dolegliwości, że jest to jednak środek wielce pożyteczny, zwłaszcza, gdy się go stosuje z pewnym krytycyzmem; jedni uważają przytem leczenie emanacyą radu za dzielny środek pomocniczy, wspierający działanie innych leków, czy zabiegów lekarskich, inni zaś podnoszą, że przy leczeniu emanacyą radu można osiągnąć pomyślne wyniki nawet w takich przypadkach, w których inne sposoby leczenia nie skutkują. Orgelbrand słusznie podnosi, że leczenie w domu sztucznie otrzymaną emanacyą radu w żadnym razie nie może działać tak, jak leczenie, przeprowadzone u odpowiednich wód, a to dlatego że sama emanacya radu może tu stanowić jeden tylko z wielu czynników leczniczych, działających u wód.

Wielu lekarzy, którzy stosowali w celach leczniczych sztucznie otrzymaną emanacyę radu, dopatruje się pewnego dowodu, że leczenie takie działa podobnie jak leczenie u wód, w t. zw. odczynie, który i tutaj często ma występować, zwłaszcza w początku leczenia; odczyn taki ujawnia się jako podmiotowe i przejściowe pogorszenie się stanu chorego, a występuje szczególnie często i wybitnie w sprawach gośćcowych, oraz rwie kulszowej. Ów odczyn, który bynajmniej nie zawsze jest oznaką pomyślnego wyniku leczenia, jak to dawniej myślano, a jest tylko wyrazem zaburzenia, jakie powstało w ustroju i które tylko w pewnych przypadkach wiedzie do wyzdrowienia, ma nawet występować przy leczeniu sztucznie otrzymaną emanacyą częściej, niż u wód, zawierających emanacyę radu nawet w znacznej ilości. Tak np. w Gostyniu odczyn kąpielowy spostrzegano tylko w 10—20% przypadków, gdy tymczasem przy leczeniu sztucznie otrzymaną emanacyą Davidsohn spostrzegał odczyn w większości przypadków, Laqueur w 20 na 30 przypadków, a Loewenthal w 11 na 12 przypadków przewlekłego gośćca stawowego. Przytem niektórzy lekarze zaznaczają, że ów odczyn, który w miejscach kąpielowych w pewnej części przypadków może wystąpić czy to z powodu niewłaściwej ciepłoty kąpieli, czy też z powodu jakiegoś innego błędu, popełnionego przy leczeniu, występuje przy leczeniu sztucznie otrzymaną emanacyą radu nietylko przy kąpielach, ale i przy wewnętrznem jej stosowaniu, a nawet według Fürstenberga spostrzega się go częściej w tym ostatnim przypadku, niż przy kąpielach.

Jednem słowem, dotychczasowe sprawozdania o wynikach leczniczych, otrzymywanych przy leczeniu emanacyą radu, brzmią przeważnie korzystnie, co nabierałoby tem więcej

kszego znaczenia, że wyniki te, otrzymywane głównie w takich cierpieniach, jak przewlekły gościec stawowy i mięśniowy oraz rwa kuszowa, które nietylko są chorobami bardzo pospolitemi, ale zarazem często przy stosowaniu zwykłych, dotąd używanych sposobów nie łatwo ustępują. Wobec takiego brzmienia owych sprawozdań, oraz wobec powyżej wspomnianej akcyi, jaką rozwija głównie szarlotenburskie Towarzystwo radiogenowe, ażeby rozpowszechnić stosowanie emanacyi radu w lecznictwie, przeprowadziłem w roku szk. 1908/9 w Krakowskiej Klinice lekarskiej szereg doświadczeń klinicznych nad leczniczem działaniem emanacyi radu. Wielce Szanownemu Koledze, Prof. Jaworskiemu, który odstąpił mi do tego celu swój materyał kliniczny, oraz udzielił mi wszelkich środków pomocniczych, jakimi klinika rozporządza, składam za to na tem miejscu serdeczne podziękowanie. (Dok. nast.).

W sprawie ran postrzałowych przewodu pokarmowego i przedziurawień przewlekłych wrzodów żołądka.

Napisał

P. Schroeter (Pabianice).

(Ciąg dalszy).

W przypadkach znacznego krwotoku w jamie brzusznej rokowanie prawie zawsze jest wątpliwe, gdyż najczęściej taki krwotok następuje skutkiem obrażenia większych naczyń lub narządów, obficie w krew zaopatrzonych. O wiele pewniejsze podstawy zyskuje rokowanie przez cięcie brzuszne, gdzie cała sprawa we wszystkich szczegółach staje się widoczną. Tak rzecz się ma nie tylko przy drążących ranach postrzałowych, lecz również i przy przedziurawieniach wrzodów żołądka do jamy brzusznej. Nader rzadko spostrzegane przypadki samorodnego gojenia się wrzodów, przebijających do jamy brzusznej zupełnie giną w mnóstwie takich przypadków, tak, że z nimi liczyć się nie możemy. Ze statystyk Körtego, Brentano, Brunnera, Koerbera, Weira i Foote i innych wynika wskazanie do natychmiastowego zabiegu. A zatem w przypadkach zarówno ran postrzałowych przewodu pokarmowego, jak i przedziurawienia wrzodu żołądka, resp. dwunastnicy, obowiązkiem lekarza jest bez zwłoki skierować rannego na stół operacyjny, w razie przeciwnym naraża w sposób niczem nie usprawiedliwiony życie swego chorego. Rzecz prosta, że w przypadkach ran postrzałowych nie zaleca się operacyi bez słusznego powodu, gdy chory oddał się pod opiekę lekarską po upływie dłuższego czasu od chwili wypadku, gdzie przebieg pomyślny pozwala przypuszczać, iż odbywa się sprawa samoistnego gojenia się rany. Że przy rokowaniu należy również uwzględniać wiek, odżywienie chorego i t. p., to się samo przez się rozumie.

Z chwilą wystąpienia pierwszych objawów zapalenia otrzewnej rokowanie staje się w wysokim stopniu niepomyślnem. Chwila wystąpienia tych objawów jest niekiedy mniej, niekiedy więcej oddalona od chwili urazu lub przedziurawienia wrzodu. Mamy dowody, że już po upływie 3 godzin mogą znajdować się zmiany zapalne otrzewnej (zaczerwienienie otrzewnej), w innych przypadkach znajdowało się już po 5 godzinach rozlane zapalenie otrzewnej; w jednym przypadku Körtego po upływie 9 godzin po przedziurawieniu żołądka okazał się wysięk ropny. Koerber podaje, że w przypadkach przezeń spostrzeganych ropa w miednicy małej znajdowała się nie wcześniej, niż po upływie 8 godzin po przedziurawieniu wrzodu żołądka. Barling znalazł w 6 godzin po przedziurawieniu wrzodu żołądka obfity wysięk ropny; Dahlgren w $5^1/_2$ godzin po przedziurawieniu — ogólne ropne zapalenie. Braun wspomina, że już po upływie 2 do $2^1/_2$ godzin znajdowała się ropa. W naszym przypadku I znaleziono w 15 godzin po postrzale zaczerwienienie otrzewnej jelitowej; w przypadku II w 8 godzin po postrzale znalazłem lekkie zaczerwienienie otrzewnej, w przypadku III zaś po upływie 5 godzin zaczerwienienie otrzewnej żołądka i włóknikowo-ropne złogi w okolicy krzywizny małej. Jeżeli zważymy, że przy przedziurawianiach przewodu pokarmowego zapalne zmiany otrzewnej mogą wystąpić często w krótkim bardzo czasie, to nie należy powątpiewać o słuszności zdania, że niezwłoczna operacya staje się naglącą potrzebą, leżącą w interesie chorego. Operacya nie przedstawia żadnych widoków w przypadkach zapadu w przebiegu zapalenia otrzewnej, jak to już wspomniałem.

Powyższe uwagi tyczą się ran postrzałowych drążących, odniesionych w czasie pokoju.

Rokowanie w przypadkach drążących ran postrzałowych w czasie wojny zmienia się na niekorzyść leczenia operacyjnego skutkiem osobliwych, wyjątkowo niekorzystnych warunków i wskutek odmiennego działania obecnych broni palnych.

Sprawa leczenia urazów drążących przewodu pokarmowego została rozstrzygnięta na korzyść chirurgii; zaznaczyć należy, że i leczenie przewlekłych owrzodzeń zostało ostatnimi czasy również słusznie powierzone chirurgom. Wszak medycyna wewnętrzna jest bezsilna przy zwalczaniu występującego jako skutek drążących urazów zapalenia otrzewnej, przeważnie niewątpliwie groźniejszego od samej przyczyny — od urazu. Jest to więc bezsprzecznie pole działania chirurgii; dyskusyi mogą podlegać jedynie pewne pytania, tyczące się strony technicznej wskazanej operacyi, oraz znaczenia niektórych środków pomocniczych, mogących znaleźć zastosowanie przygodne. Sposób postępowania przy przedziurawieniach żołądka urazowych, czy też wywołanych przez wrzód przewlekły, jest rozmaity i spełniać ma rozmaite zadania — zależnie od tego, czy w danym przypadku znajdują się zmiany, wywołane zapaleniem otrzewnej, czy też ich niema. W drugim przypadku zadanie nasze polega na dokładnem zeszyciu otworu, na oczyszczeniu części otrzewnej, zanieczyszczonych przez treść przewodu pokarmowego, na usunięciu nagromadzonej krwi i zatamowaniu krwotoku; w przypadku pierwszym łączy się z zadaniem powyższem możliwie staranne usunięcie wytworów zapalenia, znajdujących się w jamie otrzewnej, czynników chorobotwórczych i jadowitych produktów ich działalności życiowej. Zadanie leczenia pooperacyjnego w przypadku drugim ogranicza się do zastosowania środków, sprzyjających sprawie gojenia się rany i na wzmacnianiu ustroju chorego zapomocą odpowiedniego odżywiania; w przypadku pierwszym ze wspomnianymi postulatami łączy się zwalczanie ogólnego zatrucia ustroju. Jeżeli chory dość wcze-

śnie dostaje się pod opiekę lekarską, jeżeli rozpoznanie nie ulega wątpliwości lub też jest prawdopodobnem i operacyjny zabieg postanowiony, to korzystamy z czasu przygotowań do operacyi i staramy się zwalczyć zapad za pomocą podskórnych wstrzykiwań kamfory, soli kuchennej i t. p. środków, lub też uspokoić rozdrażnionego, przez bóle dręczonego chorego zapomocą wstrzyknięcia morfiny, poprzedzającego uśpienie. Zaznaczyć należy, że środki narkotyczne zastosowywać należy jedynie w tym sensie: wielu autorów słusznie to zaznacza. Cięcie linii środkowej w większości przypadków jest najodpowiedniejsze; w pewnych jednak okolicznościach mogą być wskazane cięcia i w innych miejscach powłok brzusznych. Otrzewnę otwieramy na razie za pomocą małego cięcia; w wielu przypadkach wydobywają się z małego otworu gazy i jakość ich (cuchnące, lub bezwonne) daje niekiedy wskazówki co do miejsca przedziurawienia. Po rozszerzeniu otworu w otrzewnej zabezpieczamy starannie sąsiednie części jamy brzusznej zapomocą kompresów z gazy wyjałowionej i przystępujemy do zbadania przypuszczalnego terenu przedziurawienia celem odszukania otworu. Okolicę przedziurawienia zanieczyszczoną przez treść żołądka lub jelit oczyszczamy zapomocą tamponów wilgotnych (rozczyn fizyologiczny soli kuchennej) lub suchych, i zaszywamy dokładnie znaleziony otwór. Przy ranach postrzałowych żołądka szew Lemberta jest prawie zawsze wystarczający, tak, że np. bardziej skomplikowany szew Senna jest zbyteczny.

W przypadkach wątpliwych, w których zranienie tylnej ściany żołądka nie jest stanowczo wykluczone, badamy ścianę tę przez otwór zrobiony w wiązadle żołądkowo okrężniczem. Godne uwagi badania doświadczalne v. Frischa dowiodły wprawdzie, że przy postrzałach otwory na tylnej ścianie żołądka są o wiele mniejsze od wlotów postrzału na przedniej i nie wymagają osobliwego uwzględnienia. Jednakże znane są przypadki, w których nieopatrzone przedziurawienie na tylnej ścianie żołądka spowodowało skutki fatalne. Tak np. w przypadku XII Kronera niezaopatrzony wylot postrzału na tylnej ścianie żołądka stał się źródłem ropnia podprzeponowego. Le Furs twierdzi nawet, że rany tylnej ściany żołądka są o wiele niebezpieczniejsze, niż przedniej. Nie pewnem jest jednakże, czy twierdzenie to tyczy się również i ran postrzałowych. W moim przypadku II wlot postrzału na przedniej ścianie = 8 mm, wylot zaś na tylnej ścianie = 5 mm, był więc istotnie mniejszy, jednakże nie zamknięty czopkiem śluzowym. Nie należy więc bynajmniej otworów na tylnej ścianie uważać za bezwarunkowo obojętne i jedynie warunki rozpaczliwe, wymagające najspieszniejszego zakończenia operacyi usprawiedliwić mogą nieuwzględnienie rany tylnej ściany żołądka jako mniej niebezpiecznej. W przypadkach, w których na żołądku nie znajduje się otworu wyjścia kuli, radzi Forgues otworzyć żołądek zapomocą dłuższego cięcia celem odszukania uszkodzonych części błony śluzowej i zabezpieczenia ich za pomocą szwu; zabieg ten ma zapobiedz tworzeniu się owrzodzeń urazowych i krwotokom. Tego rodzaju przypadki są niewątpliwie nader rzadkie; nie mamy zatem poważniejszego powodu stosować się do powyższej rady. Co się tyczy zaopatrzenia otworów z przedziurawienia wrzodów żołądka, to w praktyce stosowane bywają następujące: 1. szew Lemberta lub Czernyego; 2. wycięcie brzegów otworu i nałożenie szwu; 3. szew i zabezpieczenie tegoż przez naszytą sieć; 4. proste naszycie sieci na otwór (podług H. Brauna); 5. zamknięcie otworu przez czopek z sieci i przytwierdzenie tegoż za pomocą szwów (Bennet); 6. zeszycie szczelne 2 poprzecznych lub podłużnych fałdów ściany żołądka, otaczających otwór (Silcock); 7. zeszycie szerokich fałdów zdrowej otrzewnej żołądka z obydwóch stron nad rożkiem sieci, pokrywającym otwór (Brentano), na podobieństwo sposobu Tubbyego, który przykrył dno owrzodzenia kawałkiem sieci i unieruchomił go zapomocą szwów, a następnie ścianę żołądka wraz z siecią sfałdował i fałdy zeszył; 8. przytwierdzenie wrzodu przedziurawionego do rany w powłokach brzusznych (Blume); 9. przyszycie środka przedniej ściany żołądka do przedniej ściany brzucha, sączkowanie i tamponada kieszeni, znajdującej się nad miejscem przyszycia żołądka do ściany brzusznej i tamponada jamy brzusznej pod miejscem przyszycia żołądka do ściany brzusznej (Villard); 10. wprowadzenie sączka przez otwór do żołądka, tamponada naokoło sączka z dodatkiem gastroenterostomii (Lorenz); 11. otwarte leczenie (prosta tamponada za pomocą pasów gazy).

Szew Lemberta lub Czernyego jest wskazany, gdy brzegi otworu nie są naciekłe i nie kruche, gdy przeto nie należy obawiać się przecięcia ich przez szew i gdy położenie otworu nie jest zbyt niekorzystne. Szyć należy w kierunku osi podłużnej żołądka, jeżeli zaś otwór znajduje się w sąsiedztwie odźwiernika, należy nakładać szew poprzeczny lub w kierunku skośnym, wtedy bowiem unika się zwężenia części przyodźwiernikowej. Wycięcie brzegów wrzodu, podług Körtego wielce korzystne, jest wskazane przy zwyrodnieniu włóknistem brzegów otworu, tak, że nie mogą one być ze sobą zetknięte lub też przy brzegach kruchych, które szew łatwo przecina. Po wycięciu brzegów zwyrodniałych pierwszy rząd szwów chwyta już tkankę prawidłową. Jeżeli zachodzi obawa, że szew może być niepewny, to dla zabezpieczenia go nakłada się nań część sieci, którą należy przymocować zapomocą szwów. W innych przypadkach, w których zaszycie otworu z tego lub innego powodu nie dało się wykonać, zastosowano pozostałe wyżej wymienione metody. W dostępnej mi literaturze wyszukałem następujące przypadki, w których zastosowano otwarte leczenie połączone z tamponadą otworu. Przypadek Ch. Parkera, w którym operacyi nie wykonano wskutek przedziurawienia wrzodu, gdzie jednak po otwarciu jamy brzusznej miejsce owrzodzenia uległo rozdarciu; miejsce to było zrośnięte z wątrobą. Nie zamknięto go zapomocą szwu, lecz zastosowano leczenie otwarte i tamponadę (wyzdrowienie po 4 miesiącach); 2 przypadki Le Dentu (o wynikach pomyślnych); przypadek Porgesa, w którym otwarte leczenie połączono z tamponadą i gastroenterostomią sposobem Hackera (również wynik pomyślny). Do tej kategoryi przypadków zaliczyć należy i przezemnie przytoczony III. Po odpłynięciu treści żołądka i dokładnem oczyszczeniu okolicy wilgotnymi kompresami z gazy, wprowadziłem zapomocą długich szczypczyków jeden koniec pasa gazy wyjałowionej bezpośrednio do otworu w żołądku, drugi zaś koniec pozostał na zewnątrz przed górnym kątem rany powłok brzusznych. Wynik dowiódł i w tym przypadku, że ten sposób może niekiedy zapewnić pomyślne gojenie i że otwarte leczenie, połączone z sączkowaniem, zapomocą tam-

ponu, może być zastosowane z powodzeniem w przypadkach, w których warunki dla zastosowania szwu lub też innych metod są niekorzystne, zwłaszcza zaś w przypadkach, wymagających szybkiego wykonania operacyi. Pariser zaznacza też, że na wynik pomyślny operacyi mają wpływ: niezwłocznie po przedziurawieniu wykonany zabieg chirurgiczny, stopień napełnienia żołądka, wreszcie szybkie odnalezienie i dobry dostęp do miejsca przedziurawienia. Chociaż przedziurawienia wrzodów, położonych na tylnej ścianie żołądka, nader rzadko się zdarzają, to jednak wielu autorów (Körte, Jones, Borelius, Verral, Furner i inni) radzi zbadać tylną ścianę żołądka przez otwór zrobiony w więzadle żołądkowo-okrężniczem. O ile przytem okażą się zrosty, należy je usunąć, a otwór zaszyć, jak tego dokonano w jednym przypadku w szpitalu św. Grzegorza w przypadku Jowersa.

Z chwilą zamknięcia otworu kończy się główne zadanie operacyi. Wielu chirurgów dopełnia zabiegu powyższego przez gastroenterostomię. Jest to punkt sporny i omawiany wielokrotnie. Z jednej strony chwytano się gastroenterostomii, gdyż nie znano środka lepszego (Verlegenheitsoperation), z drugiej zaś mniemano, iż gastroenterostomię uważać należy za bezpośrednio leczniczy środek, t, j. za zabieg sam przez się sprowadzający zagojenie się wrzodu. Sądzę jednak, że gastroenterostomii nie należy przypisywać ani jednego ani drugiego znaczenia. Bywały bowiem przypadki, w których po zastosowaniu gastroenterostomii znikały wszystkie dolegliwości, towarzyszące chorobie, z drugiej zaś strony znane są przypadki, gdzie pomimo gastroenterostomii cierpienia te trwały w dalszym ciągu. Gastroenterostomia nie może również pretendować do znaczenia środka, zapobiegającego tworzeniu się wrzodów; wszak powstawały nowe owrzodzenia na miejscu dokonanej gastroenterostomii. W każdym razie istotne znaczenie gastroenterostomii i realna jej wartość nie dają się obecnie dokładnie określić. A zatem zarówno nie mamy prawa potępiać przypadkowego niestosowania gastroenterostomii, jak też pochwalać stałego stosowania jej. Na ogół biorąc, gastroenterostomia może być wskazana w przypadkach, w których nastąpiło z tego lub innego powodu zwężenie światła części odźwiernikowej żołądka, a więc przy skurczu odźwiernika, przy guzowatem jego zgrubieniu lub też przy usadowieniu się wrzodu w odźwierniku. W przypadkach tych gastroenterostomia stwarza lepsze warunki odpływu treści żołądka, — okoliczność, posiadająca niewątpliwie poważne znaczenie.

W przypadkach, w których przy operacyi znajdujemy zmiany, wywołane zapaleniem otrzewnej, t. j. włóknikowo-ropne złogi czy też ciecz ropną, następnem zadaniem naszem będzie ich usunięcie. Dokonać tego możemy w sposób rozmaity; możemy usunąć owe wytwory zapalenia zapomocą suchych tamponów z gazy, albo zapomocą przepłukiwania gorącym rozczynem fizyologicznym soli kuchennej. Co się tyczy w szczególności przepłukiwania rzucono pytanie: płukać czy nie płukać? Sądzę, że pytania tego nie należy stawiać w ten sposób i nadawać mu znaczenia słów Hamleta.

Przepłukiwanie w żadnym razie nie jest uzasadnione przy częściowem zapaleniu otrzewnej, ograniczającem się do miejsc, sąsiadujących z uszkodzonemi, gdyż nietknięte części otrzewnej byłyby zagrożone przez materyał zakaźny, unoszony strumieniem płynu. Inaczej w przypadkach ogólnego zapalenia otrzewnej, gdzie chodzi o to, aby ze wszystkich części i zatok otrzewnej usunąć materyał zakaźny; wtedy płukanie jest środkiem jedynie odpowiednim. Przy ograniczonem, częściowem zapaleniu otrzewnej usuwamy materyał zakaźny zapomocą starannego wycierania suchymi, względnie wilgotnymi kawałkami gazy i staramy się zapobiedz uogólnieniu si zapalenia zapomocą sączkowania i tamponady. O ile stęoujemy przepłukiwanie, powinno ono być gruntowne; zwracamy przytem szczególną uwagę — w nadpępczu — na przestrzenie otrzewnej pomiędzy narządami, w miednicy małej zaś na zatokę Douglasa. Przepłukiwanie przerwać należy nie wcześniej, aż płyn stosowany wypływa z jamy brzusznej zupełnie czysty. Po dokonanem przepłukaniu zostawia się często w jamie otrzewnej pewną ilość płynu (naprz. 0,25 litra rozczynu soli kuchennej).

Sączkowanie (drainage) przez wielu autorów często — przez innych rzadko stosowane, jest przez niektórych zgoła zaniechane jako »mało obiecujące« (Mannsell, Wilson itp.). Nie ulega wątpliwości, że sprawa leczenia o wiele prościej się kształtuje, jeżeli jamę brzuszną całkowicie się zamyka; natomiast można powątpiewać o tem, czy zawsze słusznie postępujemy, nie stosując wcale sączkowania. W przypadkach ran postrzałowych bez śladu zmian zapalnych w jamie brzusznej lub też zanieczyszczenia otrzewnej treścią żołądka lub jelit, można bez skrupułów przystąpić do całkowitego zamknięcia jamy brzusznej. Jeżeli jednak nastąpiło zanieczyszczenie otrzewnej przez treść żołądka lub jelit, to nigdy — nawet po możliwie dokładnem jej usunięciu — nie możemy mieć pewności, że niebezpieczeństwo zapalenia zostało usunięte. Podobnie rzecz się ma z wytworami zapalenia. Mówiono — nie bez słuszności — że otrzewna radzi sobie pomyślnie z resztką materyału zakaźnego. Więcej jednak jest uzasadnionem, sądzę, mniej polegać na tej zdolności otrzewnej, a więcej na jej skłonności do szybkiego tworzenia błon ochronnych, zrostów, odosabniających części otrzewnej, zapaleniem dotknięte. Pożądaną zaś podnietę do tworzenia zrostów stanowi sączkowanie zapomocą tamponu. Przedziurawienia wrzodów żołądkowych wymagają bodaj więcej jeszcze ostrożności w decyzyi co do zaniechania sączkowania, niż przedziurawienia urazowe, już choćby z tego względu, że szew w przypadkach pierwszej kategoryi na mniejsze zasługuje zaufanie, niż przy drążących ranach postrzałowych, gdzie żywotność tkanek, objętych szwem, prawie nigdy nie budzi wątpliwości. Słusznie zaznacza Koerber, że kruchość tkanek okolicy wrzodu nawet przy warunkach skądinąd pomyślnych zawsze skłaniać powinna do stosowania tamponady. O ile niezbędniejszem wydaje się sączkowanie zapomocą tamponu przy przedziurawieniu wrzodów, powikłanych częściowem, w okolicach ogniska chorobowego usadowionem zapaleniu! Jeżeli w takich przypadkach po zastosowaniu sączków z gazy sprawa zapalna nie szerzy się, to chyba więcej uzasadnionem będzie przypuszczenie, że szerzenie się zapalenia zostało wstrzymane przez zabieg leczniczy, aniżeli twierdzenie, że sprawa zapalna z natury była ograniczona. Gdyby przy operacyi znalazły się zrosty mocne, odosabniające obszar otrzewnej objęty zapaleniem, to byłoby jasnem, że sprawa zapalna z natury pozostała ograniczona; w razie zaś ich braku jest

wręcz niemożliwem rozpoznać, czy zapalenie otrzewnej posiada charakter zapalenia ograniczonego, czy też ma skłonność do rozszerzania się.

(Dok. nast.).

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

(Znieczulanie. Zakrzepy pooperacyjne).

Lotheisen. **Uśpienie chlorkiem etylu z tlenem.** (Arch. f. klin. Chir. 91, I.). Zapomocą nieco zmienionego aparatu Roth-Drägera wykonał L. 500 uśpień chlorkiem etylu z tlenem, oraz w kombinacyi z uśpieniem eterowem. Wyniki bardzo dobre. Wymioty występowały bardzo rzadko, o wiele rzadziej, niż przy uśpieniu chloroformowem lub eterowem. Ponieważ chlorek etylu wydziela się szybko z ustroju, przeto nie drażni nerek, a także jest znacznie mniej niebezpiecznym od innych środków. Tętno i oddech wśród uśpienia prawie się nie zmieniają. A.

Janssen. **W sprawie uśpienia śródżylnego.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 3). J. występuje przeciwko polecanemu przez Burkhardta uśpieniu śródżylnemu wodą chloroformową lub eterową, wykazując, że uśpienie nie jest wcale »najidealniejszym sposobem uśpienia«, jak sądzi B., albowiem naprzód płuca nie są przy tem uśpieniu zupełnie wyłączone, narkotyk bowiem wydziela się z powrotem że krwi właśnie drogą płuc, a dalej sposób dawkowania, podany przez B., nie jest wcale dokładny, albowiem za każdym razem zalewa nagle ustrój za dużą ilością płynu usypiającego, zamiast czynić to stale i systematycznie. Zadanie to spełnia strzykawka, podana przez autora, która dozwala wprowadzać środek usypiający stopniowo kroplami, przez co panuje się rzeczywiście nad uśpieniem i można je w każdej chwili przerwać. Próby z uśpieniem śródżylnem przeprowadzał w klinice Witzla Schöning, ale doszedł do przekonania, że na razie nie znamy jeszcze odpowiedniego, a niewinnego środka do uśpień śródżylnych. Chloroform i eter bezwarunkowo nie nadają się do tego, wywołują bowiem rozkład krwi i zatory, (co spostrzegał już także Burkhardt). Szczęściem też nazwać można, że Burkhardt wśród 41 uśpień nie spostrzegał ani razu ciężkich powikłań. A.

Prof. Oppel. **Doświadczalne postępy znieczulenia tętniczego.** (Münch. med. Wochs. 1909, Nr 35). Gdy przed rokiem przedstawił Bier na Zjeździe chirurgów niemieckich swój sposób znieczulania drogą żył, doszedł Oppel do wniosku, że znieczulenie to nie jest jeszcze ostatnim wyrazem postępu, lecz że należy próbować znieczulania drogą tętnic, by postępować więcej fizyologicznie i idąc z prądem krwi, znieczulać przez to wszystkie zakończenia nerwowe danej okolicy. W jednej z ostatnich prac dochodzi sam Bier do podobnego wniosku. O. postanowił sprawę tę rozjaśnić doświadczalnie. Najpierw chciał przekonać się o ewentualnych niebezpieczeństwach tego znieczulania. W tym celu wykonywał doświadczenia na królikach. Po otworzeniu jamy brzusznej odsłaniał aortę poniżej odejścia tętnicy nerkowej i wstrzykiwał do niej rozczyn kokainy. O ile przez wprowadzenie do żyły głównej dolnej 1 cm³ 1% rozczynu kokainy wywołać można u królika już ciężkie zatrucie, o tyle w razie wstrzyknięcia do aorty występuje zatrucie dopiero po 1 cm³ 8%, a nawet 10% rozczynu. Widać z tego, że dawka może tu być 10 razy silniejsza, a to z tego powodu, że kokaina rozdziela się tu na znacznie większej przestrzeni, nim w końcu dostanie się do żył. Im do mniejszych tętnic wstrzykiwać będziemy, tem i przestrzeń ta będzie mniejsza, czyli stosować musimy dawki słabsze; tak n. p. wprowadzając do tętnicy udowej nawet 1 cm 5% rozczynu wywołać można już ciężkie zatrucie. Natomiast wprowadzać możemy do tej tętnicy bezkarnie dawki kokainy, 4 razy silniejsze, niż do żyły udowej. Co do samego znieczulenia, to o ile dało się to na zwierzętach ocenić, występuje ono po wstrzyknięciu kokainy do tętnic w danem miejscu bardzo szybko i pewnie. Wobec więc tego, że znieczulenie z tętnic otrzymać można szybko i pewnie, i to znacznie mniejszą dawką środka znieczulającego, niż od strony żył, sądzi O., że znieczulanie tętnicze jest znacznie odpowiedniejsze, niż żylne. Dodać tu należy, że już Goyanet po przeprowadzeniu prób na psach, przystąpił 2 razy na człowieku do operacyi w znieczuleniu tętniczem, używając do tego ½% rozczynu nowokainy. K.

Lotheisen. **O zastosowaniu tlenu w chirurgii.** (Öster. Ärzte-Zeitg. 1909, Nr 22, 23). Główne, a najwcześniejsze zastosowanie znalazł tlen w chirurgii przy uśpieniu, a to na podstawie badań Berta, Löwyego, Leubego i i. Przez dostarczanie wśród uśpienia tlenu czynimy ustrój odporniejszym na truciznę, jaką jest narkotyk. Pierwsze tego rodzaju próby usypiania podał Wohlgemuth na Zjeździe chirurgów w r. 1901. W powszechnem użyciu są przyrządy Roth-Drägerowskie. Autor podał bardzo wygodny przyrząd przenośny do usypiania tlenem i chlorkiem etylu dla operacyi krótszych. Wdychiwanie tlenu działa też znakomicie przy zapadzie lub ustaniu oddechu wśród uśpienia. Również znakomitym środkiem okazał się tlen, podawany do wdychiwania po długich i ciężkich uśpieniach. Zapobiega on nieraz powikłaniom płucnym. Wdychiwanie tlenu oddaje dalej cenne usługi przy urazowej jednostronnej odmie piersiowej. Używa się go też z pomyślnym skutkiem przy osłabionej czynności serca, zakażeniach ropnych w niedokrwistości po krwotokach, n. p. w przypadkach ciąży zewnątrzmacicznej, wrzodu żołądka i t. p. Tutaj wdychiwanie tlenu wspólnie z wlewaniami rozczynu soli kuchennej ratuje wprost życie. Polecono też wlewania śródżylne rozczynu soli kuchennej wspólnie z wdychiwaniem tlenu w przypadkach, wymagających nagłej interwencyi, n. p. przy duszeniu się wskutek ciała obcego w tchawicy, przy błonicy, w ciężkiej gruźlicy i t. p. Prócz tych wskazań używa się w chirurgii tlenu w postaci wody utlenionej przy opatrywaniu ran, płukaniu gardła, odejmowaniu opatrunków, a wreszcie przy zakażeniach beztlenowcami, n. p. przy ropowicy gazowej, obrzęku złośliwym, tężcu i t. p W celach rozpoznawczych używa się tlenu w rentgenologii, do prześwietlań stawów, i t. p. Gaz wdmuchuje się do stawu, przez co obraz staje się znacznie wyraźniejszym. A.

Rehn. **Bezpośrednie miesienie serca przy śmierci wśród uśpienia.** (Münch. med. Wochs. 1909, Nr 48). Sprawę miesienia serca celem ożywienia serca poruszyli pierwsi Schiff i Hocke, a na zwierzętach rozjaśnił Prus. Dotąd jednak właściwie nie rozstrzygnięto, czy w razie n. p. śmierci wśród uśpienia jesteśmy uprawnieni do próbowania tego sposobu ożywiania, pomimo tego, że figuruje już jako »kliniczna metoda« od lat 10. O ile doświadczenia na zwierzętach wypadały korzystnie, o tyle próby na ludziach nie odpowiedziały pokładanym nadziejom, a to dlatego, że gdy na zwierzętach eksperymentowano z sercami zdrowemi, o tyle zwykle u ludzi zapady występowały tam, gdzie serce było niezupełnie zdrowe, lub u ludzi, którzy mieli idiosynkrazyę do środka usypiającego. Z tych też powodów Zjazd francuskich chirurgów w r. 1902 oświadczył się przeciw temu sposobowi, chociażby inne sposoby zawiodły. Natomiast Cackovic staje w obronie miesienia serca, a zestawiwszy znane przypadki, (a nie brak między niemi korzystnych) wyraża się, że miesieniu serca jedynie wtedy przypisuje korzystne działanie, jeżeli ruchy serca wystąpiły dopiero w pewien czas po stosowaniu tego zabiegu, a brakowało ich przy poprzednich innych sposobach cucenia, lub też gdy miesienie zaczęto wykonywać dopiero w 10 minut po ustaniu ruchów serca. R. spostrzegał następujący przypadek: U młodego chłopca, u którego z powodu wrodzonego zrostu palców przystąpiono do operacyi plastycznej, nagle, już pod koniec uśpienia, wystąpił zapad. Po bezskutecznem zastosowaniu wszelkich innych

środków przez 5 minut, zrobiono laparotomię i miesienie serca przez przeponę przez $^3/_4$ godziny, poczem przecięcie przepony, bezpośrednie miesienie serca, sztuczny oddech i wpędzanie tlenu przyrządem Brauera. W 70 minut pierwsze drgania mięśnia sercowego, w 100 minut regularne kurcze, poczem (w $2^1/_2$ godziny od początku) czynność serca i płuc powróciła. Po 2 godzinach tego dobrego zupełnie stanu, podczas którego chory się już ruszał swobodnie, nagle zapad, duszność i śmierć. Sekcya wykazała uszkodzenie opłucnej i silną lewostronnę odmę piersiową. Wynik miesienia był tu widoczny. Przyrząd Brauera oddaje w podobnych przypadkach cenne usługi, albowiem dawkuje doprowadzane powietrze, względnie tlen, dozwala równocześnie na sztuczne oddychanie i chroni nieraz od potrzeby tracheotomii. K.

John. **Dalsze kliniczne doświadczenia z śródżylnemi wstrzykiwaniami adrenaliny przy ciężkich zapadach.** (Münch. med. Wochs. 1909, Nr 47). Ponieważ w ostatnich czasach zjawiły się prace, ostrzegające przed stosowaniem w zapadach śródżylnych wstrzykiwań adrenaliny, przeto J. zabiera głos w obronie tego leczenia. Stosował on to postępowanie w dalszych 22 przypadkach ciężkich zapadów. Wstrzykiwania te uważa J. za wskazane przy ciężkich zapadach, tam gdzie już wszelkie inne środki nie skutkują. Za skuteczną dawkę uważa J. 0,2—1 cm^3 gotowego rozczynu. W razie potrzeby powtarza się wstrzyknięcie w 4—6 godzin, lub na drugi dzień. Jeżeli chodzi o wielki pośpiech, radzą niektórzy wstrzykiwania wprost do serca. J. nie widział potem żadnego skutku; jeżeli czynność serca już ustała, to nie występowała ona po wstrzyknięciu na nowo. Po wstrzyknięciu, a nieraz wśród niego, zjawia się często bladość twarzy i błon śluzowych, a czasem wymioty, lub nudności. J. sądzi, że potępienie wstrzykiwań śródżylnych w czambuł jest niesłuszne, albowiem udało mu się uratować w ten sposób 8 chorych od niechybnej śmierci, tam gdzie wszelkie inne środki już nie skutkowały. A.

Prof. Aschoff. **O zakrzepach żylnych i zatorach tętnicy płucnej.** (Med. Klinik 1909, Nr 45). Wielu jest zdania, że przy tworzeniu się zakrzepów, a potem zatorów, rozstrzygającą rolę odgrywa jedynie zakażenie. Świeżo oświadczył się za tem stanowczo Kretz. Tak przedstawia się sprawa tym, którzy sądzą, że zakrzepy polegają na zwykłem krzepnięciu krwi. Tymczasem nowsze badania dowodzą, że tworzenie się zakrzepów nie jest identyczne ze zwykłem krzepnięciem krwi, lecz że jest to proces, polegający na osadzaniu i zlepianiu się płytek Bizzozera we krwi. Udowodnił to między innemi uczeń Aschoffa Ferge, wykazując, że budowa zakrzepów odpowiada w zupełności fizycznym procesom opadania i osadzania się płytek i różni się zasadniczo od zwykłego krzepnięcia krwi. Niema żadnego konkretnego dowodu, że przyczyną tworzenia się zakrzepów jest zawsze zakażenie, przeciwnie wiele przemawia przeciw temu. Jedynie też w ten sposób wytłomaczyć sobie możemy korzystny wpływ wczesnego wstawania po operacyach, o czem donoszą Krönig, Kümmel i Zurhelle. W jakiżby sposób wczesne wstawanie mogło działać przeciwko tworzeniu się zakrzepów z zakażenia? Tu jedynie czynniki fizyczne, t. j. poprawa krążenia krwi, odgrywają główną rolę. Nie udało się też nikomu doświadczalnie przez zakażenie wywołać zakrzepów, analogicznych do zakrzepów pooperacyjnych.

W odpowiedzi Prof. Kretz z Pragi zaznacza, że na tysiącach zwłok starał się znaleść przypadek, w którymby zakrzep wytworzył się bez ścisłego związku z zakażeniem i przypadku takiego nie znalazł. W przypadkach Fergego związku tworzenia się zakrzepów z zakażeniem również wyłączać nie można. K.

Zurhelle. **Doświadczalne badania nad tworzeniem się zakrzepów.** (Med. Klinik 1909, Nr 45). Z. pragnął rozstrzygnąć sprawę, czy pooperacyjne tworzenie się zakrzepów rzeczywiście powstaje wskutek zakażenia i w jakim stosunku stoi ono do krzepnięcia włóknika. Dotąd przeważa zapatrywanie, że głównej przyczyny tworzenia się pooperacyjnych zakrzepów szukać należy jedynie w zakażeniu rany. Inni twierdzą jednak, że przyczyną zakrzepów jest zanadto wielka krzepliwość krwi i w tym też celu podano z kliniki Eiselsberga nawet sposoby zapobiegania zmianom krzepliwości krwi, przez unikanie środków wzmagających krzepliwość (mleko i pokarmy zawierające wapno), a podawanie n. p. kwasu cytrynowego, który zmniejsza krzepliwość krwi. Tymczasem sprawa zakrzepów przedstawia się nieco inaczej. Przy tworzeniu się ich główną rolę odgrywają płytki Bizzozera; w skrzepie, zwłaszcza w początku tworzenia się jego, może nawet zupełnie nie być włóknika. Tworzenie się zakrzepów jest sprawą zupełnie różną od krzepnięcia krwi i poza naczyniami głównie wpływy mechaniczne, t. j. zaburzenia w krążeniu (wywołujące osadzanie się i zlepianie płytek) odgrywają tu rozstrzygającą rolę. Dowiodły tego doświadczenia Ebertha, Schimmelbuscha, Aschoffa i Fergego. Przy znacznie zwolnionym prądzie krwi, płytki Bizzozera, zwykle płynące wartko środkiem naczynia razem z ciałkami czerwonemi, osadzają się na ścianach naczynia, a natrafiwszy na uszkodzoną ścianę, zlepiają się i tworzą zakrzepy. Dlatego też zakrzepy tworzą się przeważnie w żyłach i to w tych miejscach, gdzie krążenie krwi natrafia na przeszkody i opór. Że zakażenie nie jest jedynym i głównym powodem tworzenia się zakrzepów, nietrudno udowodnić. Przedewszystkiem zakrzepy występują często bardzo daleko od miejsca operacyi, gdy w sąsiedztwie rany nieraz ich brak. Gdyby zakażenie miejscowe było przyczyną tworzenia się zakrzepów, byłoby zapewne, zdaniem autora, odwrotnie. Gorączka występuje przy zakrzepach zwykle dopiero wtedy, gdy się zakrzepy już utworzyły, co wskazuje, że zakażenie zakrzepu drobnoustrojami jest dopiero wtórne. Dla wykazania, że zakrzepy mają jedynie tło zakaźne, wprowadzał Fromme do żyły szyjnej królików nitki i miał się przekonać, że zakrzepy tworzyły się tylko około nitek zakażonych. Z. powtórzył te doświadczenia i przekonał się, że zakrzepy tworzyły się także około nitek jałowych, w razie, gdy ściana naczynia była uszkodzona. Powstawanie włóknika nie jest wcale potrzebne do tworzenia się zakrzepu i dlatego wszelkie sposoby obniżania krzepliwości krwi dla zapobieżenia zakrzepom są bezcelowe. Jedynie skuteczne mogłyby być środki zmniejszające zdolność zlepiania się płytek krwi, takich środków jednak jeszcze nie mamy. K.

Mendel. **Skłonność do zakrzepów** (trombophilia) **i wczesne wstawanie po porodzie i operacyach brzusznych.** (Münch. med. Wochs. 1909, Nr 42). Podług Schmidta krzepnięcie krwi następuje przez wspólne działanie fibrynogenu, zawartego stale w surowicy krwi i zaczynu włóknikowego, powstającego z rozpadu ciałek białych. Nowsze badania przedstawiają tę rzecz nieco inaczej. Prócz fibrynogenu znajdują się w osoczu krwi sole wapniowe i trombogen, a wreszcie małe ilości antytrombiny, powstrzymującej krzepnięcie. Ciałka krwi zawierają znów trombokinazę, t. j. substancyę, która przez współdziałanie fibrynogenu przy obecności soli wapniowych dostarcza zaczynu włóknikowego, powodującego krzepnięcie krwi. Krzepnięcia krwi nie wywołuje, jak przypuszczano, zwolnienie lub zatrzymanie prądu krwi, lecz jedynie uszkodzenie śródbłonka naczyń i zakażenie. Że tak jest, nie trudno udowodnić. Zakrzepy tworzą się nierównie rzadziej u nieoperowanych, niż u operowanych, chociażby nawet warunki krążenia w danych żyłach były bardzo złe, n. p. przy żylakach. Natomiast skrzepy występują bardzo często wśród ostrych chorób zakaźnych, dalej przy wypryskach na skórze przy żylakach, po zakażeniach przyrannych i t. p. M. zwraca uwagę, że pewne osoby mają dziwną skłonność do tworzenia się skrzepów, którą M. nazywa »trombofilią«. Lada zakażenie wywołuje zaraz u nich wytworzenie się skrzepu. Osoby te skłonne są też bardzo do wyprysków.

Zakażenia pooperacyjne mogą być dla nas nawet niewidoczne; a jednak jedynie one powodują właściwie uszkodzenie śródbłonków żył i rozpad ciałek krwi, a przez to uwalnianie się zaczynów. Podobnie dodatnio na krzepnięcie krwi wpływają krwotoki i częste upusty krwi. Wobec tego wątpliwą jest rzeczą, by wczesne wstawanie po operacyach i porodach wpływało dodatnio na zapobieganie tworzeniu się zakrzepów. Nie mamy dotąd żadnego dowodu na poparcie zdania Kümmella, który twierdzi, że czem wcześniej chory wstanie po operacyi, tem zakrzepy są rzadsze. Krzepnięcie krwi ma przyczynę w procesach chemicznych, na które wczesne wstawanie żadnego chyba wpływu nie wywiera. A.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Akademia Umiejętności w Krakowie.

Wydział matematyczno-przyrodniczy.

Posiedzenie d. 29. stycznia 1910.

Czł. J. Talko-Hryncewicz przedstawia pracę p. Jana Czekanowskiego p. t.: **Sprawozdanie z badań dokonanych w międzyrzeczu Nilu i Kongo.** Autor przedstawia w tej pracy wyciąg z materyałów antropologicznych, zebranych przez siebie, jako członka wyprawy »Deutsche Wissenschaftliche Zentral-Afrikanische Expedition«. Po krótkiem omówieniu ogólnych wyników, rozpatruje autor mapę wskaźników czaszkowych ludności badanego terytoryum. W mapie tej nie można było jeszcze uwzględnić całego materyału antropologicznego. Mimo to daje ona już możność stwierdzenia kilku zasadniczych faktów. 1) Międzyrzecze Nilu i Kongo okazuje pewne ogólne prawidłowości antropologiczne. 2) Wielka rozpadlina środkowo-afrykańska jest pierwszorzędną granicą antropogeograficzną. 3) W Międzyrzeczu Nilu i Kongo mamy następujące dzielnice antropologiczne: a) Terytoryum krótkogłowych ludów (Bantu) między Kongo, Lukugą i Wielką Rozpadliną i Ituri. b) Terytoryum krótkogłowych Sudańczyków (Azande) na północ od Uele. c) Terytoryum podkrótkogłowych Południowych Nilotów na północ od jeziora Alberta (N., NW., N. O). d) Terytoryum długogłowych Hamitów na wschód od wielkiej rozpadliny środkowo-afrykańskiej. e) Terytoryum długogłowych Sudańczyków (Mangbetu) w dorzeczu Nepoko i Bomokandi. 5) Prowincye antropologiczne pokrywają się tylko w przybliżeniu z etnograficznemi dzielnicami. Mimo to można stwierdzić, że odrębne kultury są związane z określonymi typami antropologicznymi. — Krótkie omówienie zasad organizacyi społecznej badanego terytoryum zamyka ten komunikat tymczasowy.

Posiedzenie d. 7. lutego 1910.

Czł. A. Wierzejski przedstawia pracę Prof. Tad. Garbowskiego p. t.: **O nowych doświadczeniach cytologicznych na jaju jeżowców.** W postaci tymczasowego doniesienia autor zdaje sprawę ze spostrzeżeń cytologicznych, dokonanych w sierpniu i wrześniu ubiegłego roku w Roskofie w Bretanii na rozwijających się jajach jeżowca »Paracentrotus lividus« (Lmk). Posiadają one pomarańczowy barwik w postaci ziarenek, rozsianych równomiernie na całej powierzchni komórki, albo ułożonych w równikowym pasie (var. diffusa i rufocincta). Na materyale, który silnie wstrząsano, centryfugowano i poddawano ciśnieniu, pojawiły się ostro określone barwikowe plamy w miejscach, zajętych przez sfery mitotycznego promieniowania. Przy bliższem badaniu okazało się, że pod działaniem prądów w ciele komórki, towarzyszących podziałowi, ziarenka barwika przesuwają się w kierunku promieni ku kinetycznym ośrodkom mitozy, przyczem okalają sferę półkolisto albo docierają aż do jej wnętrza, tworząc mniej lub więcej spoiste skupienia.

Po raz pierwszy powiodło się więc drogą doświadczalną zmusić komórkę żyjącą do uwidocznienia centrosomów, oraz ich podziału. Jakkolwiek bowiem materyał z powodu niekorzystnych wpływów wstrząsania, ucisku i t. p, zwykle po kilku godzinach obumiera, jednak poszczególne okazy były jeszcze zdolne doprowadzić do końca rozpoczęty proces podziału, a nawet dokonać ponownych podziałów. Na jajach takich można było zauważyć, jak sfera zapełniona barwikiem stopniowo się wydłuża, biszkoptowato otacza pęcherzyk jądrowy, a wreszcie, po dosięgnięciu przeciwnego bieguna, dzieli na dwie części, które następnie zaokrąglają się i rozstępują jako biegunowe centrosomy wrzeciona. W sferach ubogich w barwik można też było stwierdzić zbijanie się jego ziarenek w jednę lub dwie centryole. Po obumarciu komórki skupiony barwik rychło rozpuszcza się zupełnie. Zdarzały się też stadya jeszcze żyjące, których blastocel wypełniony był rozpuszczonym barwikiem.

Zjawiska opisane występują na jajach o barwiku rozrzuconym, jakoteż u var. rufocincta. Bardzo ciekawy jest fakt, że pasek skóry równikowy może się wytwarzać na jajach w biegu doświadczenia albo na materyale, który leżał dłuższy czas w wodzie morskiej. Jestto więc również zjawisko, zależne od fizyologicznych i dynamicznych stanów protoplazmy.

Oprócz jaj zapłodnionych użyto do doświadczeń również i materyału rozwijającego się partenogenetycznie. W tym celu posługiwano się metodą, wypróbowaną przez Delagea. Na jaja, umieszczone w rozczynie sacharozy, izotonicznym z wodą morską, działano taniną, a następnie amoniakiem. Tu pojawiły się centrosomy barwikowe głównie na jajach niezbróździkowanych niekiedy w liczbie wielokrotnej, jak przy polispermii.

Wybarwianie się centrosomów »intra vitam« posiada doniosłe znaczenie tak pod względem teoretycznym, jak i praktycznym. Z jednej strony rzuca bowiem światło na t. zw. biegunową budowę komórek rozrodczych i na istotę podziału mitotycznego komórki, świadcząc bezpośrednio o daleko idących przemieszczeniach, jakie się podczas niego odbywają, z drugiej strony daje nam metodycznie możność badania w tym kierunku innych jaj, posiadających budowę »warstwową« lub wogóle substancye apoplastyczne, w jakikolwiek sposób umiejscowione.

(Nadto przedstawiono 4 prace, których treść przekracza ramy »Przeglądu lek.«).

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne d. 26. października 1909.

1) Kopczyński Stanisław przedstawił przypadek **odosobnionego porażenia nerwu piersiowego długiego** (n. thoracicus longus), czyli mięśnia zębatego przedniego (m. serratus anticus major).

2) Sławiński wygłosił rzecz p. t.: **Przyczynki do chirurgii naczyń krwionośnych.** Po krótkim zarysie rozwoju szwu naczyń krwionośnych, opisuje S. szew Carrela, cieszący się największem uznaniem; przedstawia używane w tym celu najcieńsze igły i jedwab wyjałowiony w wazelinie. Niepomyślnie wypadła dwukrotnie wykonana przez S. próba powstrzymania zgorzeli starczej kończyn dolnych, zapomocą zespolenia dośrodkowego odcinka tętnicy udowej, przeciętej w kanale Huntera, z obwodowym odcinkiem żyły udowej; zabieg ten miał skierować krew ze zwężonej tętnicy do obwodu przez drożne żyły. Oba przypadki dotyczyły osobników starych i wyniszczonych, po zabiegu bole znikały, stopy stawały się ciepłe, lecz na krótko, gdyż zgorzel posuwała się dalej.

W dyskusyi podnosi Prof. Kryński, że sprawa leczenia zgorzeli na tle miażdżycy przez zastępowanie tętnicy przez żyłę jest fizyologicznie błędnie postawiona. Największą przyszłość ma łatanie żył. — Czarkowski Józef zwraca uwagę, że Carrel radził nie przeszczepianie, ale zdjęcie

osłonki (tunica vaginalis) naczynia przy leczeniu zgorzeli, powstałej na tle miażdżycy. Tam, gdzie chodzi o zgorzel spastyczną (gangraena spasmatica), to usuwając torebkę, usuwamy również i sploty nerwów współczulnych, przez co możemy wywołać pożądany skutek.

Posiedzenie kliniczne d. 2. listopada 1909.

1) Orzeł przedstawił dziecko jedenastotygodniowe z niezwykle wielką **przepukliną mózgową wrodzoną.**

2) Gliński przedstawił: 1) przypadek rozległych **zmian żeber** z obu stron klatki piersiowej **wskutek kiły;** 2) przypadek **zimnych ropni** gruźliczych, powstałych na plecach chorego wskutek przedostania się wysięku gruźliczego surowiczego z opłucnej do tkanek powierzchowniej leżących podczas wielokrotnych przekłuć opłucnej.

3) Kozerski: **O miejscowem działaniu radu na tkankę zwierzęcą i ludzką.** Prelegent, przypomniawszy naturę i własności trojakich promieni radu, przebiegł sposoby mierzenia ilości promieni, ich przenikliwości przez rozmaite warstwy ciała, wreszcie odczynu, jaki w żywej tkance wywołują. Różna wrażliwość różnych tkanek na tę samą dawkę promieni sprawia, że jednem napromienieniem możemy wywołać zniszczenie tkanki chorej i rozrost zastępczy tkanki zdrowej. Wiedzie to do szeregu udanych, niezastąpionych wyników leczenia. Wreszcie streścił prelegent wyniki lecznicze innych autorów i swoje z 5-letniego okresu, podczas którego rad stosuje. Wykład był objaśniony fotografiami z natury.

Tadeusz Wilczyński.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Sprawozdanie sekretarzy z działalności Towarzystwa za rok 1909.

Dnia 31. grudnia 1909 roku Towarzystwo liczyło: a) 3 członków honorowych, b) 17 członków korespondentów i c) 101 członków czynnych.

Zarząd Towarzystwa stanowili: prezes K. Jasiński, wiceprezes A. Krusche, sekretarz I. E. Sonnenberg, sekretarz II. J. Michalski, skarbnik W. Littauer, bibliotekarz I. Z. Prechner, bibliotekarz II. T. Mogilnicki.

Komitety stałe: a) biblioteczny: M. Cohn, S. Sterling, Trenkner (wybrany po śmierci kol. Sachsa), b) Komisya rewizyjna: Wisłocki, Likiernik i Pański. Komitet czasowy: wybrano komisyę, złożoną z kolegów: Pinkusa, Sterlinga i Brudzińskiego w celu przejrzenia regulaminu Towarzystwa.

W roku sprawozdawczym Towarzystwo poniosło stratę przez śmierć kolegi Józefa Sachsa, jednego z najczynniejszych członków Towarzystwa. B. p. kol. Sachs zmarł w Berlinie, pochowany został w Łodzi. Nad grobem w imieniu Towarzystwa lek. łódzkiego przemawiał kol. Przedborski, a na posiedzeniu Towarzystwa z d. 19. maja r. u. prezes kol. K. Jasiński w dłuższem przemówieniu podniósł zalety zmarłego, jako lekarza i kolegi. Zamiast wieńca na grób zmarłego kolegi Towarzystwo przeznaczyło 25 rb. na rzecz gimnazyum polskiego w Łodzi.

W roku sprawozdawczym przyjęto w poczet członków Towarzystwa 15 kolegów, a mianowicie: Ginsburga, Klaczkijna, Ł. Michalskiego, Rosenblatównę, Kopcińskiego, Chodźkę, Gepnera, Sokołowskiego, Krzyżanowską, Lewitana, T. Silberstroma, Abrutina, W. Bernarda, Glogiera i Poznańskiego.

Zarząd Towarzystwa odbył 3 posiedzenia, na których omawiano sprawy, rozpatrywane następnie na posiedzeniach ogólnych, o czem niżej. Raz jeden Zarząd odbył posiedzenie w charakterze sądu honorowego.

Towarzystwo odbyło w ciągu roku ubiegłego 20 posiedzeń. Wykładów i rozpraw odczytano 16; krótszych omówień przypadków kazuistycznych było 3. Pod względem treści odczyty dzielą się, jak następuje: I. Z dziedziny dyagnostyki 2 (kol. Brudziński, Chodźko); II. balneologii 1 (kol. Maybaum); III. chorób przemiany materyi 1 (kol. Brabander); IV. chirurgii 2 (kol. Goldberg, Goldman); V. chorób wewnętrznych 2 (kol. Sterling, Justman); VI. położnictwa i chorób kobiecych 1 (kol. Kaufman); VII. chorób nosa, uszu i gardła 3 (kol. Przedborski, Helman); VIII. psychiatryi i chor. nerwowych 3 (kol. Chodźko, Klozenberg, Pański); IX. nauk biologicznych 1 (Kaufman). Krótszych omówień przypadków kazuistycznych było 4 (kol. Kaufman, Sterling (2), Brudziński). Udział w dyskusyach brali koledzy: Grabowski, Goldberg, Przedborski, M. Cohn, Sonnenberg, K. Jasiński, Goldman, Perlis, Sterling, Schoenaich, Birenzweig, Hartman, Klozenberg, Krusche, Pański, Trenkner, Mogilnicki, Helman, Rundo, Koliński, Pinkus, Brzozowski.

Dyskusye nad odczytami były w roku sprawozdawczym wogóle dosyć ożywione. Niektóre stanowiły nawet uzupełnienie wygłoszonych przez prelegentów referatów. Z dłuższych przemówień zaznaczyć należy przemówienia: 1) kol. T. Brabandra w sprawie dyety przeciwcukrzycej; 2) kol. Trenknera: O własnych doświadczeniach nad rozpuszczalnością kwasu moczowego w surowicy zwierząt i ludzi; 3) Sonnenberga: O stosunku skazy moczanowej do niektórych cierpień skóry i o poglądach na tę sprawę szkoły francuskiej; 4) kol. Sterlinga: O wartości całokształtu objawów klinicznych w rozpoznawaniu dny; 5) i 6) kol. Silberstroma: O kwasie moczowym endo- i ektogenetycznym, — O korzyściach, wynikających z badania bakteryologicznego krwi przy posocznicy; 7) kol. Kaufmana: O zakażeniu i leczeniu zakażenia w położnictwie z punktu widzenia postępu w tej dziedzinie lat ostatnich; 8) kol. Goldbluma i Sterlinga: W sprawie nerwic urazowych; 9) kol. M. Cohna, Goldmana i K. Jasińskiego: W sprawie, kiedy w przypadkach zapalenia ślepej kiszki należy przystąpić do operacyi i kto w tym przypadku powinien o potrzebie operowania rozstrzygać: chirurg czy internista.

Chorych w roku sprawozdawczym pokazano 30: 1) z dziedziny chirurgii 8 (kol. Goldman, Trenkner, M. Cohn i Perlis); 2) ginekologii 1 (kol. Sachs); 3) chorób dzieci 6 (kol. Brudziński, Trenkner, Mogilnicki); 4) chorób skórnych i wenerycznych 6 (kol. Grosglik i Sonnenberg); 5) chorób narz. trawienia 1 (kol. Maybaum); 6) chor. uszu, nosa i krtani 1 (kol. Grabowski); 7) chorób nerwowych 3 (kol. Pański); 8) teratologii 2 (kol. Goldberg i Przedborski). Materyału dostarczyły przeważnie szpitale (Poznańskich, Anny-Maryi i Aleksandra).

Preparatów anatomo-patologicznych, rentgenogramów i t. d. przedstawiono 30 (kol. M. Cohn, Goldman, Perlis, Grabowski, Trenkner i Goldberg).

Wyszczególniona wyżej działalność naukowa naszego Towarzystwa za rok sprawozdawczy obejmuje 16 wykładów, 3 krótsze omówienia przypadków kazuistycznych, 30 pokazów anatomo-patologicznych i 30 demonstracyi chorych. W porównaniu więc z r. 1908 mamy o jeden wykład mniej, również nieco mniej demonstrowano chorych i preparatów. Drobny to na pozór szczegół, lecz gdy zważymy, że szczegół ten powtarza się z roku na rok, a zwłaszcza, jeśli zebrany materyał cyfrowy z ostatnich lat zestawimy z wzrastającą ustawicznie liczbą członków Towarzystwa, wówczas otrzymamy obraz, który pozwoli lepiej nam się oryentować w stosunkach, o których mowa.

Przyjrzyjmy się sprawozdaniom sekretarza Towarzystwa za ostatnie lata.

W r.	1898	liczba członków wynosiła	51	liczba odczytów		22
»	1899	» » »	52	»	»	19
»	1900	» » »	55	»	»	19
»	1901	» » »	57	»	»	24
»	1902	» » »	55	»	»	25
»	1903	» » »	56	»	»	19
»	1908	» » »	86	»	»	17
»	1909	» » »	101	»	»	16

Jeden więc odczyt w latach 1898, 1899, 1902 przypadał na 2—3 członków; w roku sprawozdawczym 1 odczyt przypada na 6 członków. Słowem, w ciągu ostatniego

dziesięciolecia liczba członków Towarzystwa zwiększyła się w dwójnasób, liczba zaś wykładów stale się zmniejsza. Dodajmy do tego wciąż zmniejszającą się frekwencyę uczestników ogólnych zebrań i brak nieraz odczytów na posiedzeniach, a otrzymamy zjawisko bardzo wymowne. Rzecz tę poruszam w tem miejscu dlatego, aby zrozumieć myśl, leżącą na dnie niektórych projektowanych zmian w regulaminie.

Otóż objaw stałego obniżania się naukowej działalności Towarzystwa naszego zwracał juz oddawna uwagę wielu jego członków i budził usiłowania, zmierzające ku podniesieniu Towarzystwa. W roku sprawozdawczym usiłowania w tej mierze ponowiono energiczniej. Jak dalece odczuwano potrzebę zmian, wyrazem tego jest fakt, iż na posiedzeniu Towarzystwa w d. 22. grudnia r. z., gdy projekt poczynienia zmian w regulaminie był postawiony na porządku dziennym — a zmiany te pozostają w związku z omawianą sprawą podniesienia działalności Towarzystwa — obecni jednomyślnie przychylili się do projektu i upoważnili 3 członków Towarzystwa do przejrzenia, ewent. do poczynienia zmian w regulaminie. Zmiany w regulaminie dotyczą prócz sposobu przyjmowania nowych członków i t. d., pewnych zobowiązań od nowo wstępujących członków i nakładają również na Zarząd Towarzystwa obowiązki, mające na celu ożywianie posiedzeń. Wraz z urzeczywistnieniem inowacyi, zwłaszcza tych, które mają zapewnić Towarzystwu udział w pracy większej liczby uczestników, należy spodziewać się, że przejawy działalności Towarzystwa ulegną zmianie na lepsze. Przecież głównem zadaniem takich instytucyi, jak Towarzystwo lekarskie, jest niesienie sobie wzajemnej pomocy w kształceniu się przez wymianę poglądów i spostrzeżeń, — a to ma widoki powodzenia tylko przy solidarnem współdziałaniu w pracy najszerszych kół uczestników.

Zanim przejdziemy do innych pozycyi w sprawozdaniu z działalności Towarzystwa, przytoczymy sprawozdanie z działalności sekcyi pedyatrycznej Towarzystwa lekarskiego (ogłoszone już w »Przeglądzie lekarskim« 1909, str. 604).

Sekcya ta w r. 1908/9 rozwijała się pomyślnie. Zauważyć należy, że organizacya naukowa omawianej sekcyi nosi pewne odrębne cechy i w szczegółach różni się nieco od istniejących w Tow. lekarskiem. Program prac układany i ogłaszany na początku roku pozwala pragnącym wziąć udział w dyskusyach, robić studya nad poruszanemi zagadnieniami, dlatego też dyskusye w sekcyi są przeważnie ożywione. Prócz tego na posiedzenia sekcyi, zależnie od rodzaju poruszonej sprawy, zapraszani bywają koledzy specyaliści, nie pedyatrzy, którzy wnoszą do rozpraw odrębne szczegóły w zapatrywaniach. Wprawdzie wytworzona przez powstanie sekcyi pedyatrycznej sytuacya mniej może dogadza interesom naukowym większości członków Towarzystwa lekarskiego, jednakże, jeśli wziąć pod uwagę to, co przytoczono o działalności sekcyi, a także i fakt, iż wielu członków Towarzystwa lekarskiego, nie pedyatrów, uczęszcza na posiedzenia odczytowe sekcyi — musimy stwierdzić, że uszczerbek, wynikający dla Towarzystwa przez odgałęzienie się grupy członków, stanowiących sekcyę, jest tylko pozorny i że przeważają tu względy istotnej korzyści.

Sekcya neurologiczna Tow. lekarskiego. Zarząd sekcyi stanowili: kol. Pański (przewodniczący), Klozenberg i Kopciński (sekretarze). Pierwsze posiedzenie sekcyi odbyło się 25. maja 1909. Posiedzeń w r. 1909 było 9 (2 w lokalu Tow. lekarskiego, 2 w Kochanówce (szpital dla chor. umysł.) i 5 w szpitalu im. Poznańskich). Przedstawiono 36 chorych, a mianowicie: przypadki: Syringomyelii (2 przyp.), choroby Tay-Sachsa (2), zaniku nerwu wzrokowego (2), zapalenia nerwów wzrokowych (1), wylewu do opony twardej (1), histeryi (3), porażenia splotu ramieniowego (1), psychozy maniakalno-depresyjnej (3), ostrego postęp. porażenia opuszkowego (1), psychozy o okresowym przebiegu przy niewyraźnych objawach ruchowych (1), przypuszczalnego kilaka rdzenia (1), rozsianego zapalenia nerwów (1), porażenia połowiczego u dziecka (1), pląsawicy (1), psychozy urazowej (2), porażenia kończyny dolnej pochodzenia urazowego (1), postępującego zaniku (1), ostrego bezładu móżdżkowego i rozsianego zapalenia nerwów (1), ucisku na szyjną część rdzenia po urazie (1), psychozy na tle zwyrodnienia (1), nowotworu mózgu (1), zupełnej głuchoniemoty histerycznej (1), kiły rdzenia (1), endaterit. obliter. (1), jednostronnego stwardnienia rozsianego (1), zatrucia CO (1) i przypadek porażenia n. bloczkowego na tle przypuszczalnego wylewu w okolicy wzgórków czworaczych.

Z działalności Towarzystwa lekarskiego łódzkiego za rok sprawozdawczy podnieść należy:

1. Udział Towarzystwa w uroczystości założenia kamienia węgielnego pod mający powstać szpital dziecięcy imienia Konstadtów. Kol. K. Jasiński reprezentował nasze Towarzystwo na tej uroczystości.

2. Odczytanie w d. 3. maja r. z. przez kol. Skalskiego odezwy o mającym się odbyć w kwietniu tegoż roku Zjeździe lekarzy fabrycznych w Moskwie.

3. Złożenie na ręce Zarządu Towarzystwa prośby, podpisanej przez kolegów: Pańskiego, Klozenberga, Justmana, Chodźkę, Sokołowskiego, Steinberga, Mittelstaedta, Sepnera, Krzyżanowską i Kopcińskiego w sprawie utworzenia przy Towarzystwie sekcyi neurologicznej.

4. Zatwierdzenie regulaminu wymienionej sekcyi.

5. Udział Tow. lek. łódzkiego w I. Zjeździe neurologów, psychiatrów i psychologów polskich w Warszawie. Na Zjeździe reprezentował Towarzystwo kol. Pański.

6. Odczytanie zawiadomienia komitetu przeciwgruźliczego o wakującej posadzie lekarza w ambulatoryum.

7. Delegowanie na pogrzeb ś. p. Dra Dunina, jako reprezentanta Tow., kol. Pieniążka.

8. Udział Towarzystwa w medycynie społecznej przez żywe poparcie, udzielone sprawie statystyki gruźlicy na XI. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich, a poruszonej stosownie do uchwały poprzednich Zjazdów przez Delegacyę Zjazdów. Zarząd Towarzystwa wydał w tym celu odezwę do lekarzy w Łodzi i okolicy. Sprawą tą zajął się kol. Sterling. Kol. S. na posiedzeniu Towarzystwa w d. 3. lutego r. z. szczegółowo omówił i rozważył poszczególne punkty, zawarte w zatwierdzonym przez delegacyę kwestyonaryuszu. Staraniem kol. S. odezwa Zarządu, wraz z kwestyonaryuszem w postaci bloczków, rozesłane zostały do wszystkich lekarzy w Łodzi i okolicy. Odezwa wzbudziła zainteresowanie się tą sprawą lekarzy nawet z odległych miejscowości. Faktycznie więc ankieta, o której mowa, obejmuje większe terytoryum i większe grono pracowników, aniżeli przypuszczano.

9. Usiłowania, podjęte w celu zaradzenia jednej z naglących potrzeb naszej instytucyi, a mianowicie w sprawie własnego lokalu. Zabiegi około tej sprawy rozwinął kol. Wisłocki. Kol. W. zwrócił się do Zarządu Towarzystwa z projektem, zakreślonym na szerszą miarę i poruszającym sprawę budowy odpowiednio rozplanowanego gmachu na terytoryum Pogotowia Ratunkowego. Zarząd Towarzystwa szczegółowo rozpatrzył wniosek, poczem ta sprawa była na porządku dziennym grudniowego posiedzenia Towarzystwa. Zarówno na posiedzeniu Zarządu, jak i na posiedzeniu ogólnem uwidoczniły się trudności rozmaitego rodzaju, jak potrzeba znacznego nakładu pieniężnego i t. d. Idea więc własnego lokalu dla Towarzystwa nie skrystalizowała się jeszcze w czyn i wypadnie pokonać jeszcze wiele trudności, zanim ma się powołać ją do życia, a być nawet może, że idea, propagowana przez kol. Wisłockiego, znajdzie inną formę urzeczywistnienia. W każdym razie projekt ten wkrótce wejdzie na porządek obrad nadzwyczajnego Zebrania Towarzystwa.

10. Wreszcie z przejawów działalności Towarzystwa naszego wymienić należy, że wraz z całym światem naukowym Towarzystwo nasze uczciło w roku ubiegłym pamięć Karola Darwina. Projekt uczczenia wyszedł od kol. Kauf-

mana. Kol. K. na posiedzeniu Towarzystwa w d. 17. marca r. z. wypowiedział rzecz p. t. »O teoryi Darwina«, a w odczycie swym dał całokształt teoryi ewolucyi, przypomniał, że rozmaite zagadnienia ż dziedziny anatomii, fizyologii i patologii porównawczej sięgają dalej i łączą teoryę Darwina z naszą nauką. Było to najliczniejsze zebranie Towarzystwa w roku sprawozdawczym, co z jednej strony świadczy o zainteresowaniu się członków naszego Towarzystwa sprawami wielkich z owej doby przeobrażeń w dziedzinie myśli, a z drugiej strony — liczny udział członków Towarzystwa był poniekąd wyrazem hołdu, złożonego pamięci tego, który zajął tak niezwykłe stanowisko w dziejach nauk biologicznych.

Sekretarze: E. Sonnenberg, J. Michalski.

Towarzystwo lekarzy polskich w Kijowie.

Posiedzenie d. 2. grudnia 1909.

Przewodniczy K. Rumszewicz. Obecnych członków 22.

1. M. Pietkiewicz: **Przyczynek do kazuistyki schorzeń moczowodów.**

W dyskusyi zaznacza Łążyński, że podany przypadek należy do bardzo rzadkich i ciekawych, rozpytuje o szczegóły zszywania śluzówki ze śluzówką moczowodu po usunięciu torbieli moczowodu i pyta, czy nie zauważono, na który dzień po operacyi odeszły resztki katgutu. — Makowski zarzuca prelegentowi, że zszywał śluzówkę pęcherza katgutem. Węzełki katgutu, pozostając wewnątrz pęcherza, mogą dać powód do tworzenia się kamieni, gdy tymczasem przy szyciu jedwabiem i wyprowadzeniu końców nitek na zewnątrz przez ranę nadłonową, możemy już po 10 dniach usunąć szwy całkowicie. Przytem pozostawienie pęcherza przez czas jakiś otwartym uchroni go od rozmaitych powikłań, o które bardzo łatwo po operacyach w pęcherzu z często towarzyszącem im obfitem krwawieniem, szczególnie, jeżeli pozostawiamy chorego pod opieką niedość wyćwiczonego personalu. Gładki przebieg pooperacyjny w przypadku prelegenta należy uważać za wyjątkowo szczęśliwy. Co do zmian w ujściu lewego moczowodu w postaci zwężenia jego otworu i niewielkiego wypuklenia, to wobec prawdopodobieństwa powstania tu z czasem takiegoż znacznego torbielowatego rozszerzenia, jak w ujściu prawego moczowodu, należało zapobiedz temu, rozszerzając ujście, najlepiej drogą podłużnego cięcia ściany moczowodu przez jego ujście, z następczem obszyciem brzegów cięcia. — Werbski zapytuje, czy prelegent posługuje się błękitem metylenowym przy cystoskopowaniu w tych przypadkach, w których są trudności w odnalezieniu ujścia moczowodów. — Pietkiewicz odpowiada, że przy operacyach w pęcherzu posługiwał się zwykle cienkim katgutem, przyczem złogów moczowych nie spostrzegał. Mimo to jednak uwagę Makowskiego uznaje za racyonalną, szczególnie w tych przypadkach, gdzie jest obawa następczego krwawienia. Kiedy w danym przypadku odeszły resztki katgutu, nie zauważono. Co do niewykonania operacyi na drugim moczowodzie, to przeszkodziła tu obawa zbytniego przeciągania operacyi przy uśpieniu chloroformowem, błąd ten jednak można łatwo poprawić, wykonawszy odpowiedni zabieg operacyjny zapomocą cystoskopu bez wielkich trudności technicznych. Co do stosowania barwików dla łatwiejszego wykrycia ujścia moczowodu, to prelegent posługuje się od pewnego czasu indygokarminem, mającym tę wyższość nad błękitem metylenowym, że jest cięższy, osiada na dno pęcherza i nie zabarwia tak prędko znajdującego się w nim płynu.

Sekretarz: A. Januszkiewicz.

O wiwisekcyi i ruchu przeciwwiwisekcyjnym.

Napisał

Adam Wrzosek.

(Ciąg dalszy).

O ile dwa pierwsze zarzuty przeciwników wiwisekcyi możemy zbyć krótko, o tyle trzeci zasługuje na obszerniejsze wyświetlenie.

Nie można zaprzeczyć, że przeświadczenie, iż zwierzętom w czasie wiwisekcyi sprawia się wielki ból, skłania wielu do wypowiadania się przeciw wiwisekcyi. I nie można się dziwić, że okoliczność ta nastraja wielu laików wrogo względem wiwisekcyi, skoro nawet taki Karol Bell, który dokonał jednego z wielkich odkryć w fizyologii, miał wstręt do wiwisekcyi, lubo poświęcając się badaniom naukowym w medycynie, nie mógł uniknąć wykonywania wiwisekcyi, gdyż tego potrzeba badania naukowego wymagała; skoro nawet znakomity Haller, który mnóstwo wiwisekcyi wykonywał, nie mógł jednak patrzeć okiem obojętnem na cierpienia zwierząt i z tego powodu wolał raczej zaniechać wykonywania niektórych bardzo bolesnych operacyi [7]). Klaudyusz Bernard wspomina w swoich wykładach patologii doświadczalnej [8]), że tylko raz jedyny robił wiwisekcyę na małpie, lecz że mu to sprawiało wielką przykrość. Słynny chirurg rosyjski Pirogow, który w młodych latach swoich wykonywał dużo wiwisekcyi bez wszelkiego znieczulenia zwierząt, przyznaje otwarcie w pamiętnikach swych, w ostatnich latach życia pisanych, że nie odważyłby się więcej z naukowej ciekawości robić wiwisekcyi na psie, nawet chloroformem uśpionym [9]). Również Hyrtl, znakomity anatom wiedeński, w późniejszych latach swego życia występował przeciw wiwisekcyom, a zwłaszcza przeciw wykonywaniu wiwisekcyi publicznie, choć sam przedtem doświadczenia na zwierzętach wykonywał.

Z tego łatwo wnosić można, że nawet dla biegłych eksperymentatorów wykonywanie wiwisekcyi bynajmniej rzeczą przyjemną nie jest, a zwłaszcza nie mogło być przyjemną w czasie Hallera i Bella, gdy jeszcze nie znano środków znieczulających, takich jak eter, chloroform i inne. A jeżeli tak dawniej, jak i teraz wykonywa się wielką liczbę wiwisekcyi w pracowniach naukowych, to można okoliczność tę jeno w ten sposób wytłómaczyć, że uczeni: fizyologowie, patologowie i farmakologowie głęboko są przekonani o wielkiem pożytku wiwisekcyi i niejeden z nich mimo wyraźnego wstrętu do wykonywania operacyi na zwierzętach, wykonywa je jednak, ogarnięty szlachetną pobudką dociekania prawdy.

Należy atoli zaznaczyć, iż istnieje wśród nielekarzy bardzo wiele przesądów co do bólu, przyczynianego zwierzętom w czasie wiwisekcyi. Ludziom tym zdaje się, iż im głębiej nóż eksperymentatora pogrąża się w ciało zwierzęcia, tem zwierzę większy odczuwa ból. Sądzą oni mylnie, że np. operacye w jamie brzusznej, że otwarcie czaszki, że operacye na mózgu robione i t. p. należą do najboleśniejszych. W bujnej swej wyobraźni widzą oni obraz wijącego się z bólu zwierzęcia, np. w czasie wypiłowywania kawałka czaszki. Jakież byłoby ich zdziwienie, gdyby zobaczyli, że nieuśpiony i wogóle nieznieczulony królik nieraz nie drgnie nawet w czasie otwierania czaszki i że natychmiast po tej operacyi żwawo biega i zabiera się najspokojniej do jedzenia, słowem, że nie okazuje najmniejszego cierpienia! Haller w rozprawie swej o czuciu pisze, że widział trepanacye u nieznieczulanych ludzi wykonywane, którzy w czasie operacyi nie odczuwali bólu [10]). A niema w tem nic dziwnego, gdyż kości, powięzie i ścięgna są w nader nieznacznym stopniu na ból wrażliwe. Operacye, na mózgu wykonywane, należą do bezbolesnych, a operacye w jamie brzusznej do mało bolesnych. Heidenhain w rozprawie o wiwisekcyi [11]) przytacza sporo przykładów bezbolesności operacyi, wykonywanych w jamie brzusznej u ludzi. Niejednokrotnie w nowszych czasach wykonywano takie operacye,

---

[7]) Haeser. Historya medycyny. T. II. Przekład Łuczkiewicza (Warszawa 1886) na str. 522.

[8]) Cl. Bernard. Leçons de pathologie experimentale. Paris 1880. II éd. na str. 551.

[9]) Dzieła N. I. Pirogowa (po rosyjsku). Petersburg 1900. T. II. na str. 101.

[10]) »J'ai vu faire l'operation du trepan — pisze Haller — à des hommes qui avait la liberté d'esprit et l'usage des sens, sans que la perforation du crâne leur causât de la douleur« Haller, Mémoire sur la sensibilité. Paris 1892.

[11]) Heidenhain. Die Vivisection. Leipzig 1884.

jak wycięcie torbieli jajnikowych lub cesarskie cięcie bez uśpienia i znieczulenia, a mimo to osoby operowane nie odczuwały bólu, jak tylko w czasie przecinania i zeszywania skóry. Również u zwierząt często najboleśniejszą częścią wiwisekcyi jest przecinanie skóry. Ale i w tym względzie nie należy wyobrażać sobie rzeczy nieistniejących. Nie należy bowiem sądzić, że zwierzę w czasie przecinania skóry odczuwa wielki ból, taki np., jaki ludzie odczuwają w czasie przecinania skóry nad czyrakiem. Należy nie zapominać o tem, że wrażliwość na ból tkanki chorej znacznie się różni od wrażliwości na ból tkanki zdrowej. Tkanka chora bywa zwykle daleko wrażliwsza na ból, aniżeli tkanka zdrowa. Skóra np., gdy znajduje się w stanie zapalenia, jest na ból wrażliwsza, aniżeli skóra zdrowa. Podobnie otrzewna, która w warunkach prawidłowych jest w bardzo małym stopniu na ból wrażliwa, staje się niesłychanie bolesną, gdy się znajduje w stanie zapalnym. A ponieważ wiwisekcye wykonywa się prawie wyłącznie na zwierzętach zdrowych, przeto i ból, jaki im przyczynić można, gdy się ich nie znieczula, nie jest tak wielki, jakby się na pozór wydawać mogło.

(Dokończenie nastąpi)

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Odezwa do Kolegów.

Na posiedzeniu Wydziału Związku lekarzy w dniu 16. lutego b. r. poruszyłem sprawę wydatnego zwiększenia funduszu imienia ś. p. Jordana dla niezaopatrzonych wdów i sierot po lekarzach.

W praktyce przydarza się dość często, że po skończonem leczeniu pacyent chce wynagrodzić lekarza, — z rozmaitych jednak powodów, jak: przyjaźń, pokrewieństwo, wyświadczone przez chorego lekarzowi przysługi i t. d. lekarz nie może honoraryum przyjąć. Niejednokrotnie jednak pacyent mimo to natarczywie nalega na lekarza, by honoraryum przyjął koniecznie. Najlepszem wyjściem z trudnego położenia byłoby przyjąć honoraryum — ale równocześnie ofiarować je na fundusz wdowi. Również przydarza się, że od chorego niezamożnego po skończonem leczeniu nie bierze się wynagrodzenia; ale jeżeli pacyent przecież chce złożyć kwotę, na jaką go stać, to należy przeznaczyć ją na fundusz wdowi. Pacyent z takiego obrotu sprawy bywa zadowolony, bo czuje, że ofiarując ten mały datek na cel szlachetny, wypłaca się istotnie tem lekarzowi, popierającemu fundusz wdowi, a to przez przyjemność, jaką mu swą ofiarą sprawia.

Chodzi jednak o to, by w sposób łatwy i dla obu stron dogodny, pokwitować doraźnie odbiór kwoty przeznaczonej na fundusz wdowi. Najłatwiej wykonać to można przez nalepienie odpowiednich znaczków na przeznaczonym do tego bilecie, z podpisem prezesa i sekretarza Związku; znaczki byłyby jednokoronowe, dwukoronowe i pięciokoronowe. Myśl pomnażania funduszu w ten łatwy i dogodny sposób wyłoniła się z rozmowy mojej z kolegami, którzy nieprzyjęte honorarya przesyłają na fundusz wdowi i o projekcie moim wyrazili się z uznaniem, uznając go za rzecz praktyczną.

Wydział Związku po krótkiej dyskusyi uznał jednomyślnie projekt mój za dobry i polecił mi sprawą tą się zająć. Proszę zatem Szanownych Kolegów, chętnych dla dobrej sprawy, o łaskawe zgłaszanie się do mnie (Kraków, Floryańska 22). Znaczki w żądanej cenie i ilości przesyłać będzie na kredyt administracya znaczków receptowych wraz z czekami pocztowej kasy oszczędności, gdy zgłosi się dostateczna liczba kolegów.

Kraków, w lutym 1910.

Dr Żydłowicz.

Organizacya lekarzy krakowskich. Na zebraniu w d. 27. lutego b. r. zawiązało się krakowskie Koło lekarzy, jako miejscowa filia krajowego Związku lekarzy w Galicyi i W. ks. krakowskiem. Do Zarządu wybrano: Dra Ludwika Schneidra przewodniczącym, Dra Adama Ackermanna zastępcą przew., Dra Grzegorza Grzybowskiego sekretarzem, Dra Wincentego Witalińskiego zastępcą sekr., Dra Jana Frączkiewicza skarbnikiem, Dra Władysława Żydłowicza zastępcą skarbn. Delegatami do Związku są Dr Schneider i Dr Ackermann. — Świeżo zawiązane Koło liczy w pierwszej chwili istnienia 62 członków. Z.

Szkoła dozorczyń szpitalnych otwarta została uroczyście w szpitalu powszechnym lwowskim w obecności przedstawicieli Wydziału krajowego i Wydziału lekarskiego, oraz dyrektora szpitala krakowskiego Dra Krzyszkowskiego. Do szkoły, kształcącej na razie tylko zakonnice, zapisało się 21 uczennic z 8 rozmaitych Zgromadzeń zakonnych. Przy otwarciu szkoły przemawiali członek Wydziału kraj. Dr Bernadzikowski i dyrektor szpitala Dr Starzewski.

W Krakowie Zgromadzenie Sióstr Miłosierdzia zaprowadziło w swym domu centralnym przy ul. Warszawskiej kursa dla kształcenia Sióstr w pielęgnowaniu chorych pod kierunkiem Dra Klęska. Dn. 25. II. na zakończenie kursu odbył się egzamin przed komisyą, którą składali Prof. Dr Wicherkiewicz, Prof. Dr Pareński, Prof. Dr Rutkowski i Dr Surzycki. Komisya wydała uczestniczkom kursa świadectwa, że są dostatecznie ukwalifikowane do rozpoczęcia praktyki pielęgnowania chorych. R.

Składka noworoczna na fundusz wdów i sierot im. ś. p. Jordana. Rok 1910. (C. d.).

Po dwie korony nadesłali: Drowie W. Łowczowski, St. Dwernicki, A. Frank, S. Maciejowicz, W. Kowenicki, S. Sochanik, S. Szczurkowski, J. Silberstein, L. Friedman, J. Danielski, W. Damski, J. Ligęza, W. Kraszewski, A. Słosarczyk, J. Sternberg, T. Walsleben, J. Lippel, M. Wachs, M. Stein, W. Frankowski, R. Baranicki, T. Bąkowski, S. Filipkiewicz, G. Zaremba, J. Gąsiorek, O. Zion, E. Brzeziński, W. Jasieński, E. Rosenhauch, A. Wolf, Z. Radliński, Rosenblüth, J. Szewczyk, S. Zasacki, K. Ikałowicz, I. Chotiner, J. Stocknopf, J. Fleszar, H. Koeppel, Arnold Landau, S. Gliksman, A. Miczulski, T. Tyszecki, A. Bannet (C. d. n.).

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 20. II. do 26. II. 1910 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Brzeżany (Taurów 4), Buczacz (Barysz 1), Czortków (Bazar 1), Horodenka (Niezwiska 1), Jarosław (Zaleska wola 5), Jaworów (Podłuby 1), Lwów pow. (Biłka szlachecka 1), Peczeniżyn (Ruszor ad Kosmacz 2), Podhajce (Uwsie 1), Skałat (Turówka 1), Śniatyn (Zebranówka 1), Sokal (Krystynopol 2), Stryj (Podhorce 4), Zborów (Podhaiczyki 2); ospy pow. Rzeszów (Kielnarowa 1); nagm. zapalenia opon mózg.-rdzen. pow. Stanisławów (Tyśmieniczany 4). Dr T.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 20. II. do 26. II. 1910 zgłoszono przypadków: błonicy 9 † 1 (w tem obcych 5 † 1), płonicy 9 † — (4 † —), odry 4, duru brzusznego 3 (1), róży 1, inne choroby zakaźne 11 (4). Dr Janiszewski.

Choroby zakaźne w Warszawie. Od 6. II. do 12. II. 1910 przybyło do szpitali warszawskich przypadków: ospy 23 † 7, odry 2 † 1, płonicy 13, błonicy 5 † 1, róży 7 † 1, duru plamistego 10 † 1, duru brzusznego 11 † 3. (Gaz. lek. Nr 9).

† Dr Leon Jakliński.

D. 6. lutego b. r. po ledwie kilkudniowej słabości zmarł w Komarnie Dr Leon Jakliński, znany szeroko w kraju jako zasłużony lekarz i gorący patryota. Ś. p. Leon Jakliński, ur. w Stanach (w Galicyi) d. 3 maja 1850 r., po ukończeniu gimnazyum św Anny w Krakowie oddał się studyom lekarskim na Uniwersytecie krakowskim i tu już w kołach młodzieży zasłynął z jednej strony jako zamiłowany badacz natury, poświęcający się poważnie medycynie, a z drugiej strony jako najlepszy kolega i jako wybitny działacz społeczny i narodowy, biorący żywy udział w ówczesnym ruchu młodzieży akademickiej. Po uzyskaniu doktoratu w r. 1881 zostaje ś. p. Jakliński prywatnym asystentem profesora chirurgii Dra Bryka w Krakowie, a potem kierownikiem szpitala w Wisowicy na Morawach, gdzie odznacza się nadzwyczajną gorliwością w pełnieniu swych obowiązków lekarskich; następnie zostaje sekundaryuszem szpitala w Jaśle. Od r. 1884 pełni obowiązki lekarza skarbowego w dobrach Karola hr. Lanckorońskiego w Komarnie i na stanowisku tem daje się poznać jako prawdziwy filantrop chorej i opuszczonej ludności, którą nietylko leczy bezinteresownie, ale i wspiera materyalnie. Marzeniem ś. p. Jaklińskiego było stworzyć dla tej ludności szpital, to też dopóty nie ustaje w zabiegach i staraniach, aż wreszcie właściciel klucza komarniańskiego ulega Jego prośbom

i funduje w Komarnie szpital na 25 łóżek. Dr Jakliński przygarnia tu i leczy wszystkich potrzebujących pomocy, nie robiąc różnicy w wyznaniu ani narodowości. Na tem stanowisku przetrwał ś. p. Jakliński aż do śmierci, stwarzając przez swoją dobroć, uczynność i troskliwość dla chorych pomnik »aere perennius«, który długo nazwisko Jego utrzyma w czci i pamięci. Jako lekarz zamiłowany był szczególnie w chirurgii. W ostatnich miesiącach życia zaczął się sposobić do ogłoszenia wyników swej wieloletniej pracy, gdy przedwczesna śmierć unicestwiła Jego zamiary.

S. p. Jakliński znany był również z wybitnej swej pracy obywatelskiej. Nie było dziedziny w tej pracy, w którejby ś. p. Jakliński nie brał czynnego i wybitnego udziału. Na każde zawołanie, na każdy apel, stawał natychmiast do pracy, a czynił to z takim zapałem, że pociągał za sobą szeregi współpracowników. To też nie dziw, że ludność powiatu, w którym ś. p. Jakliński pracuje, obdarza Go zaufaniem i w ręce Jego powierza ster spraw narodowych i społecznych. Ludność miasta Komarna powołuje go do Rady miasta, następnie wkłada nań ciężki obowiązek burmistrzostwa i w dowód zasług położonych koło rozwoju miasta mianuje Go w r. 1894 obywatelem honorowym miasta. W r. 1895 zostaje ś. p. Jakliński wybrany posłem na Sejm krajowy i w czasie kadencyi sejmowej, jako zastępca ś. p. Dra Hoszarda, spełnia obowiązki członka Wydziału krajowego, jako szef Departamentu sanitarnego. Obok tego zajmuje się ś. p. Jakliński w Radzie powiatowej rudeckiej, jako członek tej Rady i członek Wydziału Rady powiatowej przez szereg lat sprawami powiatu, a w r. 1904 zostaje zastępcą marszałka tej Rady.

Tak życie całe zbiegło zmarłemu na pracach publicznych, w które wnosił zamiłowanie pracy, młodzieńczy zapał, świeży polot ducha, inicyatywę myśli i czynu. Hasłem Jego było skupianie i łączenie sił narodowych, a wyrazem tych Jego zasad słowa, które wypowiedział z okazyi rocznicy grunwaldzkiej: »Skupiajmy się, kochajmy się, kształćmy się, pracujmy, bo nastają czasy, że w tem potęga narodów, bo tak tylko wzmocnieni możemy stanąć do zapasów z dzisiejszymi Krzyżakami i z taką tylko bronią możemy się stać zwycięzcami pod drugim Grunwaldem. Kiedy taki Grunwald nastąpi — pewnie nie rychło — mniejsza o to dla mnie — dostateczną ta pociecha, że kiedyś z prochów kości moich wyrośnie kwiat koniczyny, a pszczółka doń przyleci i zabrzęczy mu: »Twoja Ojczyzna wolna««.

Dr Zygmunt Hołobut.

Wiadomości bieżące.

Najbliższy Zjazd chirurgów polskich ma się odbyć w Warszawie. Jak donoszą dzienniki, władze udzieliły już zezwolenia na Zjazd.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 3. III. b. r. posiedzenie, na którem Dr Eisenberg przedstawił preparaty prątków wrzecionowatych i krętków ze zgorzeli prącia, Dr Radliński przypadek ezofagotomii z powodu ciała obcego, Dr Morawski przypadek cięcia cesarskiego zewnątrzotrzewnego, Prof. Gliński i Prof. Kader przypadek zapalenia wyrostka robaczkowatego z zapaleniem żył krezkowych i żyły wrotnej i ropniami w wątrobie, poczem odbyła się dyskusya nad wykładem Dra Blassberga: »O tak zwanym artrytyzmie«. Wykład Prof. Browicza odłożony został na posiedzenie następne (w d. 9. II. br.).

— Radca Dr Antoni Krokiewicz, prymaryusz oddziału chorób wewnętrznych szpitala św. Łazarza, obchodził 27. II. b. r. jubileusz 25-letniej pracy zawodowej. Jubilatowi składali koledzy szpitalni, grono lekarzy i słuchaczy medycyny życzenia; do nich przyłącza się serdecznie Redakcya »Przeglądu lekarskiego«, z którym łączy Jubilata wieloletnie życzliwe współpracownictwo. W »Przeglądzie lekarskim« ogłosił Jubilat przeważną liczbę swoich prac naukowych, dobiegających poważnej liczby 85, oraz prac, wykonanych na Jego oddziale.

— Towarzystwo Domu zdrowia uczącej się młodzieży polskiej »Pomoc bratnia« w Zakopanem przesyła nam następującą wiadomość:

»Rok bieżący jest jubileuszowym dla istnienia naszego Towarzystwa. Pierwszego bowiem lipca upłynie dziesięć lat od założenia Domu Zdrowia. Jakby dla uczczenia tego tak ważnego dla naszej instytucyi roku, zaczęły napływać w ostatnich miesiącach znaczne zapisy na fundusz budowy nowego gmachu dla uzdrowiska. P. Andrzej Toczyłowski, mieszkający obecnie w Arcachon (Francya), a były członek rady nadzorczej Towarzystwa, ofiarował na ten cel 25 tysięcy koron, rodzina zaś Wiskonttów dla uczczenia pamięci ś. p. Barbary z Rudzkich Wiskonttowej za pośrednictwem lekarza Dra Władysława Wiskontta z Kostromy (Rosya) nadesłała kor. 2226 hal. 46«.

Wiadomości te witamy z żywą radością: oby one były zwiastunem rozbudzenia się w naszem społeczeństwie szerokiej ofiarności na cele walki z gruźlicą.

— Zarząd biblioteki Towarzystwa lekarskiego krakowskiego składa serdeczne podziękowanie pp. R. Dw. Prof. Dr Wicherkiewiczowi i Dr Tomaszowi Mączce w Krakowie za kilkadziesiąt dzieł, broszur i czasopism ofiarowanych bibliotece Towarzystwa.

Bibliotekarz: Dr Blassberg

Warszawa. Czytamy w »Kuryerze Warszawskim«: »Uzyskano pozwolenie na wydawanie w Warszawie polskiego czasopisma lekarskiego »Medycyna współczesna«. Będzie to dwutygodnik, którego zeszyty miesięczne stanowić będą całość, obejmującą przegląd postępów z pewnej dziedziny umiejętności lekarskich za rok ubiegły, tak, iż rok wydawniczy zawierać będzie najlepsze prace naukowe, poświęcone wszystkim gałęziom medycyny. Pierwszy numer »Medycyny współczesnej« opuści prasę d. 1. kwietnia b. r. i zawierać będzie przegląd postępów, uczynionych w ubiegłym roku w dziedzinie chorób narządów krążenia i oddychania, w opracowaniu Prof. Ortnera i Brauera. »Medycyna współczesna«, jako dwutygodnik, odzwierciedlający najnowsze zdobycze na polu wszech nauk lekarskich, będzie miała na celu stałe uzupełnianie wiedzy lekarskiej. Koncesyę otrzymał Dr A. Fruchtman, który zaprosił do współpracownictwa szereg lekarzy«.

Byłoby pożądane wyjaśnienie, czy nowe wydawnictwo będzie samodzielnem, czy też tłómaczeniem podobnego wydawnictwa firmy Lehmanna w Monachium p. t. »Jahreskurse für die ärztliche Fortbildung«, w którem właśnie ukazały się jako zeszyt na luty rozprawy Prof. Ortnera i Brauera.

Z różnych stron. Na porządku dziennym posiedzenia sekcyi lekarskiej Polskiego Związku lekarzy i przyrodników w Petersburgu w dniu 12/25 lutego b. r. znajdowały się wykłady Dra Ostrowskiego: »Współczesny stan nauki o niedokrwistości śledzionowej niemowlęcej« i Doc. M. Noiszewskiego: »O stosunku ciśnienia w gałce ocznej do ciśnienia w czaszce (Oedema papillae nervi optici et excavatio papillae nervi optici)«.

— Król. Towarzystwo lekarskie w Peszcie mianowało z okazyi zeszłorocznego Zjazdu międzynarodowego członkami-korespondentami zagranicznymi stu kilkudziesięciu lekarzy różnych narodowości. Wśród mianowanych znajdują się Prof. Finger z Wiednia, Dr Heryng z Warszawy i Dr Motz z Paryża, zresztą zaś niema żadnego Polaka. Wśród mianowanych znajduje się kilkunastu Rosyan, ze Słowiańszczyzny południowej i zachodniej jedyny Dr Iwanow, Bułgar.

— Stowarzyszenie »Schronienie nauczycieli i nauczycielek« w Zakopanem, utrzymujące sanatoryum, miało w roku 1908/9 14,543·37 k. dochodu (w tem 10,408·40 k. z opłat od chorych), a 14,336·17 k. rozchodu; majątek Towarzystwa przedstawiał wartość 4838·29 k. Do sanatoryum zgłosiło się 73 osób, przyjąć zaś było można tylko 45 (o 9 więcej, niż w r. 1907/8). Dni leczenia było 3424; średni pobyt 78 dni. Wyraźną poprawę i zdolność do pracy uzyskano u 52·8%, poprawę i względną zdolność do pracy u 27·8%, bez zmiany 16·7%, pogorszeń 2·7%. Godzi się nadmienić, że z leczonych znajdowało się 56·8% w II., a 20·5% w III. okresie gruźlicy. Prezesem Stowarzyszenia i zarazem lekarzem »Schronienia« jest Dr Edmund Brzeziński.

— »Spolek ceskych lékaru« wybrał na Walnem Zebraniu 24. I. b. r. prezesem na r. 1910 r. dw. Prof. Dra J. Hlavę, sekretarzem generalnym Doc. Dra Libenskyego. Z przedłożonych sprawozdań wynika, że zarówno organ Towarzystwa »Casopis lek. ceskych«, jak wydawany jako dodatek zawodowy »Vestnik«, oraz pismo archiwalne »Sbornik lékarsky« opłacają się, pokrywając koszta wydawnictwa; natomiast dopłaty wymaga wydawana przez »Spolek«: »Revue de médecine tchèque«. — Na temże Walnem Zebraniu uchwalono też na wniosek Prof. Pesiny utworzyć stały czeski »Komitet Zjazdów międzynarodowych«.

— Dyplom doktorski uzyskał w Wiedniu p. Aleksander Sterling, warszawianin.

Zmarli: Dr Karol Bleiweis-Trsteniski, w 76 r. ż. w Lublanie; Słowieńcy tracą w zmarłym jednego z najwybitniejszych swoich działaczy społecznych i narodowych.

Dr Ziemowit Sabiński w 75 r. ż. w Petersburgu.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w lutym 1910.

Gazeta lek. Nr 5—9. Pietkiewicz: 10 przypadków gruźlicy narządów moczowych u kobiet. — Wizel (dok.). — Zieliński: Przyczynek do kazuistyki gruźlicy nerek. — Hewelke: Zastawka półksiężycowa aorty o czterech listkach. — Karwacki. Przypadek posocznicy, wikłającej szkarlatynę. — Bohdanowicz: Przyczynek do badań nad działaniem surowicy przeciwgruźliczej Marmorka. — Kino: O srebrnicy ogólnej. — Jaroszyński: Przyczynek do psychoanalizy i psychoterapii histeryi. — Grek i Reichenstein: Wpływ wyciągu paproci samczej i naparu senesowego złożonego na zachowanie się ciałek białych krwi u człowieka.

Medycyna i Kronika lek. Nr 5—9. J. Mutermilch: Stanowisko jaglicy w rzędzie przewlekłych spraw chorobowych. — Springer: O wartości klinicznej odczynu Wassermanna w chorobach nerwowych i umysłowych. — Otto: Wpływ nikotyny na alkaliczność krwi. — J. Mutermilch. Etyologia jaglicy. — Łapiński T.: Uraz a choroby umysłowe. — Biro: Zapalenie przedniej gałązki nerwu kulszowego. — Koenigstein: Przyczynek do techniki podśluzowego wycięcia przegrody nosa.

Tygodnik lek. Nr 5—8. Slęk: O wynikach leczniczych »appendicitis« drogą operacyjną na podstawie przypadków obserwowanych. — Reis (dok.). — Giedroyć: Służba zdrowia w wojsku greckiem pod Troją. — Sieradzki: Wątpliwy mechanizm śmierci z uduszenia. — Lateinerówna: O leczeniu nagminnego zapalenia opon mózgowordzeniowych zapomocą surowicy swoistej. — Cybulski i Popielski: Polemika w sprawie działania adrenaliny. — Falgowski: W sprawie leczenia różnych zboczeń macicy.

Pamiętnik Tow. lek. warsz. 1909. Zesz. 4. Pawiński: Profesor Ignacy Baranowski. — Januszkiewicz: O wpływie alkoholu na funkcye nerek. — W. Sterling: O zaburzeniach psychicznych przy nowotworach mózgu. — Fr. Giedroyć: Źródła biograficzno-bibliograficzne do dziejów medycyny w dawnej Polsce.

Nowiny lek. Nr 2. Herman (c. d.). — Z. Bychowski (c. d.). — Mutermilch: List otwarty do Redakcyi. — St. Szuman (c. d.). — K. Dłuski (dok.). — Klęsk (dok.). — Bieliński (c. d.).

Postęp okul. Nr 1. Wicherkiewicz: Kilka uwag w sprawie rozpadu rogówki w następstwie wadliwego odżywienia. — Halicki: Zaćma pochodzenia urazowo-chemicznego.

Gruźlica Nr 7. Gałecki: Pierwszy rok istnienia sanatoryum w Rudce. — Hewelke: W sprawie walki z gruźlicą.

Przegląd higien. Nr 2. Panek: Higiena budynków i urządzeń szkolnych.

Zdrowie. Nr 2. L. O. B.: Artykuł wstępny. — Grossek: Główne zasady higieny obuwia. — Hewelke (dok.). — Kuropatwiński: Czy istniejące u nas przepisy w sprawie walki ze wścieklizną można uważać za dostateczne?

Kronika dent. Nr 2. Blikle: O t. zw. »delikatnych dziąsłach« oraz naturalnym sposobie ich leczenia.

Głos lekarzy. Nr 3—5. Mikołajski: O organizacyi lekarzy.— Ankieta w sprawie wychowania fizycznego młodzieży szkół średnich. — Praschil: Projekt opodatkowania wód mineralnych. — Korespondencye. — O mandaty poselskie. (Memoryał Izb lekarskich galic.). — Mikołajski: Udział lekarzy w pojedynkach. — Grossek: Uwagi o leczeniu ludu. — Wł. Czyżewicz: Lekarze rządowi a praktyka prywatna. — Zjazd lekarzy rządowych.

Redaktor odpowiedzialny:

Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę dn. 9. marca 1910 o g. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym wykład Prof. Dra Browicza: »Wyniki i znaczenie przeszczepiań raka«. (Z seryi wykładów o raku, zorganizowanych przez Zarząd Towarzystwa).

X. Walne Zgromadzenie krajowego Związku lekarzy odbędzie się **w sobotę dnia 12 marca 1910 r. o godzinie 6 wieczorem** w Krakowie w Domu lekarskim (Radziwiłłowska 4). Porządek dzienny: 1) Odczytanie protokołu z ostatniego Walnego Zgromadzenia. 2) Sprawozdanie Wydziału. 3) Sprawozdanie Komisyi kontrolującej. 4) Wybory Wydziału na rok 1910. 5) Wnioski i interpelacye.

Nadesłane.

Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich im. Edw. Korczyńskiego w Krakowie.

Zgłaszający się **wprost do Administracyi Wydawnictwa** (Dr P. B. Korolewicz, Kraków, Klinika lekarska) nabywać mogą za gotówkę i za nadesłaniem 30 hal. na przesyłkę pocztową następujące dzieła po cenach:

Jurasz: Laryngoskopia i choroby krtani (cena księgar. 4 kor. 50 hal.) za 1 kor.

Widmann: Choroby serca i tętnic (3 kor. 70 h.) 1 kor.

Krówczyński: Syfilidologia (10 kor.) 2 kor.

Obaliński: Wykłady z zakresu chorób dróg moczowych męskich (3 kor. 60 h.) 1 kor.

Żuliński: Higiena szkolna (2 kor.) 1 kor.

Pieniążek: Laryngoskopia, oraz choroby krtani i tchawicy wraz z uzupełnieniem (9 kor.) 2 kor.

Smoleński: Hydroterapia (5 kor.) 2 kor.

Harajewicz: Gimnastyczne leczenie chorób niewieścich (80 hal.) 50 hal.

Rozprawy z zakresu medycyny praktycznej (Serya I. i II.) (12 kor.) 2 kor.

Gluziński: Zarys ogólnej patologii i terapii gorączki (3 kor.) 1 kor.

Pisek: Terapia chorób serca i naczyń krwionośnych. Część I. (7 kor.) 4 kor.

Jaworski: Podręcznik chorób żołądka i dyetetyki szczegółowej, cena 11 kor.

Wachholz: Podręcznik medycyny sądowej 15 kor.

L. Korczyński: Zarys balneoterapii i balneografii krajowej (12 kor.) 9 kor.

Spira: Krótki zarys nauki o chorobach usznych (10 kor.) 7 kor.

Jordan i Dobrowolski: Nauka o położnictwie 18 kor.

Biuro Redakcyi i Administracyi: Kraków, Kopernika 15. Klinika lekarska.

SYRUP HYPOPHOSPHIT comp. Dr. EGGER

zawiera w jednej łyżeczce żelaza 0·05, wapnia 0·10, potasu 0·06, sodu 0·06, chininy 0·005 i strychiny 0·00005, sole kwasu fosforowego i odpowiednio do farmakopei Unit. St.

S. Hypophosphit comp. Dr. Egger

jest dzielnym środkiem w przypadkach **niedokrewności, neurastenii, rozmaitych schorzeniach narządu nerwowego, w krzywicy, zołzach** jest nieocenionem **tonicum** dla **ozdrowieńców**; bywa też podawany w pierwszorzędnych klinikach, jak w klinice Radcy dworu prof. Krafft-Ebinga, prof. Felserreicha, prof. Fingera, prof. Mračeka, prof. Jendrasika, prof. Rosthorna i t. d.

Cena: za jedną 500-gramową flaszkę 4 koron 80 hal. za jedną 250-gramową flaszkę 2 korony 40 hal.

Główny skład: dla Galicyi wschodniej w aptece Piotra Mikolascha we Lwowie — dla Galicyi zachodniej w aptece Konstantego Wiszniewskiego w Krakowie.

220 **Główny skład i wyrób**

Apteka „Reichspalatin“
Budapeszt, VI, Weitzner Bolevard 17.

Perdynamin

nadzwyczaj smaczny, płynny przetwór hemoglobinowy, nieszkodliwy dla zębów, pobudzający apetyt, znakomicie wypróbowany przy **niedokrwistości** i ogólnem osłabieniu.

Lecithin-Perdynamin

przetwór lecytynowo - hemoglobinowy o wypróbowanem działaniu przy **neurastenii** i innych chorobach nerwowych, przy podupadłem odżywieniu i krzywicy. 236

Guajacol-Perdynamin

przetwór gw[illegible]olowo-hemoglobinowy polecany przez lekarzy przy **schorzeniach narządów oddechania,** gruźlicy płuc, nieżycie płuc, zapaleniu oskrzeli, krztuścu i skrofulozie.

Próbki i piśmiennictwo bezpłatnie.

Próbki Lecithin-Perdynamin tylko za obliczeniem kosztów przez miejsce wyrobu dla Austro-Węgier.

Mr. Camillo Raupenstrauch, em. Apotheker
Wien II/1 Castellezgasse 25.

Fabryka przetworów leczniczych Eugeniusza Matuli

w Radomyślu Wielkim poleca przetwory własne:

MARKA OCHRONNA E. MATULA

Kamphenol Prof. Dra Chlumskyego. **Znakomite Antisepticum:** przy róży, flegmonach, ropniakach, czyrakach, przetokach gruźliczych i t. p. Cena flaszki Kor. 2·—.

Pilulae medic. Matula. **Pilulae natr. arsenic. comp.** Każda pigułka zawiera: Natr. arsenic. 0.0005 Ferr. protokol. 0.05. Chinin hydr.-Calc. glycerin. phosphor. Extr. Colae spis. aa 0.03. Extr. nucis vom 0.005. Pulvis rhei q. s. Pigułki te są obdukowane cukrem. Cena za flakon o 100 pig. Kor. 4·—. Wydaje się jedynie na przepis lekarski.

Ferrophosphat (Syr. ferr. mangan hypophosphor. comp.)

w działalności identyczny z Syrr. Fellowa, Dra Eggera itp.

Nieoceniony jako tonicum w przypadkach niedokrewności, w cierpieniach narządu nerwowego, krzywicy, neurastanii, itp. Zawiera: żelazo, mangan, wapień, potas, chininę, fosfor, strychninę, kwas i sole hypofosforowe rozpuszczone w syrupie. Skład chemiczny podany na każdej flaszce. Ferrophosphat MATULI wydaje się jedynie w aptekach na przepis lekarski. Cena za flakon Kor. 2·—. Sposób użycia: 2–3 razy dziennie łyżeczkę od kawy w 1/4 szklanki wody. Do nabybia we wszystkich aptekach.

Sapomenthol. (Maść Sapomentholowa). 208

Zawiera ciała lotne jak: olejki eteryczne, kamforę, amoniak, alkohol, mentol, itp., które przetrawiane na gorąco w maszynach parowych z mydłem, dają jednolitą masę, łatwo dokładnie wetrzeć się dającą. W użyciu przyjemny, o miłej woni **Działa znakomicie w bólach reumatycznych różnych postaci,** specyalnie w reumatyzmie mięśniowym, lumbago, ischias, nerwobólach itp. W działaniu szybki i często pewny nawet w wypadkach, gdy inne leki skutku nie wywierały. Skuteczność Sapomentholu stwierdzają liczne poświadczenia lekarskie, jakoteż badania, czynione na klinice wiedeńskiej na oddziele III. Sposób użycia: Odpowiednie części ciała naciera się silnie, poczem owija takowe watą lub flanelą. Do nabycia we wszystkich aptekach, po cenie za mały słoik Kor. 1·40, za duży Kor. 5·—. Tylko w oryginalnych słoikach. Dozwolony w cesarstwie rosyjskiem przez zatwierdzenie Rady Lekarskiej i Ministerstwa spraw wewnętrznych w Petersburgu.

Preparata powyższe są do nabycia we wszystkich aptekach. — Skład główny w aptece WP. Konstantego Wiszniewskiego w Krakowie.

Uprasza się celem otrzymania wyrobu właściwego, przepisując używać zawsze formułki: oryginal Matula.
Nazwy, marka, ochronna i opakowanie prawnie zastrzeżone. Broszury i próbki dla Panów Lekarzy gratis i franco przesyła Laboratoryum i Fabryka przetworów farmaceutycznych **EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu Wielkim.**

Rok XLIX. Kraków, dnia 12 marca 1910. Nr 11.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

O leczniczem działaniu emanacyi radu

podał

Prof. Dr Karol Klecki.

(Dokończenie).

Do doświadczeń tych używałem wody radiogenowej z dwu emanatorów szarlotenburskiego Towarzystwa, z jednego przeznaczonego do picia i drugiego do kąpieli, które na czas tych doświadczeń klinika wynajęła od rzeczonego Towarzystwa. Zarówno na początku doświadczeń, jakoteż i w ciągu ich przeprowadzania oznaczałem kilkakrotnie emanacyę radu we wodzie, jaką z powyższych przyrządów pobierano, zapomocą fontaktoskopu Englera i Sievekinga.

Jak to już wyżej zauważyłem, każda dawka wody, otrzymana z emanatora, wydającego wodę do picia, ma wynosić 10 cm³, a zawierać 10.000 J. E., zaś każda dawka wody z emanatora kąpielowego ma wynosić 50 cm³, a zawierać 50.000 J. E. Przytem największa ilość dawek, jakie można pobierać z tych przyrządów w ciągu 24 godzin, wynosi dla obu emanatorów 60 i 14, przy pobieraniu bowiem większej ilości dawek, ilość zawartej w nich emanacyi ma się zmniejszać. Zauważę zatem, że przy stosunkowo niewielkim materyale klinicznym, jakim rozporządzałem, ilość dawek pobieranych z obu emanatorów nie dochodziła nigdy do powyższych ilości, ustanowionych przez Towarzystwo radiogenowe jako dozwolone »maximum«. Używany w moich doświadczeniach emanator L. 1793, wydający wodę do picia, wydawał dawki, wynoszące około 10 cm³, a zawierające w czasie pomiędzy 5. XII. 1908 a 12. VII. 1909, w którym emanacyę oznaczałem, 7928.5, 7177.7, 7105.4, 8352.8, 6876.9, 6116.2, 8717.6, 7063.3, 8688 J. E. Emanator kąpielowy L. 754 wydawał z początku dawki wody radiogenowej wynoszące 42 cm³, dawki te atoli zmniejszały się z biegiem czasu, tak że w końcu mych badań wynosiły tylko około 25 cm³. Ilość emanacyi zawarta w całej dawce wody, otrzymanej z tego emanatora w różnych okresach mych doświadczeń, wynosiła 39501, 40764, 23650 J. E.

Jako przykład przytoczę następujące oznaczenie emanacyi we wodzie z emanatora L. 1793 (zob. tabl.).

Chorych klinicznych, o których poniżej będzie mowa, leczono przeważnie w klinice stałej, a tylko w małej części ambulatoryjnie, przytem z reguły w czasie leczenia emanacyą radu nie stosowano żadnych innych sposobów leczniczych; stosowano je dopiero wówczas, gdy leczenie emanacyą nie pomagało, względnie gdy skutku tak długo nie było, że niepodobna było ze względu na chorych przeciągać dłużej leczenia emanacyą radu. Wyjątkowo tylko leczono tych chorych innymi sposobami, zanim zaczęto stosować u nich wodę radiogenową.

Oznaczenie emanacyi w całej dawce wody radiogenowej, wynoszącej 10 cm³, d. 11. XII. 1908.

	Czas	Przeciąg czasu	Opadanie listków elektroskopu	Ilość woltów	Spadek woltów na 1 godzinę
Utrata normalna	10 h 43 m 10 h 53 m	10′	15 + 16 = 31 14 + 14 = 28	196·5 184·3	12·2 × 6 = 73·2
10 cm³ wody radiogenowej	10 h 57 m 10 h. 57 m. 36 s.	36″	17 + 17 = 34 7·5 + 7·5 = 15	206·5 118·6	87·9 × 100 = 8790
Czynność pozostała	11 h 12 m 11 h 22 m	10′	16 + 15·5 = 31·5 8 + 7·5 = 15·5	198·3 121·6	76·7 × 6 = 480·2

Spadek woltów	8790·0
Czynność pozostała (480·2 × 1·1)	— 528·2
	8261·8
Utrata absorpcyjna (2%)	+ 165·2
	8426·0
Utrata normalna	— 73·2
	8352·8 jednostek emanacyjnych.

Najważniejsze dane o przebiegu choroby i wyniku leczenia, wyjęte z historyi choroby najważniejszych przypadków klinicznych są następujące.

Polyarthritis rheumatica acuta.

I. A. R. 18 l., nauczycielka. Zachorowała przed 6 tygodniami. Zajęte stawy barkowe, garstkowe, palcowe, ko-

lanowe i skokowe. Leczenie: do 28. III. 1909 Natr. sal., okłady z Alum. acet., od 28. III. 1909 codziennie 2 potem 3 dawki W. R. (wody radiogenowej) wewnętrznie i co 2 dzień kąpiel z 3 dawkami W. R. Leczenie to trwało 33 dni w tem 15 kąpieli. Wyszła ze znacznem polepszeniem.

Polyarthritis rheumatica subacuta.

II. J. A. 44 l., fornal. Zachorował przed 5 tygodniami. Zajęte: lewy staw biodrowy, lewy staw kolanowy i stawy palców u lewej nogi, oraz prawy staw skokowy. Leczenie: od 8. XII. 1908 kąpiele z 2 potem z 4 dawkami W. R., poczem małe polepszenie; 24. XII. 1908 pogorszenie; od 6. XII. 1908 obok kąpieli codziennie 2 dawki W. R. wewnętrznie. Leczenie trwało 39 dni, w tem 31 kąpieli. Małe polepszenie. Poczem Natr. salic., okłady z Alum acet. Polepszenie.

III. F. M, 29 l., kupiec. Zachorował przed 7 tygodniami. Zajęte oba stawy barkowe, prawy staw kolanowy, oba stawy skokowe. Leczenie: od 16 XI. 1908 codziennie 1 potem 2, 3 i 4 dawki W. R. wewnętrznie, od 29. XI. 1908 nadto co drugi dzień kąpiel z 2 dawkami W. R. 18. XI 1908 pogorszenie. Leczenie trwało 21 dni, w tem 10 kąpieli. Brak polepszenia. Poczem Natr. salicyl., Aspiryna, gorące powietrze. 22. I. 1909 wyszedł z kliniki ze znacznem polepszeniem.

IV. P. K. 20 l., służąca. Zachorowała przed 4 tygodniami. Zajęte stawy kończyn dolnych, zwłaszcza prawej. Leczenie: od 15. XI. 1908 codziennie 1 potem 2, 3 i 4 dawki W. R. wewnętrznie i co 2 dzień kąpiel z 2 dawkami W. R. Po tej kąpieli pogorszenie. Leczenie trwało 17 dni, w tem 7 kąpieli. Polepszenie. Usunięta z kliniki z powodu jaglicy.

V. S. S. 45 l., stróż. Zachorował przed kilku tygodniami. Zajęte sprawy kończyn górnych. Leczenie: codziennie 2 potem 3 dawki W. R. wewnętrznie, co 2 dzień kąpiel z 2 dawkami W. R. Po 8 dniach wyszedł z kliniki z polepszeniem.

Arthritis chronica.

N. W. 22 l., artysta. Zachorował przed 6 miesiącami. Zajęte stawy kolanowe i palców u nóg, zwłaszcza nogi prawej. Leczenie (ambulatoryjne): codziennie 2, potem 3 dawki W. R. wewnętrznie. Po 14 dniach polepszenie.

VII. R. M. 45 l. żona robotnika. Zachorowała przed 3 miesiącami. Zajęty prawy staw barkowy. Leczenie ambulatoryjne): codziennie 3 potem 4 dawki W. R. wewnętrznie. Po 11 dniach małe polepszenie.

VIII. B. M. 53 l. emerytowany urzędnik pocztowy. Zachorował przed kilku miesiącami. Zajęte prawy staw kolanowy i prawy staw skokowy. Leczenie od 26. III. 1909. Codziennie 3, potem 4 i 5 dawek W. R. wewnętrznie; 5. IV 1909 spotęgowanie się bólu w prawym stawie skokowym; od 15. IV. 1909 obok picia W. R. co drugi dzień kąpiel z 3 dawkami W. R. Leczenie trwało 62 dni, w tem 21 kąpieli. Polepszenie.

Polyarthritis chronica deformans incipiens.

IX. G. G. 28 l., żona robotnika. Zachorowała przed rokiem. Zajęte stawy barkowe, garstkowe, palcowe i kolanowe, Leczenie: od 30. IV 1909 codziennie 2 potem 3 dawki W. R. wewnętrznie i co 2 dzień kąpiel z 2, potem z 3 dawkami W. R. Leczenie trwało 34 dni, w tem 12—13 kąpieli. Brak polepszenia.

Rheumatismus musculorum.

X. B. M. 53 l. (przyp. VIII). Zachorował przed kilku miesiącami. Zajęte mięśnie grzbietowe i lędźwiowe po obu stronach, oraz mięśnie pośladkowe po lewej stronie. Po 62 dniach picia W. R. oraz 21 kąpielach wyzdrowienie.

XI. K. J. 27 l. artysta. Zachorował przed 2 miesiącami. Zajęte mięśnie kończyny dolnej prawej i mięśnie lędźwiowe po stronie prawej. Leczenie: od 11. I. 1909 codziennie 2, potem 3, 4 i 5 dawek W. R. wewnętrznie i co 2 dzień kąpiel z 2 potem z 3 dawkami W. R. Ogółem wypił 91 dawek W. R. i wziął 15 kąpieli. Brak polepszenia.

XII. M. S. 41 l. handlarz. Zachorował przed 3 miesiącami. Zajęte mięśnie pośladka lewego. Leczenie: od 19 III. 1909 co 2 dzień kąpiele z 3 dawkami W. R. i codziennie 3 potem 4 dawki W. R. wewnętrznie. 29. IV. 1909 po 14 dniach leczenia, a w tem 20 kąpielach polepszenie; po dalszych 10 kąpielach, a zatem po 30 kąpielach ogółem małe polepszenie.

Ischias.

XIII. G. J. 27 l.. robotnik. Zachorował przed rokiem. Leczenie: od 5. XI. 1908 co 2 dzień, potem codziennie kąpiel z 2 dawkami W. R. wewnętrznie. Do 18. 12 1908 35 kąpieli i 20 dni podawania wewnętrznie W. R. W przebiegu choroby wahania w stanie chorego, ostatecznie tylko małe polepszenie. Poczem aspiryna, bańki, pędzlowanie HCl. 4. I. 1909 wyszedł z kliniki ze znacznem polepszeniem.

XIV. B. M. 28 letnia panna. Zachorowała przed 4 laty po źle wygojonem złamaniu szyjki kości udowej. Leczenie: od 11. I. 1909 codziennie 2 potem 3 i 4 dawki W. R. wewnętrznie i co 3 dzień kąpiel z 2 dawkami W. R. 14. I. 1909 po kąpieli potęgowanie się bólu; 7. III. 1909 po kąpieli napad dusznicy bolesnej. Leczenie trwało 70 dni, w tem 31 kąpieli. 1. IV. 1909 wyszła z kliniki z polepszeniem.

XV. P. K. 20 l. służąca (przyp. IV.). Po piciu W. R. przez 17 dni i 7 kąpielach polepszenie.

XVI. L. S. 50 l. rzemieślnik. Zachorował przed 2 miesiącami. Leczenie: codziennie 3 potem 4 dawki W. R. wewnętrznie i co 2 dzień kąpiel z 2 potem z 3 dawkami W. R. Po 3 tygodniach leczenia brak polepszenia.

XVII. A. J. 35 letnia panna. Zachorowała przed rokiem. Leczenie: od 29. III. 1909 codziennie 3 dawki W. R. wewnętrznie; 3. IV. 1909 pogorszenie; od 15. IV. obok picia W. R. co 2 dzień kąpiel z 3 dawkami W. R. Po 32 leczenia, w tem 13 kąpielach, brak polepszenia. Poczem antypiryna, fenacetyna, pędzlowanie HCl, gorące powietrze. Wyszła z kliniki z małem polepszeniem.

XVIII. B. W. 68 l., stolarz. Zachorował przed 2 tygodniami. Leczenie: codziennie 4 dawki W. R. wewnętrznie. Po 20 dniach znaczne polepszenie.

XIX. J. J. 44 l. (przyp.). Po 31 kąpielach i piciu W. R. przez 39 dni nieznaczne polepszenie.

Neuralgia N. trigemini, N. supraorbitalis.

XX. K. L. 42 l. zecer. Zachorował przed 12 laty. Zajęty nerw trójdzielny lewy. Leczenie: codziennie 2 potem 3, 4, 5, 6, 7. 5 dawek W. R. wewnętrznie. Po 57 dniach brak polepszenia.

XXI. W. A. 22 l., robotnik. Zachorował przed tygodniem. Zajęty nerw nadoczodołowy prawy. Leczenie: codziennie 2 dawki W. R. wewnętrznie. Po 3 dniach wyleczenie.

Polyneuritis.

XXII. K. W. 53 l., emerytowany żandarm. Zachorował przed 2 miesiącami. Zajęte nerwy obu kończyn górnych i dolnych. Leczenie: codziennie 2, potem 3 i 4 dawki W. R. wewnętrznie i co 2-gi dzień kąpiel z 2 dawkami W. R. Po 65 dniach leczenia, a w tem po 30 kąpielach znaczne polepszenie.

XXIII. P. B. 51 l., szewc. Alkoholizm. Zachorował przed rokiem. Zajęte nerwy prawej kończyny górnej i prawej kończyny dolnej. Leczenie: codziennie 3, potem 4 dawki W. R. i co 2-gi dzień kąpiel z 3, potem 5 dawkami W. R. Po 56 dniach leczenia, a w tem po 26 kąpielach, znaczne polepszenie.

Nadto leczenie wodą radiogenową stosowałem w 2 przypadkach wiądu rdzenia i po jednym przypadku stwar-

dnienia rozsianego rdzenia, histeryi, neurastenii, opadnięcia trzew brzusznych i postępującego zaniku mięśni (Erba). We wszystkich tych przypadkach, zwłaszcza zaś w tych, w których chorzy nie tylko pili W. R., ale i kąpali się, można było stwierdzić podmiotowe, niekiedy zaś i przedmiotowe polepszenie się stanu chorych, a mianowicie w wiądzie rdzenia zmniejszał się bezład ruchowy, w rozsianem stwardnieniu rdzenia zmniejszało się drżenie; atoli poważnego polepszenia w przypadkach tych nie było. W przypadku nerwicy żołądka, w którym podawano chorej W R. tylko wewnętrznie, leczenie pozostało bez żadnego skutku. Wyniki leczenia wodą radiogenową powyższych chorych zestawiłem w następującej tablicy.

Cierpienie	Ilość przypadków	Wyleczeń	Polepszeń	Brak polepszenia
Polyarthritis rheumat. ac.	1	—	1	—
Polyarthritis rheumat. subac.	4	—	3	1
Arthritis chron.	3	—	3	—
Polyarthritis chron. deform. incip.	1	—	—	1
Rheumatismus musculorum	3	1	1	1
Ischias	7	—	5	2
Neuralgia N. trigem., N. supraorb.	2	1	—	1
Polyneuritis	2	—	2	—
Tabes dorsalis	2	—	2	—
Sclerosis disseminata	1	—	1	—
Hysteria	1	—	1	—
Neurasthenia	1	—	1	—
Enteroptosis	1	—	1	
Atrophia muscul. progr. (Erb)	1	—	1	—
Gastroneurosis	1	—	—	1
Razem	31	2	22	7

Poza powyższymi przypadkami stosowano jeszcze w klinice lekarskiej W. R. w 15 innych przypadkach obok leczenia innymi sposobami, a to w celu przekonania się, czy i jaki wpływ emanacya radu w takich warunkach może wywrzeć na przebieg choroby.

Przypadki te stanowiły 3 przypadki wysięków w jamach surowiczych i po jednym przypadku gośćca stawowego, rwy kulszowej, wiądu rdzenia, rozsianego stwardnienia rdzenia, porażenia połowiczego, przewlekłej ołowicy, pozostałości po zapaleniu płuc i opłucnej, zesztywnienia kolana u osobnika dotkniętego białaczką, przewlekłego zapalenia miąższowego nerek, opadnięcia trzew, niewyrównanej wady serca, oraz stałego sokotoku żołądka.

W 2 z tych przypadków, mianowicie w wiądzie rdzenia i rwie kulszowej, stosowano kąpiele z W. R., które, jak się zdawało, sprowadziły pewne polepszenie w stanie chorych. W pozostałych przypadkach podawano W. R. w zwykłych dawkach przez 11—34 dni wewnętrznie, co na przebieg choroby żadnego widocznego wpływu nie wywarło.

Z powyższego zestawienia wyników leczenia emanacyą radu w 31 przypadkach klinicznych widać, że tylko w 2 z tych przypadków nastąpiło przy leczeniu tem zupełne wyzdrowienie. Jeśli się uwzględni, że w jednym z tych przypadków, mianowicie w nerwobólu nerwu nadoczodołowego, wyzdrowienie nastąpiło już po 3 dniach picia wody radiogenowej, związek pomiędzy tem wyzdrowieniem, a leczeniem W. R. wydaje się wielce wątpliwym. W drugim z tych przypadków, mianowicie w gośćcu mięśniowym, nastąpiło wyzdrowienie po leczeniu, które trwało przeszło 2 miesiące, a w którem obok picia W. R. wydano choremu 21 kąpieli ciepłych (z W. R.). I w tym przypadku można zatem powątpiewać o tem, czy wyzdrowienie nastąpiło tu wskutek zadziałania emanacyi radu na ustrój. Na owych 31 przypadków w 22 przypadkach nastąpiło po leczeniu wodą radiogenową polepszenie. Pomijając 72 tych przypadków, w których owo polepszenie było albo tylko podmiotowe i w znacznej części powstało wskutek poddawania (hysteria, neurasthenia, enteroptosis, atrophia musculorum progr.), albo też było wprawdzie i przedmiotowe, ale wobec nieuleczalności cierpienia ani poważnem ani też trwałem być nie mogło, a przytem, jak to doświadczenie wskazuje, mogło tu być osiągnięte przez zwykłe ciepłe kąpiele (tabes dorsalis, sclerosis disseminata), nastąpiło po leczeniu wodą radiogenową znaczne polepszenie w 2 przypadkach zapalenia wielu nerwów (polyneuritis), w których leczenie trwało około 2 miesięcy i w których prócz picia wody radiogenowej wzięli chorzy stosunkowo znaczną ilość ciepłych kąpieli (30 wzgl. 26); a zatem i w tych 2 przypadkach nie jest rzeczą bynajmniej dowiedzioną, by wynik leczenia zależał od korzystnego działania emanacyi radu.

Poza tymi przypadkami nastąpiło polepszenie w 13 przypadkach takich cierpień, w których według dotychczasowych doniesień emanacya radu działa najlepiej, mianowicie w gośćcu mięśniowym, cierpieniach stawów, oraz rwie kulszowej. W jednym przypadku gośćca mięśniowego (przyp. XII) pomimo długiego leczenia wodą radiogenową polepszenie było bardzo małe; nawiasem wtrącę, że w innym przypadku gośćca mięśniowego (przyp. XI) leczenie to żadnego wogóle polepszenia nie sprowadziło. W 7 dalszych przypadkach polepszenie stwierdzono w cierpieniach stawów. Pomijając przewlekłe zapalenie stawów zniekształtniające, w którem według jednobrzmiących sprawozdań lekarzy emanacya radu nie działa, co wynika także i z jednego spostrzeganego przezemnie przypadku, ma emanacya działać najlepiej w przewlekłych i podostrych cierpieniach stawów. Opierając się na własnych spostrzeżeniach, nie mogę niestety zgodzić się na to twierdzenie. Polepszenie, jakie stwierdziłem w 7 na ogół przypadkach cierpień stawowych, było istotnie znaczne tylko w jednym jedynym z tych przypadków, a był to przytem przypadek właśnie ostrego schorzenia stawów (przyp. I.). W podostrych cierpieniach stawów polepszenie, osiągnięte przez leczenie wodą radiogenową, było wogóle już mniejsze; zwłaszcza w tych przypadkach, w których choroba się przeciągała, leczenie to prawie zupełnie nie pomagało, tak, że w przyp. II. i w przyp. III., w którym żadnego skutku leczenia wodą radiogenową nie było, trzeba było zastosować inne sposoby leczenia, które w przypadkach tych okazały się znacznie skuteczniejsze, niż woda radiogenowa. W 2 przypadkach przewlekłych cierpień stawowych, leczonych ambulatoryjnie, było polepszenie po piciu wody radiogenowej przez 11, a względnie 14 dni tak małe, że chorzy zrzekli się dalszego leczenia ich tym sposobem. W trzecim podobnym przypadku (przyp. VIII.) pomimo długiego i energicznego leczenia wodą ra-

diogenową, stosowaną zarówno wewnętrznie, jakoteż i w kąpielach, skutek nie był wielki. Zauważę przytem, że w żadnem spostrzeganem przezemnie podostrem czy przewlekłem cierpieniu stawów zupełne wyzdrowienie po leczeniu wodą radiogenową nie nastąpiło.

Pewne polepszenie stwierdziłem dalej w 5 przypadkach rwy kulszowej. Atoli tylko w jednym z tych przypadków polepszenie było istotnie znaczne, zresztą było ono wogóle niewielkie, nawet w takich przypadkach, w których leczenie wodą radiogenową długo stosowano. W 2 przypadkach rwy kulszowej przy leczeniu tem stan chorych zupełnie się nie poprawił. Dlatego musiano w niektórych z tych przypadków zastosować inne sposoby lecznicze, które i w tych przypadkach skutkowały lepiej, niż woda radiogenowa.

A zatem wyniki lecznicze, otrzymane w niniejszych doświadczeniach klinicznych, nie wypadły na ogół korzystnie dla wody radiogenowej, rozpowszechnianej przez szarlotenburskie Towarzystwo.

Jak to już wyżej zauważyłem, wielu lekarzy, którzy stosowali leczniczo emanacyę radu, spostrzegało stosunkowo często t. zw. odczyn, który ujawnia się jako przejściowe podmiotowe i przedmiotowe pogorszenie stanu chorego, a ma być zupełnie podobny do tego odczynu, jaki występuje niekiedy u chorych leczących się u wód. W powyżej przytoczonych 31 przypadkach klinicznych stwierdziłem w przebiegu choroby przejściowe pogorszenie w stanie chorych u 8 osób. Pogorszenie to było atoli we wszystkich tych przypadkach tylko podmiotowe, a ograniczało się zwykle do spotęgowania się bólu w chorej części ciała; w jednym tylko przypadku (przyp. III.) wystąpił podczas leczenia wodą radiogenową ból w stawie, który na początku leczenia nie był bolesny; stało się to na drugi dzień po rozpoczęciu leczenia, które w przypadku tym nie pomogło. W innych przypadkach przejściowe pogorszenie następowało w późniejszych okresach leczenia, mianowicie w 6, 12, 14 dni i w 8 tygodni po rozpoczęciu leczenia. W dwu z tych przypadków pogorszenie owo sprowadzało się głównie do uczucia ogólnego osłabienia i znużenia po kąpieli. A zatem w spostrzeganych przezemnie przypadkach — odczynu, ujawniającego się w zaburzeniach przedmiotowych, a świadczącego o oddziaływaniu chorego ustroju, zwłaszcza zaś części schorzałych, na działanie emanacyi radu, ani razu stwierdzić nie mogłem.

Zauważyłem także we wstępie, że według Nagelschmidta po wprowadzeniu emanacyi radu w znacznej ilości do ustroju, zwiększa się przepuszczalność nerek dla białka, czemu zresztą inni autorowie przeczą. W 6 przypadkach klinicznych, w których podawano wodę radiogenową do picia w zwykłych dawkach, stwierdzono w przebiegu leczenia następujące wahania w ilości białka w moczu.

W jednym przypadku przewlekłego miąższowego zapalenia nerek ilość białka w moczu, wynosząca początkowo 1·2‰, wzrosła w czasie podawania wody radiogenowej do 1·8‰. W przypadku białaczki, w którym mocz początkowo białka nie zawierał, ukazały się podczas leczenia ślady białka w moczu; w innym przypadku białaczki, w którym mocz zawierał początkowo ślady białka ilość białka wzrosła w czasie leczenia do 0·3‰. W 3 innych przypadkach rzecz się miała odwrotnie: w przypadku wady serca ilość białka spadła w czasie podawania wody radiogenowej z 0·7‰ na 0·25‰, w przypadku zesztywnienia stawu u chorego na białaczkę z 3‰ na 2·2‰, poczem ilość białka wzrosła znów do 2·8‰, a w jednym przypadku wiądu rdzenia spadła ilość białka w moczu z 0·7‰ do 0·4‰. A zatem woda radiogenowa, wprowadzona do ustroju w dawkach leczniczych, nie wywarła w powyższych przypadkach na przepuszczalność nerek dla białka widocznego wpływu w żadnym określonym kierunku; wolno przeto przypuszczać, że wahania w ilości białka w moczu nie występowały w rzeczonych przypadkach jako skutek zadziałania wody radiogenowej, a że sprowadzały je tu inne czynniki, wpływające na przepuszczalność nerek dla białka.

W r. 1908 Répin na podstawie spostrzeżeń, poczynionych w Sabaudyi, zwrócił uwagę na to, iż możliwą jest rzeczą, że zachodzi pewien związek przyczynowy pomiędzy obecnością emanacyi radu we wodzie do picia, a występowaniem wola. W jednym przypadku klinicznym (przyp. XIV), w którym chora wzięła 31 kąpieli z W. R., a nadto piła W. R. przez 70 dni, mierzyłem od czasu do czasu w czasie leczenia obwód szyi chorej. Wynosił on w czasie rozpoczęcia leczenia 36 cm, waga ciała zaś wynosiła 66 kg; przez cały czas leczenia waga ciała niemal zupełnie stale utrzymywała się na tej samej wysokości, obwód szyi zaś przy dalszych pomiarach wynosił 35 i 35·5 cm.

Wyniki niniejszych doświadczeń nie świadczą przeto za tem, by w powyżej podany sposób przeprowadzane leczenie emanacyą radu wywierało na ustrój jakiś wpływ wybitny i żeby ten nowy sposób leczenia wzbogacał istotnie dotychczasowe lecznictwo.

Już Strasser i Selka podnoszą w swej pracy, że w rwie kulszowej inne sposoby leczenia, zwłaszcza szkockie tusze, działają i szybciej i pewniej, niż emanacya radu. Słabe wyniki, jakie otrzymałem przy leczeniu wodą radiogenową podostrych i przewlekłych cierpień stawów i to w przypadkach, w których inne sposoby leczenia okazały się skuteczniejsze od emanacyi, były dla mnie może tem większą niespodzianką, że według innych autorów leczenie emanacyą radu w takich właśnie cierpieniach ma być najbardziej skuteczne. Muszę przytem zauważyć, że w większości przypadków, w których w początku leczenia podawałem W. R. tylko wewnętrznie, nie następowało polepszenie, tak że trzeba było zazwyczaj obok podawania W. R. do picia stosować zarazem i kąpiele z W. R. Wprawdzie możnaby uczynić zarzut, że w przypadkach tych samo picie W. R. trwało za krótko i że po dłuższem podawaniu wewnętrznem tej wody możeby chorzy wyzdrowieli. Na to trzebaby jednak odpowiedzieć, że wobec tak późnego skutku leczenia które zresztą nie zawsze pomaga, pierwszeństwo należy oddać bezwarunkowo takim sposobom leczenia, które już po upływie krótkiego czasu ulgę choremu przynoszą.

Muszę tu wyraźnie podkreślić, że wyniki powyższych doświadczeń klinicznych nie dowodzą bynajmniej, by emanacya radu nie mogła być skutecznym czynnikiem leczniczym w niektórych cierpieniach, a zatem, by należało zarzucić dalsze próby w tym kierunku.

Z doświadczeń tych wynika tylko to jedno, że leczenie emanacyą radu w tak prosty i dogodny sposób, jak na to pozwalają przyrządy, wydające wodę radiogenową, pożądanego skutku zazwyczaj nie sprowadza.

Sądzę, że niepomyślne wyniki leczenia wodą radioge-

nową, podawaną do picia oraz w kąpieli, tłómaczą przynajmniej w pewnej części badania fizyologiczne Nagelschmidta i Kohlrauscha. Badacze ci stwierdzili bowiem, że wchłanianie emanacyi radu odbywa się głównie przez płuca i że znaczna część emanacyi, wprowadzonej do przewodu pokarmowego, już w ciągu kilku minut opuszcza ustrój również przez płuca.

W niedawno ogłoszonej rozprawie doktorskiej dochodzi Laska na podstawie doświadczeń, dokonanych na królikach, do wniosku, »że emanacya, wprowadzona do przewodu pokarmowego, dłużej pozostaje w ustroju, niż wprowadzona do naczyń krwionośnych, ponieważ emanacya, wprowadzona do przewodu pokarmowego, wchłania się powoli, w miarę jak wypita ciecz przechodzi do jelita«; w końcu zaś swej pracy mówi autorka: »Gdyby się miało dać pierwszeństwo jednemu ze sposobów stosowania leczniczego (emanacyi), podawanie jej wewnętrzne wydaje się najsłuszniejsze«. Należy jednak zauważyć, że jako uzasadnienie tego poglądu ogłasza autorka tylko jedno doświadczenie, w którem wlała królikowi do żołądka wodę radiogenową, zawierającą 100.000 J. E. Jeśli się zważy, że 100.000 J. E. stanowi dawkę emanacyi, jaką się zwykle stosuje do przygotowania kąpieli dla dorosłego człowieka, że zaś dawka emanacyi, jaką się podaje człowiekowi wewnętrznie, wynosi zwykle 30.000 J. E., że zatem autorka, przyjmując, że waga człowieka wynosi średnio 65 kg., a królika 2·5 kg., użyła w tem doświadczeniu dawki emanacyi 86 razy większej, niż ta, jaką się zwykle stosuje w lecznictwie, to trudno jest tym wywodom Laskiej przypisywać jakieś większe znaczenie.

Ważną i zupełnie pewnie stwierdzoną jest okoliczność, że emanacya radu wchłania się głównie przez płuca. Poznanie tej okoliczności miało w ostatnich czasach i pewne praktyczne znaczenie, Nagelschmidt i Kohlrausch zaprowadzili bowiem na tej podstawie pewne zmiany w powszechnie do niedawna przestrzeganem zachowywaniu się chorych w kąpieli, zawierającej emanacyę. Niedawno jeszcze przestrzegano bowiem, by chorzy jaknajmniej poruszali się w kąpieli, którą przygotowywano w ten sposób, że wodę, zawierającą emanacyę, wlewano jaknajostrożniej pod wodą do już przygotowanej wanny; według Nagelschmidta zaś i Kohlrauscha, chorzy powinni właśnie w takiej kąpieli jaknajwięcej się poruszać, ażeby przez to o ile możności wypędzić z wody emanacyę, którą najlepiej przez wdychiwanie wprowadza się do ustroju; według autorów tych łazienki, przeznaczone do takich kąpieli, nie powinny być przytem zbyt przestronne, by uwolnionej z wody emanacyi nie rozcieńczało zbytnio powietrze. Jeśli się przytem uwzględni, że emanacya, wprowadzona do ustroju jakąbądź drogą, wkrótce wydala się z wydychanem powietrzem, oraz że działanie fizyologiczne emanacyi w żadnym razie nie jest bardzo silne, skoro ustrój znosi bez szkody nawet znaczną jej ilość, to dochodzi się do wniosku, że tam, gdzie chodzi o poważne zadziałanie emanacyi na ustrój, zarówno picie wody, zawierającej emanacyę, jakoteż i kąpiele z takiej wody, nadają się do tego tylko w bardzo małej mierze. Pogląd ten zgadza się z ujemnymi naogół wynikami, jakie w niniejszych doświadczeniach klinicznych otrzymałem.

Jak to już wyżej podniosłem, wyniki te nie dowodzą zupełnie, by emanacya radu nie była czynnikiem leczniczym w niektórych cierpieniach, a świadczą tylko, że nie działa ona w pożądany sposób przy takiem jej stosowaniu, jak się to dotąd czyni. Natomiast jest rzeczą zupełnie możliwą, że stosowanie lecznicze emanacyi w inny sposób okaże się w tych cierpieniach wielce pożytecznem. Na podstawie wyników badań fizyologicznych wolno przypuszczać, że owym właściwym sposobem stosowania leczniczego emanacyi radu byłoby jej wziewanie.

Wziewanie emanacyi radu, i to z dobrym wynikiem, stosowano już w szeregu przypadków (Bulling); w przypadkach tych chodziło jednak o miejscowe działanie emanacyi na narząd oddychania. Jeśli emanacya radu stanowi rzeczywiście czynnik leczniczy w takich cierpieniach, jak gościec stawowy i mięśniowy, rwa kulszowa i t. d., to należałoby i tutaj wprowadzać ją do ustroju przez wziewanie. Wobec tego zaś, że emanacya niezmiernie szybko z ustroju się wydala, należałoby ją stosować tak, ażeby w ciągu leczenia, jeśli nie stale, to przynajmniej w ciągu dłuższego czasu chory mógł ją wziewać. Wszak jest rzeczą zupełnie możliwą, że w cieplicach obojętnych, zawierających emanacyę radu, obok kąpieli chemicznie obojętnej działa korzystnie na ustrój stałe wdychanie powietrza, zawierającego emanacyę. Być może, że zwyczaj, praktykowany w Gostyniu oddawna przez pewną część chorych, którzy codziennie przechadzają się w pobliżu źródeł i przytem energicznie wciągają powietrze, nie jest zupełnie nieuzasadniony. W każdym razie, gdyby się okazało, że emanacya radu, właściwie stosowana, jest istotnie skutecznym lekiem w powyżej przytoczonych cierpieniach, należałoby do odpowiedniego leczenia zapomocą inhalacyi zastosować nowe przyrządy czy urządzenia, któreby pozwalały na wziewanie emanacyi w ciągu dłuższego czasu. Takie leczenie byłoby niewątpliwie ze stanowiska fizyologii bardziej uzasadnione, niż picie wody z emanacyą radu, czy też kąpiele z takiej wody, które, jak to wynika z niniejszych doświadczań, zwykle nie wiodą do pożądanego celu.

Piśmiennictwo. 1) Bulling: Beitrag zur Emanationstherapie. Berl. klin. Woch. 1909. Nr. 3. — 2) Davidsohn: Radiumemanation als Heilfactor. Deutsche med. Woch. 1908. Nr 38. — 3) Fürstenberg: Ueber die Behandlung mit Radiumemanationen. Deutsche med. Woch. 1908. Nr 52. — 4) Gottlieb: Die Anwendung und Wirkung der Joachimsthaler Grubenwässer. Prager med. Woch. 1908. Nr 15. — 5) Kohlrausch u. Nagelschmidt: Die physikalischen Grundlagen der Radiumemanationstherapie. Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther. T. XII. Ref. w Münch. med. Woch. 1909. Nr 6. — 6) Kohlrausch u. Mayer: Ueber Radiumkataphorese. Berl. klin. Woch. 1909. Nr 4. — 7) Laqueur: Balneologenkongress, März 1907 cyt. podł. Loewenthala. — 8) Loewenthal: Ueber die Wirkung der Radiumemanation auf den menschlichen Körper I Mittheil. Berl. klin. Woch. 1906. Nr 46. — 9) Tenże: Ueber die Wirkung der Radiumemanation auf den Menschen. II Mittheil. Berl. klin. Woch. 1907. Nr 35. — 10) Tenże: Das Radium in der Heilkunde. Die Umschau 1908. — 11) Laska: Beiträge zur Radiumemanationstherapie. Inaug. Diss. Berlin 1909. 12) Nagelschmidt: Die therapeutische Verwendung von Radiumemanationen. Berl. klin. Woch. 1908. Nr 11. — 13) Nagelschmidt u. Kohlrausch: Die physiologischen Grundlagen der Radiumemanationstherapie. Biochem. Zeitschr. 1908. — 14) Orgelbrand: Znaczenie radu w leczeniu wodami mineralnemi. Med. i Kron. lek. 1909. Nr 8. — 15) Plate: Aerztl. Verein in Hamburg. Diskussion. Ref. w Münch. med. Woch. 1909 Nr 4.— 16) Poulsson: Zur Frage über die Wirkung der Radiumemanation. Arch. f. exp. Pathol. u. Pharm. 1908. Festschrift für Prof. O. Schmiedeberg p. 443. — 17) Répin: Nouvelles recherches sur la radioactivité des sources goitrigènes. C. R. de l'Ac. d. Sc. de Paris 1908. Ref. w Le progr. méd. 1908, p. 534. — 18) Riedel: Untersuchungen über die künstliche Radiumemanation. Med.

Klinik 1908. Nr 12. — 19) Strasser u. Selka: Versuche mit Radiumemanationen. Med. Klinik 1908. Nr 28. — 20) Wichmann: Aerztlicher Verein in Hamburg. Diskussion. Ref. w Münch. med. Woch. 1909. Nr 4.

W sprawie ran postrzałowych przewodu pokarmowego i przedziurawień przewlekłych wrzodów żołądka.

Napisał

P. Schroeter (Pabianice).

(Dokończenie).

Z tego też powodu należy chyba przyznać słuszność Brunnerowi, który w jednym z przypadków swoich przypisuje zlokalizowanie sprawy zapalnej zastosowanemu leczeniu (tamponada), nie zaś jakości samej sprawy! I po nader starannem usunięciu wytworów częściowego zapalenia otrzewnej, zamknięcie jamy brzusznej uważać należy za ryzykowne. Przyznaję, że odwaga moja nie zdołałaby wznieść się tak wysoko, by zdecydować się na tę próbę.

W przypadkach — wreszcie — z rozwiniętem w następstwie ogólnem zapaleniem wysiękowem otrzewnej znajduje zastosowanie przepłukiwanie w połączeniu z odpowiedniem sączkowaniem. O ile ważnem jest spełnienie głównego zadania — zamknięcie otworu przedziurawienia — to przy ogólnem zapaleniu wysiękowem pozostanie ono często o tyle niewykonalne, że zamknięcie otworu zapomocą szwu lub innych więcej złożonych sposobów okaże się niemożliwem. Na ogół zgodzono się w przypadkach tego rodzaju uważać przedziurawienie za rzecz znaczenia podrzędniejszego, zadowolić się na razie usunięciem wysięku ropnego i postarać się o należyty odpływ ropy zapomocą sączkowania. Hartmann wymaga tego sposobu postępowania w przypadkach przedziurawienia wrzodu, powikłanego zapaleniem otrzewnej (peritonite foudroyante). Niektórzy z autorów celem osiągnięcia skuteczniejszego sączkowania dodają jeszcze 2 cięcia boczne, przez które wprowadza się do jamy brzusznej po jednym sączku (Hirschel — klinika chirurgiczna w Heidelbergu); inni przeciwnie, jak np. Körte, są zdania, że sączkowanie przy zapaleniu otrzewnej, powstałem wskutek przedziurawienia żołądka, nie posiada wielkiej wartości. Światło sączków gumowych łatwo zatykają pętle jelit; prócz tego sączki gumowe mogą działać ujemnie, wywołując niekiedy przez ucisk na jelito przetarcie jej ścian. Kotzenberg chwali działanie ssące »tampon drainage« Dreesmanna (sączki szklane z gazą wioformową), stosowanego w ogólnym szpitalu w Hamburgu i przypisuje mu niemały udział w osiągnięciu dobrych wyników przy leczeniu ogólnego zapalenia ropnego otrzewnej. Przy posiłkowaniu się tym sposobem sączkowania należy powłoki brzuszne zaszyć zupełnie z pozostawieniem ściśle dopasowanego otworu dla sączka szklanego, celem przywrócenia ciśnienia wewnątrzbrzusznego. Przywrócenie ciśnienia wewnątrzbrzusznego, jest bowiem podług Rehna nieodzownym postulatem skutecznego sączkowania jamy brzusznej. Szklany sączek, wypchany lekko gazą wioformową, wprowadza się przez dolny kąt rany powłok brzusznych do miednicy małej na 3 lub 4 dni. Codziennie należy zmieniać kilkakrotnie gazę w sączku. W dniu po operacyi zastępuje się suchą gazę samego opatrunku przez gazę wilgotną, na którą nakłada się warstwę suchej gazy. Po upływie 3 dni należy sączek usunąć i wprowadzać mniejsze.

Doświadczenia, podjęte celem przerwania dalszego wessania reszty jadowitych substancyi, pozostałej w jamie brzusznej po przepłukaniu, zapomocą napełnienia naczyń chłonnych otrzewnej oliwą, względnie olejem kamforowym (Hirschel), wymagają sprawdzania w praktyce co do ich wartości i skuteczności.

Pragnąłbym wreszcie przytoczyć kilka uwag, tyczących się *leczenia pooperacyjnego*, które uważać należy za nader ważną część naszego postępowania. W pierwszych dwóch dniach po operacyi nie należałoby podawać operowanemu żadnych pokarmów i płynów z wyjątkiem drobnych kawałków lodu celem złagodzenia pragnienia.

Potem dopiero podawać można małe dawki mleka, które stopniowo się powiększa. Silnemu ustrojowi wystarcza to w zupełności aż do 12—14 dnia, poczem można podawać pokarm silniejszy. Niedostatecznie odżywiony, osłabiony ustrój wymaga obok tego lawatyw odżywczych, w skład których wchodzi mleko, rozczyn cukru gronowego, wino czerwone, jajko i niewielka ilość kleiku krochmalowego lub też — podług Körtego — jajko, 20—30 cm³ koniaku, cokolwiek soli i 0·25 litra wody. Mieszaniny te wprowadza się do odbytnicy po oczyszczeniu jej zapomocą lawatywy czyszczącej. W przypadkach otwartego leczenia otworu żołądka (bez zaszycia otworu i tamponada) należy w ciągu 10 do 12 dni stosować odżywianie przez odbytnicę, gdyż bezwzględny spokój żołądka stanowi warunek pomyślnego gojenia się; dopiero po upływie tego czasu można częściej podawać choremu mleko, po łyżce stołowej. Korzyść lawatyw odżywczych upatrujemy jeszcze i w tej okoliczności, że w czasie ustania ruchu robaczkowego jelit nie następują w przewodzie pokarmowym fermentacye, któreby przy odżywianiu drogą naturalną nastąpiły i mogły wywołać pewne dolegliwości. Jednocześnie zastosowane wstrzykiwania podskórne rozczynu soli kuchennej wywierają wpływ dodatni, jako środek moczopędny i usuwający pragnienie.

W przypadkach ran postrzałowych przewodu pokarmowego lub też przedziurawienia wrzodów żołądka niepowikłanych zapaleniem otrzewnej, powinien operowany pozostać w łóżku w położeniu poziomem (na wznak); po kilku dniach położenie może być zmieniane. Jeżeli w przypadkach, powikłanych ogólnem zapaleniem ropnem otrzewnej, stosujemy »tampon-drainage« Dreesmanna, to należy ułożyć chorego na płaszczyznę skośną przez podniesienie tego końca łóżka, przy którym leży głowa chorego, do takiej wysokości, aby nachylenie wynosiło mniej więcej 20⁰. Wysięk zbiera się wtedy w miednicy małej i zostaje wessany przez gazę w sączku szklanym. Również przy stosowaniu sączkowania jamy miednicy sposobem Mikulicza najodpowiedniejsze jest wyżej wspomniane ułożenie chorego. Takie ułożenie ze wszystkich innych tu zalecanych (np. położenia na brzuchu i t. p.) niewątpliwie najlepiej odpowiada celowi i może być przez czas dłuższy bez zmiany zachowane.

Niedowład jelit wymaga zastosowania fizostygminy lub też małych lawatyw z mydła, a zwłaszcza wysokich przepłukiwań kiszek na wzór przepłukiwań żołądka. W razie rozwinięcia się porażenia jelit należy uciec się do odpowiednich zabiegów operacyjnych.

Możliwość wystąpienia poważnych powikłań zniewala do starannego czuwania nad chorym. Wielkie znaczenie posiada stan ciepłoty, na który w okresie leczenia pooperacyjnego większy nacisk położyć należy, niż przed operacyą.

Wiadomo, że w ostatnich czasach w przypadkach zapalenia otrzewnej stosowano leczenie surowicą, dotychczas jednakże bez godnych uwagi wyników dodatnich.

Nakoniec jedna jeszcze wzmianka. Jeżeli przy przedziurawieniach przewodu pokarmowego, wywołanych przez pociski lub przez wrzód żołądka, szybka interwencya posiada znaczenie niezmiernie ważne, to z drugiej strony niemniej ważnym i uzasadnionym postulatem jest szybkie wykonanie odpowiedniego zabiegu. Uśpienie i rękoczyny w jamie brzusznej powinny być ograniczone do niezbędnego minimum. W rzeczy samej, zdania autorów obecnie jeszcze rozchodzą się w niektórych szczegółach, tyczących się leczenia, natomiast panuje ogólna zgoda co do jednego punktu: jaknajwcześniejsza operacya i jaknajszybsze jej wykonanie.

Dopisek. Wkrótce po sprowadzeniu sączków szklanych Dreesmanna mieliśmy sposobność w dwóch przypadkach przekonać się o dobrem działaniu i zaletach »tampon drainage« sposobem wyżej opisanym.

1) W dniu 23. marca r. b. wezwany zostałem na naradę do chorego O. K., lat 32. Wywiady: W 3. roku życia chorował na zapalenie mózgu, skutkiem czego ogłuchł i zaniemówił. Przed 4 tygodniami chorował na zapalenie wyrostka robaczkowego. Od 4 dni boleści w dolnej części brzucha i wymioty. Stan obecny: Budowa prawidłowa, odżywianie dobre. Brzuch znacznie wzdęty, przy najlżejszym ucisku niezmiernie bolesny, mięśnie powłok brzusznych napięte, zwłaszcza z prawej strony. Przy opukiwaniu brzucha — odgłos bębenkowy, w dolnej zaś części prawej połowy brzucha nieco stłumiony. Częste wymioty; od 4 dni nie miał chory wypróżnienia. Ciepłota 38·5°, tętno 116, miarowe, nieco słabe. W tym samym dniu (23. III.) przeniesiono chorego do szpitala miejskiego, gdzie niezwłocznie przystąpiliśmy do operacyi. Po otwarciu jamy brzusznej (cięcie poprowadziłem ukośnie w dolnej części prawej połowy brzucha) ukazują się słabe bardzo zrosty, po których oddzieleniu wydobywa się ciecz ropna. Po wprowadzeniu palca w kierunku małej miednicy i oddzieleniu wiotkich zrostów ropa wydobywa się obficiej. Ponieważ wyrostka robaczkowego nie znaleziono zaraz, zaniechano dalszych poszukiwań. Do miednicy małej wprowadziłem sączek szklany Dressmanna największy, wypełniony lekko gazą i ranę powłok brzusznych zaszyłem.

D. 24. III. Ciepłota prawidłowo, tętno 96. Wydzielina ropna obfita. D. 30. III. szwy usunięto. D. 2. IV. założono mniejszy dren, wydzieliny mniej. D. 4. IV. obfite wypróżnienie. D. 5. IV. zmiana sączka na mały. D. 6. IV. usunięto sączek. D. 19. IV. rana zagojona. W dniu 21. IV. wychodzi wyleczony ze szpitala.

2) 47-letni tkacz B. F., od 15 roku życia cierpi na przepuklinę w prawej pachwinie, która zawsze z łatwością dała się odprowadzać. Wstąpił w dniu 12. marca b. r. do szpitala fabrycznego firmy Krusche i Ender i podał, że przed 5 dniami zachorował nagle na wymioty, boleści w brzuchu, przytem »wiatry nie odchodziły« i »ruptura« nie dała się wprowadzić. W d. 11. marca zażył oleju rącznikowego, poczem nastąpiło wypróżnienie. Przy badaniu chorego, miernie odżywionego, okazuje się co następuje: ciepłota 38·4°, tętno 100, miarowe, nieco słabe. W prawej pachwinie guz dość znacznej zbitości, wielkości pięści dziecka, o powierzchni równej, przy ucisku bolesny, zwłaszcza w dolnych częściach; przy opukiwaniu — odgłos bębenkowy, granice wątroby prawidłowe, mięśnie powłok brzusznych nie bardzo napięte. Rzecz zrozumiała, że wobec takiego stanu zaniechano wszelkich manipulacyi około guza. Przystąpiliśmy niezwłocznie do operacyi rozpoznając przepuklinę uwięźniętą; wprawdzie okoliczność, że po użyciu środka przeczyszczającego nastąpiło wypróżnienie, osłabiało rozpoznanie. Przy operacyi: po przecięciu skóry przedstawił się guz, którego ściany były barwy żółtawo-szarej, nadzwyczaj kruche, zmartwiałe; po przecięciu guza wydobyły się gazy cuchnące i nieco płynu ropnego; wewnętrzna powierzchnia worka przepuklinowego w stanie zapalnym, obrzmiała; z wyjątkiem niewielkiej ilości ropy worek nie zawierał nic innego. Po rozszerzeniu zewnętrznego pierścienia pachwinowego zapomocą cięcia wypływa z jamy brzusznej przez szyjkę worka nieco więcej ropy; palec wprowadzony przez szyję worka do jamy brzusznej, wyczuwa lekkie zrosty; po ich oddzieleniu wypłynęła ropa w większej ilości. Część zmartwiałą worka odciąłem i przez szyję worka wprowadziłem sączek szklany do jamy brzusznej. Ciepłota nazajutrz spadła do normy; tętno prawidłowe; bole ustąpiły i chory opuścił szpital w dniu 19. maja b. r. z przetoką, z której wydzielała się nieznaczna ilość płynu surowiczo-ropnego. Obecnie (w dniu 5. czerwca) przetoka zagoiła się i F. czuje się zupełnie zdrowy.

Zamiast domniemanej przepukliny uwięźniętej znaleziono w tym przypadku sprawę zapalną w worku przepuklinowym i w sąsiedniej części jamy brzusznej. Co do genezy tej sprawy zapalnej, to jej punktem wyjścia mógł być sam worek albo jama brzuszna. W braku wszelkich czynników przyczynowych nieprawdopodobnem wydaje się przypuszczenie, że sprawa rozwinęła się pierwotnie w samym worku; natomiast wiele przemawia za tem, że źródłem sprawy był tu wyrostek robaczkowy. Wszak znane są przypadki (Schlange), że ropa przy zapaleniu wyrostka dostaje się do otwartego worka przepukliny pachwinowej i wywołuje w nim silne zapalenie. Częściej wprawdzie zdarza się, że wyrostek robaczkowy stanowi treść worka przepuklinowego i ulega tamże zapaleniu. Jeżeli z wywiadów okaże się stanowczo, w jakiej kolei występowały po sobie objawy, to niewątpliwie odpowiednie rozpoznanie będzie możliwe; przy skąpych jednak lub chwiejnych wywiadach zawsze będziemy skłonni przypisywać objawy ostremu uwięźnięciu przepukliny.

Piśmiennictwo. 1) Gabszewicz A.: Przypadek rany postrzałowej żołądka. »Gaz. lek.« 1892. — 2) Kijewski F.: Z kazuistyki stłuczeń brzucha powodujących przedziurawienie kiszek. »Gaz. lek.« 1896. — 3) Rydygier L. (Lwów): O chirurgicznem leczeniu okrągłego wrzodu żołądka z przedstawieniem chorej w 25 lat po wycięciu odźwiernika z powodu wrzodu żołądka. »Gaz. lek.« 1906. — 4) W. Körte: Beitrag zur Operation des perforierten Magengeschwürs. »Archiv f. klin. Chirurg.« T. 81. 1906. — 5) Brentano: Zur Klinik und Pathologie der Magengeschwürsperforation. »Archiv f. klin. Chir.« T. 81. 1906. — 6) E. Koerber. Mitteilungen über Heilungsresultate bei der operativen Behandlung des perforierten Magen- und Duodenalgeschwürs. Mitteil. aus d. Hamburger Staatskrankenanstalten. 1907. — 7) O. v. Frisch: Zur Pathologie der Schussverletzungen des Magens. »Archiv. f. klin. Chir.« T. 73. 1904. — 8) F. Weber: Zur Symptomatologie und Behandlung der Perforationsperitonitis bei rundem Magengeschwür. »Bolnicznaja Gazeta Botkina«. 1901. Nr 25. Też »Berlin klin. Wochenschrift«. 1903. Nr 1. — 9) Adamson i Crawford, Reuton. »Brit. med. Journ.« 1897. Aug. 21. (Ref. w roczniku Hildebranda 1898). — 10) Renton i Snodgrass. »Glasgow med. journ.« 1897. July. (Ref. tamże 1898). — 11) Faure: La douleur thoracique dans la péritonite par perforation de l'estomac. »La Sém. médical.« 1901. Nr 4. — 12) Fraser: »British med. Journ. (Ref. w roczniku Hildebranda 1904).— 13) Kiefer: Beitrag zur operativen Behandlung des Magen- und Duodenalgeschwürs. »Münch. med. Woch.« 1900. Nr 24. — 14)

M. Kroner: Erfahrungen über Friedensschussverletzungen. »Arch. f. kl. Chir.« T. 75. Z. 3. — 15) Brunner C. »Beiträge zur klin. Chir.« T. 31. 1901. — 16) G. Barling. »British med. Journ.« 1895. June 15. (Ref. w roczniku Hildebranda 1896). — 17) Dahlgren, tamże. — 18) W. Braun: »Berl. kl. Wochenschr.« 1908. Nr 2. — 19) Senn (Ref. w roczniku Hildebranda. 1903. p. 678. — 20) Le Fur: tamże, 1900, p. 520. — 21) Forgues: tamże, 1903, p. 678. — 22) H. Braun. Über den Verschluss eines perforierten Magengeschwürs durch Netz. Zentralbl. f. Chir. 1897, p. 739. — 23) Bennet: (Ref. w roczniku Hildebranda. 1897, p. 657. — 24) Silcock: tamże, 1896, p. 575. — 25) Blume: tamże, 1896, p. 712. — 26) Villard: tamże, 1902, p. 650. — 27) Lorenz: Zur Chirurgie des callösen penetrierenden Magengeschwürs. »Wiener klin. Wochenschr.« 1904. Nr 41. — 28) Charles Parker: (Ref. w roczniku Hildebranda. 1897, p. 654. — 29) Le Dentu: tamże, 1897, p. 571 i 574. — 30) Porges: tamże, 1903, p. 688. — 31) Pariser: tamże, 1897, p. 655. — 32) Jones: tamże, 1900, p. 532. — 33) Borelius: tamże. 1896, p. 715. — 34) Verral: tamże, 1899, p. 603. — 35) Furner: tamże, 1899, p. 600. — 36) St. Georges Hospital. 1897, p. 657. — 37) Jowers: tamże, 1896, p. 703. — 38) Maunsell: »British med. Jour.« 1901. March 23. (Ref. w roczniku Hildebranda. 1902, p. 646. — 39) Wilson: »The Lancet« 1001. June 15. Ref. w roczniku Hildebranda. 1902, p. 648. — 40) C. Brunner: »Beiträge z. klin. Chir.« T. 31, p. 754. — 41) G. Hirschel. Der heutige Stand der operativen Therapie der akuten diffusen eitrigen Peritonitis. »Beiträge z. kl. Chir.« T. 56. Z. 2. p. 263. — 42) Kotzenberg: »Berl. klin. Woch.« 1908. Nr 13, p. 648.

Nadesłane przez komitet łódzki 7. XI. 1909.

Oceny i sprawozdania.

Nowsze badania nad proteolitycznymi zaczynami i przeciwzaczynami we krwi

Sprawozdanie poglądowe*)

podał

Stanisław Welecki

Demonstrator Zakładu fizyologii U. J.

Badanie zaczynów (fermentów) proteolitycznych, zawartych w białych ciałkach krwi, nie jest rzeczą nową, podstawę bowiem do wiadomości o nich dały badania nad fagocytozą, a częściowo inne, niezależnie od nich wykonane dawniejsze prace.

Dzisiaj jednak, kiedy przez uodpornianie zwierząt wspomnianymi fermentami udało się otrzymać odpowiednie antyfermenty, kiedy również i fermenty te i antyfermenty znaleziono w cieczach ustroju tak fizyologicznego, jakoteż schorzałego, nabrały te badania pierwszorzędnego znaczenia, a wyniki ich znajdują zastosowanie w medycynie praktycznej jużto do celów rozpoznawczych, już leczniczych. Początek znajomości fermentów śródkomórkowych czyli t. zw. endoenzymów dały badania nad sprawami odżywczemi w ustrojach niższych, jednokomórkowych.

I tak dzięki badaniom Krukenberga wiemy, że trawienie pochłoniętych pokarmów białkowatych odbywa się u śluzowców (w okresie plazmodyów) dzięki temu, że ich protoplazma zawiera ferment proteolityczny, trawiący białko o odczynie kwaśnym, a więc działający podobnie jak pepsyna. Pełzaki odżywiają się również pochłoniętymi pokarmami białkowatymi, które trawią przy pomocy fermentu, działającego podobnie jak trypsyna, a nazwanego przez Moutona amebodiastazą.

*) Odczytane na posiedzeniu naukowem Tow. Bibl. Medyków dnia 23. I. 1910.

Podobne do wyżej opisanych spraw zjawisko spostrzegł Miecznikow u ciałek białych ustrojów wyższych.

Składniki morfotyczne krwi gęsiej, wstrzykniętej do krwi śwince morskiej, zostają natychmiast przez makrofagi tejże pochłonięte, i tu wśród protoplazmy makrofaga działa na pochłonięte ciałko ferment: makrocytaza. Ciałko czerwone rozpada się na części, traci hemoglobinę, w ciele jego występują wakuole, wreszcie rozpływa się. Miecznikow stwierdził, że i tu trawienie odbywa się w odczynie kwaśnym.

Mikrocytaza, ferment leukocytów wielojądrzastych, jest endoenzymem co do działania przypominającym amebodiastazę i trypsynę. Tę cytazę spotykano (Buchner, Miecznikow, Trommsdorf) nietylko w protoplazmie fagocytów, ale również i w surowicy krwi, a w warunkach patologicznych w wysiękach zapalnych. Zdaje się nie ulegać żadnej wątpliwości, że ten ferment pochodzi z ciałek białych, pytanie jednak, w jaki sposób dostaje się on do otoczenia, nie jest do dzisiaj dostatecznie wyświetlone. Według szkoły Buchnera cytaza, znajdująca się w surowicy krwi, została do niej wydzielona przez ciałka białe. Miecznikow zaś i jego uczniowie twierdzą, że ta cytaza nigdy nie dostaje się poza obręb zdrowego i żywego leukocyta, dopiero po jego obumarciu i rozpadzie ferment przechodzi do otoczenia. Ponieważ jednak i w stanie fizyologicznym ciągle spotykamy się z rozpadem niewielkiej ilości leukocytów, przeto w prawidłowej surowicy wykazać można cytazę.

Mikrocytaza trawi głównie drobnoustroje, makrocytaza obce komórki, wprowadzone sztucznie do danego ustroju, a czasem i komórki miąższowe tegosamego ustroju, co właśnie ma być według Miecznikowa zasadniczym punktem etyologicznym w zanikach starczych.

Wassermann uodporniał zwierzęta na obcogatunkową cytazę i otrzymywał w ich surowicy antycytazę.

Do badania własności tryptycznych używamy dzisiaj dwu metod:

Pierwsza, podana przez Jochmanna i Müllera, a używana i udoskonalona przez Markusa, Briegera, Trebinga i innych, jest prostsza i łatwiejsza, wyniki daje jednak nie ściśle, więcej jakościowe. Polega ona na tem, że na skrzepłą surowicę, przyrządzoną według przepisu Löfflera, kładziemy kroplę płynu lub też zawiesinę komórek, których własności chcemy badać: o ile posiada ona właściwości tryptyczne. to nadżera płytkę Löfflerowską po 24 godzinach działania w ciepłocie od 55°—60° C.

Ściślejszą, a zarazem trudniejszą jest metoda Fulda-Grossa, używana też później przez Mięsowicza i Maciąga w krakowskiej klinice lekarskiej do określania siły antytryptycznej surowicy w niektórych stanach chorobowych. Działanie trawiące płynów, czy komórek badanych, a zawierających fermenty proteolityczne, wykazujemy przy tej metodzie w ten sposób, że znosimy je z rozczynem sernika. Jeżeli w badanym przedmiocie znajduje się który ferment proteolityczny, to strawi on sernik, a dowodem, że sernik został strawiony, będzie to, że rozczyn po dodaniu kwasu octowego nie zmętnieje; sernik bowiem strawiony nie strąca się już z rozczynu kwaśnego. O ile jednak sernik strawieniu nie uległ, to zaraz po zakwaszeniu strąca się on z rozczynu w postaci delikatnych kłaczków, a o ile go bardzo mało w rozczynie pozostało, to wywołuje tylko przez strącenie się zmętnienie płynu. Przez odpowiednie wymianowanie wszystkich odczynników, w odczyn ten wchodzących, można otrzymać wyniki stosunkowo bardzo ściśle.

(C. d. n).

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Sticker. **Czy węgiel ma jaki wpływ na raka?** (Münch. med. Wochs. 1909, Nr 50). Już w r. 1906 zrobił S. spostrzeżenie, że przy przeszczepianiu nowotworów mo-

żna niszczyć komórki nowotworu przez dodatek węgla, a przeszczepienie wtedy nie udaje się. Obecnie potwierdza S. swoje spostrzeżenie na podstawie 3 doświadczeń na zwierzętach, gdzie dodatek węgla wstrzymał rozwój przeszczepionych, szybko rosnących mięsaków w porównaniu z próbami kontrolnemi. W Anglii zrobiono spostrzeżenie, że u górników w kopalniach węgla rak należy do rzadkości. W Niemczech nie zdołano wprawdzie tego stwierdzić, ale statystyka w Niemczech nie może tu być dokładna, bo obejmuje zawsze prócz górników także i innych robotników, n. p. hut żelaznych. Z drugiej strony jednak spostrzegano, że węgiel wpływa korzystnie na rozwój raka, n. p. znane powszechnie są raki moszny kominiarzy, raki u robotników w fabrykach teru i t. p. Ten rozmaity wpływ węgla zależy prawdopodobnie od różnych przymieszek; każdy niemal węgiel zawiera charakterystyczne przymieszki, np. torf i węgiel kamienny — żywice, węgiel brunatny — oleje ziemne, węgiel zwierzęcy — fosforany i t. p. Węgiel w ustroju ma wybitne działanie chemotaktyczne i wywołuje wydzielanie się zaczynów z leukocytów, a zaczyny te niszczą komórki nowotworowe. Sykow podał na X. Zjeździe im Pirogowa, że w jednym przypadku raka wargi dolnej wstrzyknął do doprowadzającej tętnicy 10% zawiesinę węgla i wywołał przez to rozpad guza. Autor w Moskwie widział znów w przypadku mięsaka, leczonym w ten sposób, wybitną poprawę. Żadnych stanowczych wniosków nie można wprawdzie na tem opierać, nie da się jednak zaprzeczyć, że węgiel wywiera pewien wpływ na nowotwory. A.

Stroné. **Chinina, a rak.** (Med. Klinik 1909, Nr 48). Jeszcze przed 20 laty, wtedy, gdy głoszono przypuszczenie, że przyczyną raka są pierwotniaki, zastosował S. w jednym przypadku raka skórnego zewnętrznie pyoktaninę, zasypując owrzodzenie co dzień, i w 2 miesiące osiągnął zupełne wyleczenie. W pewien czas potem zjawiła się u S. chora z rakiem skórnym czoła, trwającym od 5 lat; na zabieg operacyjny zgodzić się nie chciała. S. postanowił zastosować leczenie zachowawcze, a nie mając pod ręką pyoktaniny, zasypał guz chininą (chinin. sulphur.). Po 2 dniach zmienił S. opatrunek i przekonał się, że wrzód się znacznie powiększył, a na opatrunku było wiele rozpadłej tkanki. Mimo to stosował to leczenie dalej. Wrzód powiększał się coraz bardziej, aż doszedł prawie potrójnej wielkości. Wtedy zastosował S. opatrunek jodoformowy, poczem zaczęło występować prawie w oczach gojenie się, a w 20 dni wrzód zagoił się zupełnie. Zachęcony tem, stosował S. to leczenie w innych przypadkach raka z dobrym, jak podaje, wynikiem. Nawet rakowate nadżerki części pochwowej goiły się przy tem leczeniu dobrze. Na podstawie swoich doświadczeń twierdzi S., że chinina działa swoiście na raki nabłonkowe, niszcząc tkankę rakową, a przez to lecząc powierzchowne raki skórne. Chininę do tego celu miesza się z wodą aż do utworzenia mazi i smaruje się owrzodzenie zapomocą waty. Opatrunek zmieniać należy co drugi dzień. Chininę stosuje się dopóty, aż wrzód przestanie się powiększać. Leczenie to jest też zdaniem S. środkiem rozpoznawczym, celem odróżnienia zwykłego owrzodzenia od rakowatego. K.

Coley. **Leczenie mięsaków toksynami drobnoustrojów.** (Lancet 1909, 17. VII.). Znany fakt, że nowotwory znikały czasem u chorych, którzy zapadli na różę, próbowano wyzyskać w celach leczniczych. Najpierw uzyskano u psów wyleczenia z mięsaków przez szczepienia mieszanych toksyn paciorkowców i prątka krwawego (prodigiosus). Wobec tego podjęto próby na ludziach. Sam C. zastosował to leczenie przy nowotworach złośliwych w 500 przypadkach. Co do wpływu róży samej, to z zebranych z piśmiennictwa 38 przypadków przypadkowego (23) lub leczniczego (15) zaszczepienia róży przy nowotworach wynika, że z 17 raków uleczyło się zaledwo 3 (w innych polepszenia mniej lub więcej długie), natomiast z 17 mięsaków, 7 zupełnie znikło (obserwacye do 10 lat). Kombinacya toksyn paciorkowca i prątka krwawego jest bardzo stosowna. Po wstrzyknięciu toksyn nowotwór blednie, w pewien czas staje się więcej ruchomym i miejscami mięknie, tak że czasem wobec podwyższonej ciepłoty okazuje się potrzeba nacięcia i sączkowania rozpadłych tkanek. Prawie w 10% spostrzeganych przez C. przypadków zwykłe mięsaki znikały pod wpływem tego leczenia, i to na zawsze. Natomiast na mięsaki barwikowe leczenie to niema żadnego wpływu. Wobec korzystnych wyników nie waha się C. zachęcać do tego leczenia i to nietylko w przypadkach nieuleczalnych, ale i operacyjnych takich, gdzie trzebaby wiele tkanek usunąć, n. p. przy mięsakach kości długich. Tu próbować należy przez 2—3 tygodni tego leczenia i dopiero, jeżeli niema wyniku, przystąpić do odjęcia kończyny. Nadto leczenie toksynami stosować się powinno u chorych już operowanych, lub też zapobiegawczo przed operacyą (dawki znacznie mniejsze). C. po ustaleniu dawki ze względu na wrażliwość osobnika wstrzykuje toksyny co dzień, raz w nowotwór, a raz w dalszą okolicę n. p. pośladki, zwiększając potem dawkę aż do chwili, gdy ciepłota dosięga 102—100° F.; wtedy obniża znów dawkę. Z 500 leczonych w ten sposób chorych zmarło 5. Z tych 500 przypadków w 52 uzyskano wyleczenie stałe (trwające już kilka lat). A.

Prof. Steinthal. **O przedziurawieniu okrągłego wrzodu żołądka i jego operacyjnem leczeniu.** (Med. Klinik 1909, Nr 50). Operacya przy przedziurawieniu wrzodu żołądka, wykonana wczas, t. j. w pierwszych 24 godzinach, daje zwykle wcale dobre rokowanie. Statystyka własna S. obejmuje 15 przypadków. Śmiertelność 41·66% (wliczono w tem i przypadki operowane późno). S. nie wyczekuje, jak niektórzy, na przejście wstrząsu, lecz operuje zaraz, bo nie stwierdzono, by ten wstrząs trwał dłużej, niż właściwy zapad. Jeżeli zapad trwa długo, to jest już zwykle wyrazem zapalenia otrzewnej. Co do samej operacyi, to S. nie wycina wrzodu, ani jego brzegów, lecz zaszywa 3 piętrami szwów, ew. pokrywa jeszcze to miejsce siecią. Żołądek łączy S. z jelitem tylko wtedy, gdy wrzód usadowiony jest w części odźwiernikowej, lub też gdy szew utrudnia odpływ z żołądka. Przy sprawach ograniczonych stosuje S. postępowanie suche, przy rozlanych przepłukuje obficie otrzewnę rozczynem soli kuchennej. Zawsze zakłada choćby mały tamponik na linię szwów, zresztą brzuch zeszywa. — Zapobiegawczo operować należy wszystkie wrzody żołądka, opierające się leczeniu wewnętrznemu, a sprawiające wielkie dolegliwości chorym. Nie da się jednak zaprzeczyć, że często dopiero wskutek przedziurawienia dowiadujemy się, że chory miał wrzód żołądka, nieraz bowiem objawy wrzodu są tak nieznaczne, że chory przed przebiciem wrzodu wcale nie zasięga porady lekarskiej. A.

Prof. Wilms. **Metalicznie brzmiące szmery jelitowe i ich znaczenie przy niedrożności przewodu pokarmowego.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 5). Dotąd ze szmerów w przewodzie pokarmowym zwraca się uwagę głównie na kruczenie i hurczenie w jelitach, oraz bulkotanie, przypominające wylewanie się wody z flaszki, a pochodzące także od przeciskania się gazu pomiędzy płynem przy kurczeniu się jelit i przesuwaniu się treści jelitowej. Najczęściej spotykamy te szmery przy sprawach przewlekłych nieżytowych, a przy opadnięciu jelit. Szmery te są nieraz słyszalne z daleka, a przy niedrożności jelit zjawiają się zwykle pod koniec 1—2 dnia choroby i występują na końcu bolu kolkowego.

Natomiast zupełnie inaczej przedstawiają się szmery metaliczne, o których właśnie mówi W. Szmery te wystąpić mogą jedynie wtedy, gdy jelito w danem miejscu jest rozdęte, a pochodzą one od spadających kropli płynu. Te szmery słychać zawsze przy niedrożności jelit i to w samych nawet początkach choroby, tak że nawet po nich W. rozpoznaje niedrożność jelit. Jedynie przy bębnicy występować mogą podobne szmery, choć rzadko, gdyż zwykle wtedy ruch robaczkowy jest upośledzony. Z pomocą tych szmerów rozpoznał W. w kilku przypadkach wcześnie niedrożność jelit, a naodwrót przy braku tych szmerów wy-

łączył n. p. w 2 przypadkach niedrożność tam, gdzie ją inni rozpoznawali prawie na pewno. Wobec tego poleca W. osłuchiwanie brzucha i zwracanie pilnej uwagi na te szmery. K.

Mac Lean. **W sprawie etyologii zapalenia wyrostka robaczkowego.** (Mitteil. a. d. Grenzgeb. T. 21., Z. 1.). Nadużywanie pokarmów mięsnych ma wywoływać zaburzenia trawienia, które znów stają się bezpośrednią przyczyną zapalenia wyrostka robaczkowego. Zdanie to opiera autor na spostrzeżeniach, zebranych przez siebie u Chińczyków. — Żywią się oni przeważnie pokarmami roślinnymi, a nie mają zupełnie prawie cierpieć na zapalenie wyrostka robaczkowego, mimo że podlegają wszystkim innym schorzeniom, z których wiele przytacza się jako sprawy przyczynowe dla zapalenia wyrostka robaczkowego.

Dr Nowotny.

Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

(Chirurgia).

Nową maskę do uśpienia podał Marcus. Nowość polega na tem, że maska ta zaopatrzona jest w szybkę szklaną, przez którą bez odejmowania maski oglądać można ciągle twarz usypianego. (Deutsche med. W. 1909, Nr 51). A.

Uśpienie od strony kiszki stolcowej przy operacyach na twarzy poleca Dumont. Wykonuje się je z pomocą aparatu Dudley-Burtona. (Zblt. f. Chir. 1909, Nr 42).

Tabletki tropakokainowo-suprareninowe i nowokokainowo-suprareninowe, wyrabiane przez firmę Pohl koło Gdańska, nie są wcale jałowe, jak to podaje firma, i dlatego też nie nadają się do znieczulenia rdzeniowego, albowiem gotować rozczynu nie można, bo suprarenina przytem się rozkłada. Do znieczulenia rdzeniowego używać można jedynie ampułek, które zawierają rozczyny jałowe (n. p. Mercka). (Deutsche med. Wochs. 1909, Nr 26). A.

Nagłą śmierć przy znieczuleniu rdzeniowem stowainą (0,07) spostrzegał Hardouin. Jest to już 17. przypadek śmierci po stowainie, podany w piśmiennictwie. (Arch. gen. de chir. II. 8). K.

Aby przetwory nadnercza nie rozkładały się przy gotowaniu, poleca Prof. Braun do fizyologicznego rozczynu soli kuchennej, w którym mamy zamiar rozpuszczać tabletki (n. p. nowokainy z suprareniną) dodać na litr wody 2 krople rozcieńczonego kwasu solnego, albowiem badania B. wykazały, że nadnerczynę rozkładają głównie tylko zasady. (Deutsche med. Wochs. 1909, Nr 52).

Wywoływanie niedokrwienia dolnych części ciała sposobem Momburga (przez zaciśnięcie wężem gumowym tułowia w pasie) nie jest zabiegiem obojętnym, jak to wykazują Riman i Wolf. Doświadczenia na królikach przekonały R. i W., że założenie węża podnosi znacznie opory w krążeniu i zmusza serce do znacznie większej pracy. Należy też z góry wyłączyć od tego sposobu osoby dotknięte wadami serca, nawet wyrównanemi, i stwardnieniem tętnic. (D. Zft. f. Chir. 1909, Nr 98. VI.). K

Rękawiczki gumowe radzi Mende lekarzowi praktycznemu odkażać w następujący sposób: gotowanie przez 5 minut, wyjęcie jałowemi szczypczykami z wody i włożenie do 2% rozczynu sublimatu w glicerynie, gdzie rękawiczki pozostają na stałe aż do użytku. (Ther. Monts. 1909, Nr 7).

Wyjaławiać katgut (zupełnie odtłuszczony i suchy) poleca Budde przez umieszczenie na 6 godzin w ciepłocie 154—156°. (Veröff. a. d. Geb d. Militär-Sanitwes. 1909, Nr 41).

Gazę bizmutową poleca Wiener. Na 20 metrów gazy używa się do napawania: Bismut subnitr., Glycerin. aa 50,0, Aq. dest. 1000,0. (Journ. of. Am. As. 23. X.).

Boroform, nowy antyseptyk formalinowy, posiada tę zaletę, że rozpuszcza się zupełnie przeźroczyście w wodzie, przyczem rozczyn przybiera barwę różowo-fioletową, co jest także ważne ze względu na ewentualne pomyłki. Boroform niema prawie żadnego zapachu, a próby wykonane w zakładzie uniwersytetu wiedeńskiego przez Prof. Schattenfroh wykazują, że działa on znacznie silniej od lizoformu. A.

Raki, nie nadające się do operacyi, próbował leczyć Fenwick wstrzykiwaniami 10% rozczynu dwuchromianu potasowego. Wstrzykiwał w guz po 7 kropli, co 2. dzień. Guzy ulegały zgorzeli, zmniejszały się, a nawet znikały. F. twierdzi, że spostrzegał nawet zupełne wyleczenie (?). (Brit. med. J. 1909, 6. III.) A.

Korzystne działanie atoksyl-chininy w przypadkach nowotworów, nie nadających się do operacyi, spostrzegali Holländer i Sesci. Nie da się jednak zaprzeczyć, że czasem naodwrót leczenie to wywołuje pogorszenie. (Wien. med. W. 1909, Nr 4—5). A.

Bezpośrednie naświetlanie promieniami Röntgena nowotworów narządów wewnętrznych, odsłoniętych operacyjnie, stosował Beck. W 2 przypadkach raka żołądka przyszył B. chorą ścianę do brzegów rany i następnie naświetlał codziennie. Po 20 dniach guzy tak się zmniejszyły, że wyczuć ich już nie było można, wobec czego rany zamknięto. Podobnie z korzystnym wynikiem postąpił B. w przypadku raka prawego talerza biodrowego. Odtąd chorzy nie mają żadnych objawów chorobowych. W 4 jednak innych przypadkach nastąpił po pewnym czasie zgon. (N. Y. Med. J. 1909, Nr 13). A.

Przy szybko przebiegającym złośliwym raku sutka występuje nieraz podług Leitcha t. zw. »peau d'orange«, t. j. drobne wciągnięcia skóry, przypominające powierzchnię skórki pomarańczowej. Zaciągnięcia te pochodzą od zmian w torebkach włosów. »Peau d'orange« każe bardzo źle rokować. (Lancet 1909, 18. IX.). A.

Przy promienicy poleca Maier na podstawie doświadczenia z kliniki Wölflera w Pradze prócz leczenia chirurgicznego wewnętrznie jodek potasu, a zewnętrznie jodvasogen. (Beitr. z. kl. Chir. 1909, Nr 63. III.). K.

Przy czyrakach poleca Strauss po nacięciu nożyczkami szczytu wstrzyknięcie do środka $^1/_4$—$^1/_2$ cm. leukofermantyny (fabryczny zaczyn ciałek białych podług Müller-Peisera). Przy tem leczeniu czop oddziela się po 24 godzinach. (Tow. lek. Norymberga, 1909. 15. VII.).

Zachowawczo bez nacięcia leczy **czyraki i ropnie** Ward (London), przykładając na nie okład glicerynowy (ew. z dodatkiem karbolu), pokryty ceratką i zmieniając go codzień. W razie przeżarcia się ropy napuszcza O. do środka ropnia glicerynę. Oczyszczanie się ropnia następuje przytem szybko. Gliceryna przez swe hygroskopiczne działanie znosi bolesne napięcie tkanek, a przez to łagodzi ból. Nawet przy ciężkich czyrakach stosuje Ward to leczenie z dobrym skutkiem. (Brit. med. J. 1909, 1481).

Przeciwko czyrakom na karku poleca Ludloff zapobiegawczo mycie skóry rano i wieczorem spirytusem mydlanym lub, co lepiej, maścią mydlaną »Sapal«. (Berl. klin. Wochs. 1909, Nr 23). A.

Aby uzyskać niewidoczną prawie bliznę n. p. na twarzy, poleca Jianu prowadzić cięcie przez skórę nie prostopadle, lecz skośnie, a następnie szyć śródskórnie podług Severeanu, t. j. w ten sposób, że zakłada się szew kuśnierski od wewnątrz skóry, a następnie przykrywa się linię szwów brzegiem skośnie ściętego naskórka. (Spitalul 1909, Nr 16). A.

Celem pobudzenia dużych powierzchni ziarninowych do prędszego gojenia się poleca Gebele następującą maść. Rp. Argent nitric. 1,0, Acid. boric. 10,0, Cer. flav. 30,0, Ol. Olivar. 60,0. (Münch. med. Wochs. 1909, Nr 25). A.

Czerwień szkarłatna (Scharlach-Rot) przeciw wrzodom goleni. Środek ten pobudza tworzenie się naskórka i dlatego stosują go od pewnego czasu chirurgowie w leczeniu ran skórnych. Mc Donagh z Londynu stosuje

go z dobrym skutkiem w leczeniu przewlekłych wrzodów goleni w następujący sposób: Barwik, rozpuszczony w chloroformie, dodaje do waseliny w stosunku 8: 100. Maść tę, cienko rozpostartą na płótnie, przykłada na wrzód, i to najwyżej na 24 godzin. Potem 2 dni przykłada maść borową, a potem znowu pomadę z barwika i tak dalej. Wrzód tak leczony rychło pokrywa się ziarniną i albo goi się w zupełności, albo tak się zmniejsza, że nadaje się do sposobu Thierscha. Przed użyciem tej pomady należy wrzód dobrze oczyścić. E. S.

Mydła płynnego używa Winiwarter w postaci wstrzykiwań do zimnych ropni lub w tamponach przy ropowicach, ranach zakażonych i t. p. z dobrym skutkiem, jak o tem donosi Delver. (Arch. prov. d. chirurg. 1909 Nr 2—3).

Peru-lenicet (balsam peruwiański, uzyskany w proszku przez połączenie z lenicetem i łojkiem), poleca Pullmann jako zasypkę na rany wrzodziejące i przy sprawach ropnych. Proszek ten oddaje cenne usługi zwłaszcza przy leczeniu uporczywych wrzodów goleni. (Med. Klin. 1909. Nr 42).

Włóknik w postaci proszku (pod nazwą »substitol« Merck) poleca stosować na rany źle się gojące Bergel, np. przy ubytkach skóry, przy oparzeniach, przy złamaniach kości i t. p. Natomiast użycie włóknika przy ostrych sprawach ropnych jest przeciwwskazane i tu poleca B. proszkową surowicę (pod nazwą »afermol«). (Deutsche med. Woch. 1909. Nr 31). A.

Alkoholu do opatrywania wszelkich ran, i to tak zakażonych, jak i operacyjnych, używa James Grant Andrew. Ranę przed zaszyciem po operacyi wyciera A. wacikiem, zamoczonym w alkoholu, a na ranę kładzie potem okład alkoholowy. (Brit. med. J. 1909 maj). A.

Odkażanie skóry przed wszelkiemi operacyami jedynie zapomocą nalewki jodowej i golenie na sucho poleca za radą Krossigka, Federmann. F. stosował to odkażanie w 255 przypadkach, i w 2 jedynie nastąpiło zakażenie. (Tow. lek. Berlin. I. 1910). A.

Celem upewnienia linii szwów np. cewki moczowej, ścian brzusznych i t. p. zaleca König pokrywać ją plastycznie płatami przeszczepionej okostnej, ewentualnie inną tkanką, np. ścianą żyły wyciętej i przekrojonej podłużnie. (Deuts. Zeits. f. Chir. 100). K.

Celem ułatwienia wycinania okienek w opatrunkach gipsowych poleca Goder wgipsowywanie 4 piłek drucianych Gigliego, zgiętych pod kątem prostym, w opatrunek. (Deuts. m. Woch. 1909. Nr 30). A.

Ciepły okład elektryczny »Calora«, bardzo wygodny, wyrabia Mayer w Insbruku. Ciepłota daje się dowolnie regulować, a okład rozgrzewa się przy złączeniu z kontaktem, np. do oświetlenia w pokoju. (Med. Klin. 1909. Nr 50). A.

Zatrucie bizmutem przy naświetlaniach rentgenowskich polega nie na jakiejś idiosynkrazyi do bizmutu, lecz, jak to wykazał Böhme, na tem, że prątek okrężnicy w pewnych warunkach (np. bardzo często przy dyecie mlecznej) rozkłada nietrujące związki bizmutu na trujące. (Gaz. d. osp. 1909. 59). A.

Przed wlewaniami roztworów soli kuchennej u osób chorych na nerki przestrzega Kawasoye. (Zeits. f. gyn. Urol. I. 6). A.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Akademia Umiejętności w Krakowie.

Wydział matematyczno-przyrodniczy.

Posiedzenie d. 21. lutego 1910.

1) Czł. L. Marchlewski przedstawia pracę p. W. Arnolda p. t.: **Nowy odczyn barwny ciał białkowych.** Liczne ciała białkowe tkanek zwierzęcych dają z nitroprusydkiem sodowym po dodaniu amoniaku znamienny odczyn barwny. Odczyn ten należy wykonać w sposób następujący: Jeżeli mamy do czynienia z rozczynem danego ciała białkowego, dodajemy do 1—2 cm³ tego rozczynu kilka kropel 4% rozczynu nitroprusydku sodowego, następnie kilka kropel zwyczajnego amoniaku. Występuje wtedy piękny kolor purpurowo-czerwony, który utrzymuje się przez czas dłuższy. Do tej próby można użyć rozczynu wodnego rozpuszczalnych w wodzie ciał białkowych soczewki ocznej (krystalin), które dają ten odczyn w stopniu bardzo wybitnym. Użyć też można w tym celu samej substancyi soczewki. Wystarczy rozetrzeć małą cząsteczkę soczewki w cienkiej warstwie na papierze do sączenia, zwilżyć ją następnie kilku kroplami odczynnika, usunąć po chwilce nadmiar odczynnika i następnie przenieść na nią kroplę amoniaku. Wystąpi wtedy również nader wybitny kolor purpurowo-czerwony.

Zresztą we wszystkich narządach ustroju zwierzęcego można znaleść ciała białkowe, dające ten odczyn w stopniu mniej lub więcej wybitnym. Użyć więc można do tego odczynu jakiejkolwiek tkanki zwierzęcej, z wyjątkiem właściwej tkanki łącznej. Z ciał białkowych tkanki mięsnej globuliny mięśniowe dają ten odczyn wyraźnie, choć nie zbyt silnie. Myostromina (pozostająca po usunięciu innych ciał białkowych) daje ten odczyn w stopniu bardzo wybitnym. Myostromina pod wpływem pepsyny i kwasu solnego ulega strawieniu, a otrzymany rozczyn albumoz i peptonów daje odczyn barwny jeszcze wybitniej, aniżeli sama myostromina. Po wysyceniu rozczynu siarkanem amonowym i strąceniu albumoz (okazujących ten odczyn w sposób znamienny) otrzymany rozczyn wodojasny, zawierający peptony i peptidy, daje ten odczyn jeszcze w stopniu bardzo wybitnym.

Pewne ciała białkowe, pochodzące z ustroju zwierzęcego, nie objawiają tego odczynu w stanie niezmienionym, lecz dopiero po denaturacyi. Do tej grupy należą dwa ciała białkowe: białko jaja kurzego: owoglobulina i owalbumina, podczas gdy mukoid białka kurzego odczynu tego nie daje. Owalbumina lub białko kurze, strącone przez zagotowanie rozczynu, a następnie dostatecznie przemyte, ulega strawieniu pod wpływem pepsyny i kwasu solnego, a otrzymany rozczyn daje również odczyn barwny z nitroprusydkiem sodowym w stopniu wybitniejszym, niż samo białko denaturowane. Po usunięciu z rozczynu acidalbuminy i strąceniu zapomocą siarkanu amonowego albumoz, przesącz w ten sposób otrzymany, a zawierający jeszcze peptony i peptidy, okazuje odczyn jeszcze w stopniu bardzo wybitnym. Z doświadczeń autora wynika, że wspomniany odczyn dają w tych razach oprócz samych ciał białkowych jeszcze albumozy i peptony wzgl. peptidy, otrzymane z tych ciał pod wpływem trawienia. Kwasy aminowe tego odczynu nie objawiają.

Ostatnią grupę tworzą wreszcie ciała białkowe, które tego odczynu wcale nie dają; do niej należą mucyna śliny, kazeina mleka i ciała białkowe osocza krwi.

2) Czł. L. Marchlewski przedstawia pracę p. W. Arnolda p. t.: **Peptidy tkankowe.**

W narządach ustroju zwierzęcego, badanych w stanie zupełnie świeżym, wykazano obok właściwych ciał białkowych jeszcze obecność ciał, które dają odczyn barwny z nitroprusydkiem sodowym w stopniu równie wybitnym, jak liczne ciała białkowe tkanek zwierzęcych, oraz albumozy i peptony.

Ciała białkowe strącano w wyciągach, siarkanem amonowym lub sodowym. Przesącz wodojasny dawał silny odczyn barwny z nitroprusydkiem sodowym; za dodaniem do tego rozczynu kropli rozczynu jodku rtęciowopotasowego otrzymuje się obfity strąt, rozpuszczający się w nadmiarze odczynnika. Przesącz, otrzymany po strąceniu ciał białkowych siarkanem amonowym, zachowuje się więc tak samo, jak rozczyn przetworów trawiennych, np. myostrominy lub białka kurzego, zawierający, po strąceniu ciał białkowych i albumoz, tylko peptony i peptidy. Reakcyi biuretowej

ciała te jednak nie dają, należy je więc uznać za peptidy. Odczyn ksantoproteinowy występuje wyraźnie, lecz w stopniu względnie słabym; odczyn Millona i odczyn tryptofanowy z waniliną i kwasem siarkowym w stopniu jeszcze słabszym (i to tylko wtedy, gdy roczyn badany daje bardzo silny odczyn barwny z nitroprusydkiem sodowym).

Największą ilość tych ciał zawierają wyciągi z wątroby; we wszystkich innych narządach ilość tych ciał była nieco mniejsza. We wszystkich jednak narządach, nie wyłączając mózgu i soczewki ocznej, autor stale je znajdował i to w dość znacznej ilości.

(Nadto przedstawiono 2 prace, których treść przekracza ramy »Przeglądu lek.«).

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne d. 16. listopada 1909.

1) Mutermilch Stanisław przedstawia **preparaty krwi**, pochodzące **z przypadku niedokrwistości**, wywołanej obecnością **włosogłówki** (trichocephalus dispar) u 14-letniego chłopca.

2) Luxenburg przedstawił przypadek **żebra nadliczbowego** (szyjnego) u 25-letniej chorej.

3) Rzętkowski zdał sprawę ze swych **badań nad składem chemicznym mięśnia sercowego w stanach zaburzeń wyrównania.** Rz. oznaczał w mięśniu lewej i prawej komory azot (białko), Na Cl i suchą substancyę. W stanach, przebiegających z rozszerzeniem komory prawej, znalazł Rz. w mięśniu tej komory zmniejszenie odsetkowe białka (substancyi kurczliwej), powiększenie ilości H_2O, bardzo wyraźne powiększenie ilości Na Cl, przy zwiększeniu frakcyi sucha substancya minus białko, minus Na Cl, którą Rz. uważa za malującą do pewnego stopnia ilość materyału energetycznego, energii potencyalnej, jaką mięsień rozporządza. Rz. wypowiada przypuszczenie, czy dyskompensacya nie polega na utraceniu przez mięsień zdolności przerabiania materyału energetycznego na pracę pożyteczną pod wpływem zatrucia Na Cl.

W dyskusyi zaznacza Pawiński, że zmiany chemiczne, które muszą w sercu zachodzić, należy porównywać ze zmianami, otrzymywanemi przez histologów w mięśniach serca zwierząt przemęczonych. — Landau Anastazy wyraża przekonanie, że względne zmniejszanie się suchej pozostałości mięśnia sercowego należy przypisać większemu nagromadzeniu się w nim limfy, obrzękowi serca. Za obrzękiem serca wskutek jego niedomogi przemawiają dane co do zawartości chlorków: limfa jest bogatszą w chlorki od tkanki mięśniowej i dlatego obrzęk tej tkanki powoduje znacznie wyższe od prawidłowych cyfry Na Cl.

Posiedzenie kliniczne d. 18. stycznia 1910.

1) Anastazy Landau przedstawił przypadek **rozsianego zapalenia nerwów**, ograniczonego do prawej kończyny dolnej, dotyczący 48-letniego mężczyzny. Siła mięśniowa w prawej nodze słabsza, niż w lewej, a dotyczy to wszystkich grup mięśniowych. Prawy odruch kolanowy słabszy od lewego, prawy odruch ścięgna Achillesa zniesiony. Mięśnie za uciskiem nie bolesne, natomiast bolesne są n. n. udowy, zasłonowy i kulszowy na całym przebiegu wespół z n. goleniowym tylnym i strzałkowym. Mięśnie uda i goleni w stanie nieznacznego zaniku. Zaburzenia czucia wykryto na stopie i goleni; podobne są one do zmian, spostrzeganych w syryngomyelii przy zupełnie zachowanem czuciu dotykowem: analgezya na stopie, oraz hypalgezya na goleni; na stopie i goleni zupełnie zniesione czucie gorąca przy osłabieniu tego czucia na udzie. Prócz zaburzeń czucia na uwagę zasługują w danym przypadku ograniczenie się sprawy chorobowej do jednej kończyny, oraz brak wyraźnych danych etyologicznych. Brak odczynu Wassermana, oraz poprawianie się stanu przy leczeniu nieswoistem (kąpiele elektryczno-świetlne i fenacetyna) przemawiają przeciwko kile, zaś badanie rektoskopowe wyłącza guz miednicy.

2) Andrzej Alfred Hejman przedstawia przypadek **martwaka ucha**, usuniętego przez przewód słuchowy zewnętrzny. Dziewczyna 5-letnia dostała gwałtownych bolów ucha i głowy przy wysokiej ciepłocie (39°). Od trzech lat po płonicy ma ropienie z ucha. Rok temu wykonano trepanacyę wyrostka sutkowego, lecz wyciek ropy nie ustał. Stan taki trwał do ostatniej chwili, kiedy pojawiły się bole przy jednoczesnem zatrzymaniu się ropy. Przy badaniu zauważono wystający martwak, który zamykał szczelnie całe światło przewodu słuchowego zewnętrznego. Po kilku usiłowaniach usunięto go w całości. Ma on kształt piramidy, jest wielkości bobu i przedstawia tylną ścianę przewodu słuchowego zewnętrznego, z częścią przylegającego do niej spróchniałego wyrostka sutkowego. Po usunięciu martwaka w kilka godzin odpłynęła obficie ropa i wszystkie objawy groźne minęły.

3) Rzętkowski i Karasiówna: **O odczynie Cammidgea.** Streszczając poglądy różnych autorów na wartość odczynu Cammidgea przy rozpoznawaniu chorób trzustki, podają R. i K. własne spostrzeżenia przy badaniu pięćdziesięciu kilku przypadków rozmaitych chorób wewnętrznych ze szczególnem uwzględnieniem chorób trzustki. Na zasadzie 9 przypadków sekcyjnych i operacyjnych, oraz na zasadzie badań narządów wewnętrznych, jak trzustka, wątroba, śledziona, poddanych bądź autolizie, bądź gniciu, dochodzą R. i K. do następujących wniosków: Odczyn Cammidgea występuje najczęściej przy zmianach chorobowych trzustki; występuje on jednak i w innych stanach chorobowych, związanych z większym rozpadem jąder komórkowych narządów miąższowych, w skład których wchodzi glukonukleoproteid, którego produkty przy rozpadzie dostają się do moczu i po zagotowaniu z kwasem solnym, a następnie z fenylhydrazyną dają charakterystyczne dla odczynu Cammidgea kryształy.

W dyskusyi zaznacza Anastazy Landau, iż z całą pewnością nie można twierdzić, by ciało, dające odczyn Cammidgea, było pentozą. W takim razie niejednokrotnie możnaby w moczu takim otrzymać odczyn z orcyną i floroglucyną, z drugiej zaś strony rozmaite punkty topliwości osazonów dowodzą, iż nie mamy w danym razie do czynienia z ciałem zawsze jednakowem. — Maliniak przytacza wyniki własnych spostrzeżeń nad próbą Cammidgea, dokonanych na oddziale Doc. Janowskiego. Ilość badań wynosiła 40 u 31 osobników. Co do wartości próby, zgadza się M. na ogół z wnioskami prelegentów. Przeciw swoistości próby przemawia przypadek cukrzycy z ujemnym wynikiem próby, gdzie autopsya wykazała zanik trzustki. W przypadkach podejrzanych należy, w razie ujemnego wyniku, powtórzyć badanie kilkakrotnie, gdyż n. p. w przypadku torbieli trzustki za pierwszym razem próba wypadła ujemnie, a później 3 razy dodatnio. — M. Halpern podkreśla, iż jest to wielki szkopuł, że mocze, zawierające pentozę, nie zawsze dają odczyn Cammidgea.

Tadeusz Wilczyński.

O wiwisekcyi i ruchu przeciwwiwisekcyjnym

Napisał

Adam Wrzosek.

(Ciąg dalszy).

Dalej wielu mylnie sądzi, że zwierzę tem większe bóle znosić musi, im dłużej trwa wiwisekcya. Jest to mniemanie z gruntu fałszywe. Przeciwnie, im operacya dłużej trwa, tem zwierzę staje się na ból mniej wrażliwe wskutek wyczerpania. Kl. Bernard zauważył, że zwierzę, które silnie od-

czuwa ból, gdy mu się na początku operacyi skórę przecina, później w miarę dalszych zabiegów chirurgicznych staje się mniej na ból wrażliwe i gdy wtedy powtórnie przecinać skórę, zwierzę nie odczuwa już tak silnie bólu, jak za pierwszym razem. Co więcej, badacz rzeczony twierdzi, że wyczerpanie zwierzęcia operacyą lub wielkie zmęczenie jakiegokolwiek pochodzenia wywołuje rodzaj znieczulenia ogólnego, które można porównać do znieczulenia wywołanego eterem [12]).

Na zasadzie uwag powyższych każdy nieuprzedzony przyzna, że w narzekaniach przeciwników wiwisekcyi i w ich opowiadaniach o strasznych torturach zwierząt jest bądź co bądź sporo przesady. Nie można atoli zaprzeczyć, że wiwisekcye, bez środków znieczulających wykonywane, sprawiają zwierzętom ból, a nieraz w stopniu wielkim. Zewnętrznym objawem bólu zwierzęcia jest z jednej strony krzyk jego, a z drugiej strony gwałtowne ruchy całego ciała. Jeżeli zatem zwierzę w czasie wiwisekcyi leży spokojnie, przypuszczamy wtedy, iż nie odczuwa ono bólu. Krzyk zwierząt w czasie wiwisekcyi i gwałtowne ruchy przeszkadzają w niemałym stopniu eksperymentatorowi w wykonywaniu wiwisekcyi. Z tego powodu już oddawna starano się zaradzić tym niepożądanym objawom, towarzyszącym wiwisekcyi. W tym celu zaczęto wstrzykiwać zwierzętom bądź pod skórę, bądź do żył środek, który istotnie znosi zupełnie ruchy zwierzęcia, lecz jednocześnie może wywołać ich śmierć, jeżeli nie będziemy urządzali sztucznego oddychania. Środkiem tym jest kurara, do dziś dnia stosowana, w fizyologii i patologii doświadczalnej. Zwierzęta zatrute kurarą, których życie podtrzymuje się sztucznem oddychaniem, nie mogą wprawdzie wykonywać żadnego ruchu, lecz nie są znieczulone. Dla zwierząt zakuraryzowanych wiwisekcya nie jest bynajmniej bezbolesna, aczkolwiek w żaden sposób nie mogą objawić, że cierpią. Dlatego też eksperymentatorowie starają się wykonywać jak najmniej wiwisekcyi na zwierzętach tylko zakuraryzowanych, osobliwie, gdy się używa do doświadczeń takich inteligentnych zwierząt jak psów. Eksperymentatorom dawnym przeszkadzały wykonywać wiwisekcye nie tylko objawy bólu ze strony zwierzęcia — krzyk i gwałtowne ruchy, lecz także świadomość tego, że w czasie wiwisekcyi sprawiali zwierzętom ból. Temu zaradzono z chwilą wprowadzenia do praktyki lekarskiej około połowy ubiegłego stulecia dwóch środków nasennych: eteru i chloroformu. Wprawdzie już w początkach XIX stulecia odkryto morfinę, ale zaczęto ją w wiwisekcyach stosować w szerszym zakresie dopiero po wprowadzeniu eteru i chloroformu do wiwisekcyi. Potem wprowadzono do praktyki wiwisekcyjnej cały szereg innych środków znieczulających już to ogólnie, już to miejscowo, tak że teraz eksperymentator może wykonywać prawie wszystkie wiwisekcye bezboleśnie, z wyjątkiem jedynie niektórych badań z dziedziny układu nerwowego, w których szczególnie zależy na tem, aby czucie nie było zniesione. Dziś przeto zarzut przeciwników wiwisekcyi, twierdzących, że wiwisekcye są torturą dla zwierząt, ma daleko mniej uzasadnienia, aniżeli dawniej, gdy nie znano środków znieczulających.

Z kolei należy rozpatrzeć zarzut przeciwników wiwisekcyi, że wykonywanie wiwisekcyi a nawet samo przyglądanie się wiwisekcyom ujemnie wpływa na charakter, wywołując zobojętnienia na cierpienia. Zarzut ten mógłby być do pewnego stopnia słuszny, gdyby wiwisekcye wykonywano na zwierzętach nieznieczulanych. Dlatego w czasach dawniejszych, gdy przed wiwisekcyą zwierząt nie znieczulano, niektórzy fizyologowie nie wykonywali wiwisekcyi, a przynajmniej wiwisekcyi na zwierzętach wyższych, w salach wykładowych wobec uczniów. Jan Müller np., nigdy w czasie wykładów uniwersyteckich nie wykonywał wiwisekcyi na zwierzętach ciepłokrwistych [13]). Wogóle powinno wśród eksperymentatorów panować przekonanie, że zawsze, kiedy tylko można, należy zwierzęta przed wiwisekcyą znieczulać. Gdy zaś w wyjątkowych przypadkach czynić tego nie można, eksperymentator powinien się starać, wykonywać doświadczenia na zwierzętach o ile możności jak najniższych, których układ nerwowy znajduje się na nizkim stopniu rozwoju, a zatem gdy można wykonać doświadczenie na króliku, nie powinien go robić na psie; gdy można wykonać doświadczenie na żabie, nie powinien go robić na króliku lub śwince morskiej, słowem, w tych przypadkach, w których zwierząt znieczulić nie można, powinien używać do wiwisekcyi zwierząt, najmniej na ból wrażliwych. Gdyby w rzeczy samej eksperymentatorowie wykonywali publicznie wiwisekcye na zwierzętach nieznieczulonych, (pomijam tu przypadki wyjątkowe, o których była mowa wyżej) i gdyby takie wiwisekcye pozwalali wykonywać swoim uczniom w czasie ćwiczeń, to według mego zdania, istotnie mogłoby to wpłynąć ujemnie na stronę uczuciową uczniów. Kto ma serce zatwardziałe na cierpienia zwierząt, ten i dla ludzi może stać się mniej czułym bo, jak mówi, Kant »można serce ludzkie poznać z postępowania względem zwierząt« [14]). (Dok. nast.).

[12]) Cl. Bernard. Leçons sur la physiologie et la pathologie du systême nerveux. Paris 1858. T. I na str. 30.

[13]) Haeser o. c. str. 786.

[14]) Kant. Rozprawa filozoficzna o religii i moralności. Przekład Mrongowiusa. Gdańsk 1859 str. 209.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Krajowa Rada Zdrowia zajmowała się na posiedzeniu w d. 5. III. b. r. sprawą opieki lekarskiej w szpitalach Sióstr Miłosierdzia, sprawą okręgów sanitarnych w Hussakowie i Pomorzanach, pawilonu dla chorych kiłowych w Stryju, sprawą podręcznika somatologii, wreszcie sprawą używania atramentu czerwonego w szkołach. R.

Lekarze, a ustawa o ubezpieczeniu społecznem. Wobec tego, że podkomitet parlamentarny uchwalił podnieść granicę dochodów dla ubezpieczenia w Kasach chorych do 3600 kor., co zagraża stanowi lekarskiemu prawie ruiną, postanowiło zebranie delegatów org. lek. austr. zorganizować obronę wszelkimi środkami. Szłoby w danym razie o strajk lekarzy pomocniczych w szpitalach, wymówienie miejsc lekarzy gminnych, niemeldowanie chorych, odmowę asygnat na wsparcia kasowe z powodu choroby, odmowę udziału w publicznej służbie zdrowia. Lekarze kraińscy zapowiedzieli, że w razie wejścia w życie projektów zwalczanych, podniosą natychmiast taryfę chorym z Kas chorych o sto procent, wszystkim innym o dwieście. Stwierdzono, że w sześciu krajach koronnych organizacya może przeprowadzić strajki w ciągu 24 godzin, gdyż wszystko przygotowane. W zebraniu, które się odbyło 4. III. b. r. pod przewodnictwem prezydenta Izby lek. wiedeńskiej, Prof. Fingera, uczestniczył Wydział wykonawczy Izb lek. austr. i Wydział państwowego Związku organizacyi. Obecnie byli prezydenci Izb wschodnio-gal., dolnoaustr., styryjskiej i morawskiej, prezesi organizacyi karyntyjskiej, kraińskiej, styryjskiej, dolno-austryackiej, czeskiej i wiedeńskiej, oraz przewodniczący parlamentarnej komisyi ubezpieczenia społecznego (Prof. Buzek) i jej generalny referent (Prof. Drexel). R.

Wydział wykonawczy Izb lekarskich austryackich zakłada, jak wiadomo, instytucyę ubezpieczenia od wypadków i odpowiedzialności pod nazwą »Kosmos« z kapitałem 750.000; udziałów subskrybowano już na 600.000 kor., a należy zebrać tylko jeszcze 150.000 kor. Inne podobne instytucye, działające w Austryi, starają się wszelkiemi siłami zwalczać tę instytucyę, która może przynieść lekarzom znaczne korzyści; w tym celu rozsyłają anonimowe okólniki, w których — niezgodnie z prawdą — wróżą nowej instytucyi niepowodzenie, zapewniając, że tem ostrzeżeniem chcą uchronić lekarzy od strat.... (widocznie z czystej miłości bliźniego nie zawahano się nawet przed wydatkami na druk i rozsyłkę anonimowego okólnika!) i od wdawania się w afery finansowe, niegodne stanu lekarskiego. Związek państwowy organizacyi lek. austr., oświetlając należycie to postępowanie, wzywa lekarzy, aby nie dali się bałamucić; najlepszą odpowiedzią na bezimienne »ostrzeżenia« będzie nie-

zwłoczne rozebranie reszty udziałów »Kosmosu«, o co zgłaszać się można do Izby lek. wiedeńskiej (Wien I. Börsegasse 1). Z.

W komisyi sanitarnej parlamentu austr. wyrazili posłowie Kindermann i Michl ubolewanie z powodu rozstrzygnięcia Izby Panów w sprawie wynagradzania lekarskich doniesień o chorobach zakaźnych i życzenie, aby Izba posłów okazała większą wobec lekarzy sprawiedliwość. Referentem dla wniosku Budzynowskiego w sprawie zwalczania handlu oszukańczymi środkami leczniczymi wybrano posła Stachurę. Na zapytanie posła Michla w przedmiocie przedłożenia ordynacyi lekarskiej, odpowiedział zastępca rządu, radca min. Haberler, zapowiadając wniesienie przedłożenia rządowego. Z.

W sprawie wychowania fizycznego położyło w ostatnich kilku latach największe niewątpliwie zasługi »Towarzystwo zabaw ruchowych«, działające we Lwowie, przez bardzo energiczne starania o rozbudzenie zamiłowania, wciągnięcie szerokich kół, zwłaszcza młodzieży, i wykształcenie kierowników zabaw. Obecnie wydało Towarzystwo sprawozdanie za r. 1909, kończący pierwsze pięciolecie pracy Towarzystwa, a uwieńczony dwoma faktami niepośledniego znaczenia: otwarciem własnego parku zabaw (Jordanowskiego) na 15-morgowej przestrzeni za rogatką stryjską — i ankietą, mającą na celu uporządkowanie dalszej działalności na zasadach racyonalnej higieny, co też ankieta w zupełności osiągnęła. Z parku korzystało stale 6 szkół i 17 drużyn ćwiczebnych; w ciągu całego sezonu ćwiczyło się w parku 17.696 młodzieży; Towarzystwo urządziło dwa kursa dla nauczycieli szkół ludowych; z jednego korzystało 17 osób ze Lwowa, z drugiego 39 osób z całego kraju. Dochody Towarzystwa wyniosły w r. 1909 24055·61 kor., w czem subwencye rządu, kraju i miasta 16.000 kor.; w wydatkach główną pozycyę stanowi budowa parku (7128·40 kor.). Towarzystwo liczy 24 członków założycieli, 440 zwyczajnych i 495 uczestników (oprócz szkół, uczęszczających gremialnie). Prezesem Towarzystwa jest Dr Ignacy Dembowski, wiceprezesami lekarze Dr Wł. Hojnacki i Dr K. Hornung. R.

W Stowarzyszeniu lekarzy polskich w Warszawie istnieje »Wydział lekarzy szkolnych«, który rozpoczął czwarty rok swego istnienia. Szczegółowy program działalności Wydziału ułożony został przez Dra Stanisława Markiewicza w r. 1906.

W roku 1909 Wydział ten odbył 9 posiedzeń miesięcznych. Z prac komisyi, objętych programem Dra St. Markiewicza, Wydział rozpatrzył referat Drów Świętochowskiego i Tchórznickiego: **O urządzeniach technicznych szkoły.** Referat obejmował rady, orzeczenia i uwagi, dotyczące pomieszczenia szkoły, oddzielnych izb w szkole i urządzeń technicznych i dostarczył tematu do ożywionych dyskusyi na 4 posiedzeniach miesięcznych. Referat przyjęto i dołączono do prac poprzednich, które po skompletowaniu zostaną ogłoszone drukiem.

Niezależnie od tej programowej pracy, w roku 1909 wygłoszono następujące odczyty:

1) Dr W. Sterling: **O samobójstwach wśród młodzieży szkolnej.** Prelegent oświetlił tę sprawę wyczerpująco pod względem statystycznym i etyologicznym, oraz przedstawił obecne metody badań nad samobójcami.

2) Dr St. Kopczyński: **Nerwowość, a szkoła.** Prelegent wykazał w odczycie, w jaki sposób szkoła przyczyniać się może do rozwoju nadmiernej nerwowości u dzieci, do zakłócania ich równowagi psychicznej i stąd do targania się na własne życie i wskazał metody wychowawcze, jakiemi nawet u jednostek z wrodzoną nerwowością można zapobiedz przejawianiu się przesytu i pogardy życia, oraz wzmocnić równowagę psychiczną.

W związku z tymi odczytami wyłoniła się myśl zbierania u nas odpowiedniego materyału statystycznego na wzór biura centralnego w Londynie, regestrującego wszystkie przypadki samobójstw wśród młodzieży. Komisya, składająca się z Dra Knappego i W. Sterlinga opracowała kwestyonaryusz, który został wydrukowany i bywa wysyłany w każdym przypadku samobójstwa. Obowiązek zbierania materyału nałożono na prezydyum Wydziału. W roku 1903 zapisano 7 przypadków samobójstw w kraju.

3) Dr Maryan Hołub: **O potrzebie zwalczania wśród młodzieży szkolnej nałogu palenia tytoniu.** W związku z tym odczytem opracował prelegent odezwę »O szkodliwości palenia tytoniu«, przeznaczoną dla szkół średnich. Odezwę uznano za sprawę wielkiej wagi i polecono ją Wydziałowi wydrukować i rozesłać do wszystkich szkół średnich z poleceniem wywieszenia jej w lokalu szkolnym.

4) Dr W. Knappe: **Sprawozdanie z działalności higieniczno-lekarskiej w szkole ludowej czterooddziałowej, utrzymywanej z funduszów p. Karola Rose w Warszawie.** W odczycie, który powtórzony został w Wydziale wychowawczym Tow. higienicznego, przedstawił prelegent obraz szkoły, w której, dzięki ofiarności jednej osoby, zaprowadzone zostały wszystkie możliwe w zakresie szkoły zarządzenia higieniczne, dotyczące zarówno lokalu, jak i higieny osobistej wychowańców.

Wskutek odezwy lwowskiego komitetu międzynarodowego Zjazdu pedagogicznego, mającego odbyć się w sierpniu 1910 r., poświęcił Wydział jedno posiedzenie omówieniu sprawy uczestnictwa w tym Zjeździe. Uchwalono zachęcać do uczestnictwa i wystąpienia z referatami, a głównie ułożyć szczegółowy memoryał w sprawie szkolnictwa polskiego dla rozdania go uczestnikom Zjazdu.

W celu obeznania się z pomocami naukowemi i przyrządami szkolnymi, wprowadzonymi u nas do handlu w roku bieżącym, odbył Wydział jedno posiedzenie w lokalu Tow. »Urania«, gdzie inż. Prof. R. Korniłłowicz przedstawił przedmioty z dziedziny higieny szkolnej.

Dnia 6. czerwca grono lekarzy szkolnych zwiedziło pod przewodnictwem Dra S. Rottermunda 2 ogrody im. W. E. Rau (Nowogrodzki i Saski z halą gimnastyczną) podczas zabaw dzieci i wysłuchało szczegółowych informacyi Dra Rottermunda o działalności tej pożytecznej instytucyi.

Szczegółowe sprawozdania z posiedzeń systematycznie ogłaszano w miesięczniku »Wychowanie«.

Przewodniczącym Wydziału był Dr St. Kopczyński, zastępcą Dr L. Wernic, sekretarzem Dr W. Knappe, skarbnikiem Dr Matylda Biehlerowa. W. K.

Telefoniczne zamawianie leków. Izby lekarskie w Niemczech przestrzegają przed wydawaniem leków, zamówionych rzekomo przez lekarza telefonem, albowiem wiedzie to często do pomyłek lub nadużyć, zwłaszcza n. p. co do morfiny. X.

Miejsce dla lekarza. Mieszkańcy miasteczka Załoziec w powiecie brodzkim w Galicyi, odczuwają brak drugiego lekarza. Miasteczko samo liczy 10.000 mieszkańców, ludność okoliczna zamożna i leczy się chętnie. Oprócz praktyki prywatnej miałby drugi lekarz dochody z praktyki sądowej; w przyszłości spodziewane jest utworzenie okręgu sanitarnego. Ar.

Składka noworoczna na fundusz wdów i sierot im. ś. p. Jordana. Rok 1910. (C. d.).

Po dwie korony nadesłali: Drowie Jan Landau, K. Kosz, Iz. Rager, A. Zawisza, E. Niezabitowski, A. Wrzosek, prym. Pisek, Teufel, Otton Loewy, M. Kosiński, H. Kleinmannówna, A. Karaś, H. Ehrlich, Pordes, Karpiński, Bryliński, W. Skórski, M. Ostafiński, T. Merunowicz, P. Kepler, K. Gołębiowski, J. Topolnicki, I. Wilder, M. Biłgorajski, S. Turteltaub, A. Trammer, Merz, A. Kramarzyński, K. Morawski, A. Łobaczewski, S. Schöngut, A. Preissmann, Stefan Landau, J. Opolski, M. Udziela, Mieczysław Sołtysik (Stryj), J. Szefer, Prof. W. Jaworski, W. Skórkowski, L. Sobieszczański, W. Stupnicki, Fryderyk Landau, A. Dornfest, S. Przeworski, Alojzy Loewy, W. Idziński. (C. d. n.).

Z administracyi znaczków receptowych.

Sprzedano znaczków:	4 h	1 h
Od roku 1904 do końca stycznia 1910 .	500,222	414,694
W lutym 1910	8,175	5,000
Razem .	508,397	419,694

Dr Żydłowicz, administrator.

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 27. II. do 5. III. 1910 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego pow. Brzeżany (Taurów 2), Buczacz (Barysz 11, Nowosiółka kor. 5), Horodenka (Czortowiec 2), Jarosław (Zaleska wola 1), Lisko (Czarna 1), Podhajce (Wiśniowczyk 5), Rawa (Ulicko seredkiewicz 3, Szczerzec 2), Śniatyn (m. Śniatyn 1, zachorował koncepista sanitarny Dr Jakób Krok, który zakaził się zwalczając tyfus plam. w powiecie), Stryj (Wyżłów); ospy pow. Borszczów (Olchowiec 1), pow. Tarnobrzeg (Antoniów 1, zawleczono z Królestwa). Dr T.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 27. II. do 5. III. 1910 zgłoszono przypadków: błonicy 7 † — (w tem obcych 3 † —), krztuśca 6, płonicy 3 † 1 (1 † 1), odry 9, duru brzusznego 4 † 1 (2 † 1), inne choroby zakaźne 21 (1). Dr Janiszewski.

Choroby zakaźne w Warszawie. Od 13. II. do 19. II. 1910 przybyło do szpitali warszawskich przypadków: ospy 32 † 6, płonicy 9 † 1, błonicy 5 † 2, róży 4, duru plamistego 10, duru brzusznego 11 † 1. (Gaz. lek. Nr 10).

Wiadomości bieżące.

Ponieważ termin zbierania statystyki gruźlicy według kwestyonaryusza, opracowanego przez Dra Sterlinga, a przyjętego przez Delegacyę Zjazdów lekarzy i przyrodników polskich, już się ukończył, przeto zebrany materyał uprasza się odsyłać na ręce Dra S. Sterlinga w Łodzi (Piotrkowska 111) lub Prof. Dra Ciechanowskiego w Krakowie (Wielopole 4).

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 9 b. m. posiedzenie, na którem Prof. Dr Browicz wygłosił wykład p. t.: »Wyniki i znaczenie przeszczepiań raka«. W dyskusyi przemawiali: Prof. Kostanecki, Dr Eisenberg, Prof. Kader, Prof. Dobrowolski, Dr Wojciechowski, Dr Koźniewski, Prof. Chlumsky, Prof. Godlewski.

— Przy Wydziale III Akademii Umiejętności rozpoczęła działać komisya historyi nauk przyrodniczo-matematycznych wraz z lekarskiemi. Przewodniczącym komisyi historyi nauk jest Prof. Rostafiński, sekretarzem Prof. Birkenmajer.

— Projekt organizacyi miejskiej służby zdrowia, opracowany przez naczelnego lekarza miejskiego Dra Janiszewskiego, a uchwalony przez magistrat, komisyę sanitarną i dwie sekcye Rady miejskiej, dzieli całe miasto na 9 okręgów lekarskich (5 w »starym« Krakowie, 4 w przyłączonych gminach). Oprócz 9 lekarzy okręgowych ma być osobny lekarz dla miejskiego Domu kalek i schroniska brata Alberta; oględziny zwłok będą oddane jednemu lekarzowi, do miejskiego urzędu zdrowia przydzielony będzie jeden lekarz-asystent i jeden lekarz-bakteryolog. Dla wprowadzenia lekarzy szkolnych starać się będzie magistrat o subwencyę rządu i kraju. Do pomocy lekarzom okręgowym dodanych będzie 9 sanitaryuszów. Wydatek na służbę zdrowia wyniesie wskutek reformy 65.000 kor. rocznie (w Bernie, Gracu i Lwowie wynosi on 70—80 tysięcy koron).

— Ochotnicze Towarzystwo ratunkowe w Krakowie ogłosiło sprawozdanie za r. 1909. W roku tym Wydział podejmował usilne starania o wprowadzenie stałych dyżurów, pełnionych przez lekarzy i w tym celu zwracał się do Zarządu miasta o odpowiednią subwencyę; podanie to nie zostało jednak jeszcze ostatecznie załatwione. Sprawa przewożenia chorych zakaźnych została uregulowana. Dla członków czynnych urządzono kurs ratownictwa pod kierunkiem Dra Radlińskiego, I asystenta kliniki chirurg. Liczba członków wspierających Towarzystwa niestety nie zmieniła się i wynosi tylko 197; wpisało się wprawdzie nowych 6, ale ubyło przez śmierć 6. Obrót kasowy zamknięto w dochodach i rozchodach kwotą 16.774·41 kor.; majątek Towarzystwa wynosi 37.641·15 kor. (w czem 39.361·15 walory i gotówka, reszta inwentarz). Pogotowie było czynne w 4979 przypadkach, (o 381 więcej, niż w r. 1908); jestto najwyższa roczna liczba interwencyi od założenia Towarzystwa. Wszystkie te przypadki opracował statystycznie w lekarskiej części sprawozdania — sekretarz Towarzystwa, Dr Jan Nowaczyński. — Warto porównać sprawozdanie Towarzystwa ratunkowego krakowskiego ze sprawozdaniem lwowskiego. Pogotowie ratunkowe lwowskie niosło w r. 1909 pomoc w 9217 przypadkach (prawie o 2500 więcej, niż w r. 1908), ma dyżury lekarskie, i to od jesieni 1909 podwójne; dochód w r. 1909 wynosił 19.332·19 kor. (w tem subwencye m. Lwowa 6·315 kor.), rozchód 18.570·42 kor. (w tem dyżury lekarskie 8.820·68 koron). Liczba członków Towarzystwa lwowskiego doszła 1462 (20 założycieli, 37 dożywotnich, a 1405 zwyczajnych).

Prezesem Towarzystwa ratunkowego krakowskiego na r. 1910 wybrany został ponownie r. dw. Prof. Wicherkiewicz, wiceprezesem Prof. Dr Braun.

— Kasa chorych uczniów krawieckich w Krakowie ogłasza konkurs na posadę lekarza kasy. Koledzy, reflektujący na tę posadę, zechcą zgłosić się do Prezydyum Izby lekarskiej zach.-gal.

— W końcu b. m. zacznie wychodzić pod redakcyą Dra Juliusza Bandrowskiego ilustrowane pismo, poświęcone zdrojowiskom, miejscom klimatycznym i t. d., p. t. »Nasze Zdroje«.

— »Komitet Towarzystw polskich dla międzynar. Zjazdu higieny szkolnej w Paryżu« rozesłał odezwę i kwestyonaryusz celem zebrania materyału do broszury o szkolnictwie polskiem, która ma wyjść po francusku i będzie rozdana uczestnikom Zjazdu.

— Porządek dzienny posiedzenia Sekcyi Jarosławskiej Towarzystwa lekarzy galicyjskich w dniu 11. b. m. obejmował: 1) Demonstracye chorych — Dr Fechter. 2) O zakładach zdrojowych i klimatycznych Szwajcaryi — Dr Czyżewicz. 3) Sprawy zawodowe.

Warszawa. Na posiedzeniu Wydziału III. Towarzystwa naukowego warszawskiego w d. 3. III. b. r. wygłoszono komunikaty następujące: 1) J. Eismond: Cytotropizm jaj niezapłodnionych u jeżowców. 2) Z. Weyberg: Z badań nad chemizmem biotytów. 3) J. Sosnowski: Z badań nad przewodnictwem nerwów. 4) St. Majkowska: Z owogenezy u pływaka (dytiscus).

— Gubernialna Rada dobroczynności publ. proponuje powiększenie zakładu dla obłąkanych w Tworkach z 700 na 2000 łóżek.

— Wystawa pod nazwą »Czystość to zdrowie« otwarta zostanie w Warszawie 16. IV. b. r.

— Dr Zdzisław Dmochowski wybrany został wiceprezesem Towarzystwa naukowego warszawskiego.

— Jak donosiliśmy, obchodził Dr Henryk Fidler w Radomiu, prezes tamtejszego Towarzystwa lek., jubileusz 25-letniej pracy zawodowej i społecznej, który zgromadził przeszło 100 osób. Jubilatowi wręczono adres z podpisami obecnych. Przemawiali przedstawiciele Tow. lekarskiego, Tow. Kultury polskiej, straży ogniowej, szkoły handlowej i in. Dr Kossak wręczył Jubilatowi zebrane wśród uczestników 500 rb. do jego rozporządzenia. Dr Fidler dodał do tej sumy 100 rb. i przeznaczył ją na stypendyum dla uczniów polskiej szkoły handlowej.

Z różnych stron. Towarzystwo lekarzy chorwackich (Sbor lijecnika kralj. Hrvatske i Slavonije) mianowało członkami honorowymi: Prof. Wicherkiewicza z Krakowa, Prof. Pesinę z Pragi, Prof. Otta z Petersburga, prym. Dra Subotica z Belgradu i Dra Gregorica z Lublany.

— W tygodnikach lekarskich wiedeńskich pojawiła się następująca wiadomość: »Lekarze-Słowianie w Austryi, którzy w r. z. z narodowych względów usunęli się od udziału w Zjeździe peszteńskim, zakładają obecnie wszechsłowiańską organizacyę lekarską, w której poszczególne plemiona słowiańskie będą miały samoistne przedstawicielstwa. Słowieńcy zakładają swoją sekcyę narodową w połowie marca w Lublanie. Pierwszy wszechsłowiański Zjazd lekarski odbędzie się w lecie b. r. w Sofii«.

— Porządek dzienny X. ogólnego zgromadzenia Polskiego Związku lekarzy i przyrodników w Petersburgu w d. 19. II. (3. III) b. r. obejmował następujące wykłady: 1) Lek.-dent. Klara Biało-Piotrowicz (Dźwińsk): Sposób bezgnilnego wprowadzenia nasady wiertnika do jamy ust. 2) Doc. Dr Noiszewski: Omamy wzrokowe. 3) Jenerał E. Kątkowski: Stan obecny wodociągów petersburskich i środki ich ulepszenia. W części administracyjnej: utworzenie wydziału odontologicznego i sprawę udziału Polaków w Zjeździe lekarskim w Peszcie w r. 1909. Kierownikiem wydziału odontologicznego Związku wybrany został Prof. Dr Fr. Zwierzchowski. Uchwalono niezbędność przedstawicielstwa polskiego w stałej komisyi międzynarodowych Zjazdów lekarskich i postanowiono szczegółowo rozpatrzyć projekt statutu stałego komitetu polskiego dla przyszłych zjazdów.

— Kobiety doktorki medycyny zagranicznych uniwersytetów będą dopuszczane do egzaminów przed komisyami państwowemi rosyjskiemi po przedstawieniu następujących dokumentów: 1) świadectwa ukończenia gimnazyum żeńskiego, 2) świadectwa egzaminu z łaciny. Warunki te zostaną zachowane jedynie do r. 1911. Od tego roku wymagane będą, oprócz matury gimnazyum żeńskiego, świadectwa z egzaminów dodatkowych z rosyjskiego (ćwiczenie), z matematyki, fizyki, łaciny i jednego z języków nowożytnych, wszystko w objętości kursu gimnazyów męzkich.

— »Institut de France« (cztery akademie francuskie) nie przyjął zaproszenia na obchód setnej rocznicy założenia uniwersytetu w Berlinie.

— Na katedrę medycyny wewnętrznej w Paryżu przedstawił Wydział lekarski na pierwszem miejscu Dra Widala, na drugiem P. Teissiera; na katedrę patologii i terapii ogólnej Dra Acharda na pierwszem, a Marfana na drugiem miejscu.

— W szpitalu Brixdorf w Berlinie wybuchł spór pomiędzy lekarzami a siostrami szpitalnemi, który zakończył się obustronnem podziękowaniem za miejsce. X.

Mianowani: internista Doc. Jochmann profesorem w Berlinie; ginekolog Doc. Seitz z Monachium profesorem w Erlangen; ginekolog Doc. Kroemer z Berlina profesorem w Gryfii; Dr Waterston profesorem anatomii w Edynburgu;

Dr Z. Wachtel jun. asystentem, a Dr Kostrzewski demonstratorem kliniki lek. U. J.; Dr Emil Przychodzki starszym ordynatorem zakładu w Tworkach.

Zmarli: Dr Svrljuga, b. lekarz naczelny m. Zagrzebia, jeden z założycieli Towarzystwa lekarzy chorwackich (Sbor lijecnika kr. Hrvatske i Slavonije), kilkakrotnie obierany prezesem, w końcu członkiem honorowym.

Dr Karol Obuchowicz w 40 r. ż. w Starokonstantynowie (na dur plamisty).

Redakcya otrzymała: Wrzosek: Bemerkungen zur Abhandlung von Calderoni: »Untersuchungen über Anaerobienzüchtung nach dem Tarozzischen Verfahren«. »Centr. f. Bakt.« 1910. — Welecki: O sposobie działania adrenaliny na układ naczynioruchowy. »Tyg. lek.« 1910. — Talko-Hryncewicz: Op. fiziczeskoj charakteristiki drewnich wostocznich Sławian. Petersburg 1909. — Wrzosek: 1) Ruch antywiwisekcyjny. Kraków 1910. 2) O dobrym lekarzu, »Nowiny lek.« 1909. — Memorias do Instituto Oswaldo Cruz. T. I. fac. II. Rio de Janeiro 1909. — Prace Towarzystwa naukowego warszawskiego. Wydział II. Nr 1. i 2. 1910. — Sprawozdanie krakowskiego Towarzystwa ratunkowego za r. 1909. — Sprawozdanie lwowskiego Tow. ratunkowego za r. 1909.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę dn. 16. marca 1910 o g. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym wykład Prof. Dra Krzyształowicza: »O nabłoniakach«. (Z seryi wykładów o raku, zorganizowanych przez Zarząd Towarzystwa).

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Dr Druew: **Octan glinu jako środek przeczyszczający i przeciwgnilnie na zawartość jelit działający.** Med. Klin. Nr. 3. 1910.

Druew odkrył przypadkowo, że octan glinu, badany przez Blasiusa w inst. hig. w Hali co do działania bakteryobójczego, nietylko jest przetworem przeciwgnilnym, lecz działa także przeczyszczająco. Równocześnie wykazał Bickel w instyt. dla med. doświadcz. w Berlinie, że trudno rozpuszczalny proszek octanu glinowego jest silnym środkiem przeciwgnilnym, a mianowicie zabija łatwo bakterye jelit, (bacterium coli), gdy woda utleniona, kalomel i t. p. dozwalają nawet na powiększenie się ilości bakteryi w jelicie. Druew określił zatem, że trudno rozpuszczalny proszek octanu glinu jest środkiem »przeciwgnilno-rozpuszczającym«.

Doświadczenia, dokonane na 20 chorych na przewlekły i ostry nieżyt pęcherza, spowodowany przeważnie przerostem gruczołu krokowego lub wiewiórem, wykazały, że pastylki golonida z octanem glinowym, (wyrabiane przez chem. fabr. Goedecke et Co. Berlin Nr 24), usuwały dolegliwości podmiotowe, a po 2—4 tygodniach następowało zupełne wyzdrowienie. Przypuszczać należy, że i w innych zakaźnych chorobach przewodu pokarmowego octan glinu działać będzie bardzo korzystnie.

Hr. W.

Rok XLIX. Kraków, dnia 19. marca 1910. Nr 12.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z kliniki chorób wewnętrznych Prof. Dra K. Wagnera w Kijowie.

W sprawie wpływu wstrzykiwań podskórnych żelatyny przy schorzeniach nerek.

Podał

Dr Jan Studziński.

Pavy ([1]), Calmette ([2]), a z nowszych Klug ([3]) i Munk i Lewandowsky ([4]), podali, że żelatyna, wprowadzona bezpośrednio do krwi, w części zostaje przyswojoną przez ustrój, w części wydziela się przez nerki. Gawriłow ([5]) w pracowni patologii ogólnej Prof. W. Lindemanna w Kijowie zapomocą doświadczeń wykazał, że przez nerki wydziela się żelatyna nietylko wprowadzona bezpośrednio do krwi, lecz także wprowadzona podskórnie. Przytem stwierdził, że w sprawie wydzielania żelatyny biorą udział tak kłębki, jak i cewki kręte [1]). Ilość wydzielanej przez nerki żelatyny przy podskórnem jej wprowadzeniu u zwierząt dobrze odżywianych wahała się między 4·25% a 9·74% ilości wprowadzonej, u głodzonych zaś stanowiła tylko 1·4% wprowadzonej; czas trwania wydzielania się żelatyny przez nerki odpowiada 5—6 dobom. Gawriłow, wprowadzając zwierzętom ze zdrowemi nerkami pod skórę 10—15% rozczyn żelatyny, naogół od 0·39 do 20·0 żelatyny naraz, nie otrzymał w moczu białka tylko w 2 przypadkach (dośw. Nr 10 i 11 na królikach) z 9, w pozostałych zaś 7 przypadkach (dośw. Nr 4 na kocie, Nr 6 na baranie, Nr 8 na śwince morskiej, Nr 26—29 na psach) białko zjawiało się w moczu dnia następnego i utrzymywało się przez 2—3 doby; o elementach morfotycznych autor nie wspomina. Geraldini ([6]) na podstawie swoich doświadczeń mówi, że spostrzegany w niektórych przypadkach niewielki białkomocz wskazuje na to, że duże dawki żelatyny mogą oddziaływać na nerki. U ludzi ze zdrowemi nerkami przy stosowaniu dawek leczniczych spostrzegano to niewielki białkomocz (Karchesy ([7]), Gebele ([8]), i in.), to nie (Hammelbuscher und Pischinger ([9]), Berger ([10]) i in.).

Z powodu takich, występujących czasami po podskórnem wprowadzeniu żelatyny objawów podrażnienia nerek wielu autorów (Freudweiler ([11]), Bass ([12]), v. Boltenstern ([13]), Sailer ([14]), Komázek ([15]) i inni), uważa obecność schorzenia nerek za przeciwwskazanie do podskórnych wstrzykiwań żelatyny, gdy inni, jako to: Schwabe ([16]), Gossner ([17]), nie uważają stanu chorobowego nerek za przeciwwskazanie do stosowania żelatyny w postaci wstrzykiwań podskórnych.

Dla przykładu pozwolę sobie przytoczyć w krótkości kilka ogłoszonych przypadków dodatniego i ujemnego wpływu żelatyny na schorzenie nerek.

Przypadki pierwszego rodzaju:

1. Schwabe ([16]) w jednym przypadku zapalenia krwotocznego nerek ze znacznemi krwawieniami otrzymał wyleczenie, skoro pierwszego dnia wstrzyknął pod skórę dwukrotnie po 25 ctm. sz. 20% rozczyn żelatyny, a następnie zalecił przez 14 dni 10% rozczyn żelatyny wewnętrznie.

2. Gossner ([17]) spostrzegał przypadek kamicy miedniczki prawej, gdzie przez 4 prawie miesiące stale spostrzegano w moczu (c. g. 1.018—1.020) krew i zależne od obecności krwi ślady białka. Po jednokrotnem podskórnem wstrzyknięciu 200 ctm. sz. 2·5% rozczynu żelatyny już dnia następnego nie było w moczu ani krwi, ani białka, ciężar zaś gatunkowy spadł do 1·010. Od tego czasu przez 3 miesiące krwi w moczu nie spostrzegano.

3. Grunow ([18]) przytacza 2 przypadki:

a) U chorego w czasie 3-go nawrotu (92. 96. 00) prawostronnej kolki nerkowej znaleziono w pęcherzu i cewce moczowej skrzepy krwi, niektóre z nich przedstawiały się jakby zlepki z moczowodów. (Autor skłonny jest widzieć w danym przypadku prędzej krwotoczne zapalenie nerek, aniżeli krwawienie z miedniczki nerkowej) W ciągu 10 dni zrobiono 9 wstrzykiwań po 4·0 żelatyny. Na 8 dzień nie można już było znaleść w moczu ani krwi, ani białka, ani wałeczków. Po dwu tygodniach chory opuścił oddział rzekomo zdrów.

b) Chorej z zapaleniem krwotocznem prawej nerki (?) (rozpoznanie stwierdzone badaniem pośmiertnem) 3 razy w ciągu 4 dni wstrzyknięto podskórnie żelatynę. Krwawienie nie ustało, lecz nie powstało też żadne powikłanie. Dalszych wstrzykiwań zaniechano z powodu silnej bolesności, Chora potem umarła wskutek powikłania zapaleniem pęcherza moczowego i miedniczki nerkowej.

4. Berger ([10]) przytacza 2 następujące przypadki:

a) Chory wstąpił do kliniki z krwotocznem zapaleniem nerek. Przy wstąpieniu stwierdzono obrzęki, zmniejszoną ilość moczu o c. g. 1·020, zawierającego 4·5‰ białka, w osadzie wałeczki ziarniste i niewiele czerwonych ciałek krwi. Po 3 tygodniach przy odpowiedniem leczeniu obrzęki ustąpiły prawie zupełnie i ilość moczu wzrosła do 3100 ctm sz. na dobę. Raptem 10. IV. mocz barwy ciemno-czerwonej z wielką ilością krwinek czerwonych w osadzie. Ponieważ stan chorego w ciągu 2 dni nie poprawiał się, przeto 13. IV. wstrzyknięto 100 ctm. sz. 2% rozczynu żelatyny.

[1]) Pragnących zaznajomić się ze sposobem określania żelatyny jakościowym i ilościowym, tudzież drobnowidowym, odsyłam do pracy Gawriłowa.

14. IV., 15. IV. mocz bez zmiany. Począwszy od 16. IV. ilość krwi i białka w moczu z każdym dniem mniejsza, tak że już 20. IV. ciałek czerwonych krwi w moczu odnaleść nie można. 30. IV. obrzęków niema, moczu na dobę 2200 ctm. sz., bez domieszki krwi, białka 0·45‰ (Esbach), w osadzie wałeczki szkliste i ziarniste.

b) Choremu ze zwyrodnieniem torbielowatem nerek i krwiomoczem okresowym wstrzyknięto 2 razy po 100 ctm. sz. 6% rozczynu żelatyny z przerwą 4-dniową między jednem a drugiem wstrzyknięciem; oprócz tego chory otrzymywał jeszcze żelatynę wewnętrznie, z początku codziennie a potem co drugi dzień. Jednakże krew w moczu niezależnie od żelatyny to znikała, to znowu zjawiała się, tak, że w danym przypadku chociaż nie otrzymano polepszenia, jednakże nie spostrzegano także żadnych szkodliwych następstw.

Przypadki drugiego rodzaju.

1. Freudweiler([11]) przytacza 2 przypadki:

a) Chora z przewlekłem miąższowem krwotocznem zapaleniem nerek zaczęła uskarżać się ostatniemi czasy na częste krwawienie z nosa, oprócz tego miesiączkowanie, które odbywało się dawniej co 4 tygodnie przez 2—3 dni, teraz bywa co 2—3 tygodni przez 5 dni. 1. I. Dobowa ilość moczu 900 ctm. sz., c. g. 1·014, białka 2‰, dużo krwi, w osadzie wałeczki ziarniste z nabłonkiem nerkowym, dość często wałeczki nabłonkowe i dużo wolnych i przylepionych do wałeczków czerwonych ciałek krwi. 2. I., 4. I. i 6. I. wstrzyknięto po 200 ctm. sz. 1% rozczynu żelatyny. W moczu przez ten czas zmiany nie zauważono. Raptem 7. I. mocz ciemny ze skrzepami krwi, białka 4‰, wałeczków więcej. Do 18. I. ilość białka wzrosła do 9‰, potem w ciągu 14 dni spadła do 5‰. Ku końcowi marca krwi w moczu niema, miesiączkowanie lepsze, natomiast od czasu do czasu lekkie napady mocznicy.

b) U chorej z ostrem miąższowem poporodowem zapaleniem nerek w 2 miesiące od początku choroby znaleziono w moczu, przy dobowej ilości 2000 ctm. sz., białka 1‰, niewielką ilość wałeczków szklistych, nabłonkowych i krwawych, a także wolne czerwone ciałka krwi. 2. VI. z powodu bladości i stałej utraty krwi wstrzyknięto pod skórę 300 ctm. sz., 2% rozczynu żelatyny. Następnego dnia mocz ciemniejszy. 4. VI. Dobowa ilość moczu 600 ctm. sz., barwy ciemno czekoladowej, z ogromnym osadem, białka 2‰, mnóstwo wałeczków krwawych. Dopiero 10. VI. barwa i skład moczu powróciły do dawnego stanu; stan jednak ogólny gorszy.

2. Gebele([8]) przytacza przypadek ciężkiego krwiomoczu, wywołanego przez torbielomięsaka lewej nerki, gdzie jednokrotne wstrzyknięcie pod skórę żelatyny nietylko nie powstrzymało krwotoku, ale przeciwnie zwiększyło ilość białka w moczu z 0·5‰ na 1‰.

Podobne przypadki skłoniły autorów do tego, by zbadać wpływ podskórnych wstrzykiwań żelatyny na sztucznie wywołane schorzenie nerek u zwierząt. Pierwszy zajął się tą sprawą Stursberg([19]), a w kilka lat później Lütkens([20]). Pierwszy na podstawie swoich doświadczeń doszedł do wniosku, że 1) podskórnie wprowadzonej żelatyny u zwierząt ze zdrowemi nerkami nie można wykryć w moczu zwykłymi sposobami, natomiast chore nerki, przynajmniej u zwierząt, są przepuszczalne dla żelatyny; 2) stosowanie czystej żelatyny nie wywiera szkodliwego wpływu na sztucznie wywołane schorzenia nerek, natomiast wprowadzenie złych gatunków żelatyny wywołuje ciężkie zmiany w kłębkach, prawdopodobnie, wskutek obecności w niej produktów bakteryjnych; 3) dlatego powinna być u ludzi stosowana tylko żelatyna, pochodząca z pewnego źródła i dobrze przechowana (sorgfältig aufbewahrte); i 4) stosowanie czystej żelatyny u ludzi z choremi nerkami nie zupełnie (nicht als unbedingt) przeciwwskazane.

Lütkens na podstawie swych doświadczeń sądzi, że podskórne wstrzykiwania żelatyny przy ostrem zapaleniu nerek nie pogarszają stanu choroby i że powikłania spostrzegane przy miąższowych krwotokach z nerek po podskórnych wstrzykiwaniach żelatyny, są tylko przypadkowym zbiegiem okoliczności i nie są w przyczynowym związku ze stosowaniem żelatyny. Ponieważ Lütkens w swoich doświadczeniach nie spostrzegał ujemnego wpływu podskórnych wstrzykiwań żelatyny, ani na ogólną ilość białka, ani na globuliny, a jednocześnie we wszystkich przypadkach widział po wstrzykiwaniu żelatyny wzmożenie się krzepliwości krwi, przeto radzi odnosić się z nieco większem zaufaniem do tego sposobu leczenia.

Niestety, obaj ci autorowie wykonywali swoje doświadczenia na królikach, które, jak dowiodły porównawcze badania Gawriłowa są najmniej przydatne do tego, a więc i wnioski obu autorów odnosić się mogą tylko do królików i w żadnym razie nie mogą być przenoszone na inne zwierzęta, a tem bardziej na ludzi.

Uważając zatem na podstawie danych z piśmiennictwa sprawę wpływu podskórnych wstrzykiwań żelatyny przy schorzeniach nerek, zwłaszcza z krwią w moczu, za niewyjaśnioną, chętnie przyjąłem propozycyę Szanownego Prof. K. Wagnera, by wyjaśnić drogą kliniczną, czy podskórne wstrzykiwanie żelatyny jest dozwolone, kiedy tego zachodzi potrzeba przy schorzeniach nerek i jak to wpływa na nerki, w szczególności zaś, czy można leczyć żelatyną miąższowe krwotoki z nerek. W tym celu używaliśmy zwykle najlepszego gatunku żelatyny, otrzymywanej z południowo-rosyjskiego Towarzystwa handlu towarami aptecznymi (Jurotat). Rozczyny żelatyny przygotowywałem rozmaite od 2% do 10% w 0·75% rozczynie soli kuchennej. Wyjaławiałem żelatynę w przyrządzie Kocha przy 100° C. przez 3 dni z rzędu po 15 minut codziennie. Po przygotowaniu sprawdzano jeszcze jałowość żelatyny przez pozostawienie na 3 do 5 dni w cieplarce. Przed wstrzyknięciem podegrzewano żelatynę do 38° C. Do wstrzykiwania używałem strzykawki o pojemności 100 ctm. sz. Strzykawkę, ręce i miejsce wstrzykiwania każdorazowo należycie wyjaławiano. Żelatynę wstrzykiwałem zwykle pod skórę brzucha, samo wstrzykiwanie wykonywałem bardzo powoli i stopniowo. Przez pierwszą dobę po wstrzykiwaniu ciepłotę mierzono co 2 godziny, a następnie według zwyczaju przyjętego w klinice, o g. 6—7 rano i o g. 6 wieczorem. W każdym poszczególnym przypadku tak przez kilka dni przed wstrzykiwaniem, jak i kilka dni po wstrzykiwaniu mierzyłem dobową ilość moczu, ciężar gatunkowy, białko określałem według sposobu Brandberga i szczegółowo badałem osad. Wybrałem sposób Brandberga określania białka w moczu, stwierdziwszy przedtem osobiście i wielokrotnie sprawdziwszy liczby, otrzymane sposobami Esbacha, Brandberga i wagowym. Z tych porównawczych badań doszedłem do wniosku, że sposób Brandberga daje dość prawidłowe liczby, przy pewnej wprawie mało różniące się od liczb, otrzymywanych bardzo długim, uciążliwym, chociaż najściślejszym sposobem wagowym. Spostrzeżenia swoje zebrałem u 16 chorych, z nich u 7 w klinice dyagnostycznej, w czasie, gdy kierował nią Prof. K. Wagner, i u 9 w szpitalnej klinice

chorób wewnętrznych. Żeby czytelnik sam mógł osądzić, jak w jakim przypadku działa żelatyna, przytoczę tu krótkie historye chorób wszystkich przypadków, w których stosowałem żelatynę. Według stanu nerek dzielę przypadki na 3 grupy: do I. należą przypadki ze zdrowemi nerkami, do II — przypadki schorzeń nerkowych bez krwawienia z nerek, a do III — przypadki schorzeń nerkowych z krwawieniem z nerek. (C. d. n.).

W sprawie ran postrzałowych klatki piersiowej.

Napisał

Dr Henryk Goldberg,

ordynator szpitala św. Aleksandra w Łodzi.

Przypadek, który opisać zamierzam, godzien jest uwagi ze względu na wyniki sekcyi, które mogą wyjaśnić mechanizm i pochodzenie niejasnych spostrzeganych objawów.

Dnia 1. IX. 1909 do szpitala św. Aleksandra przywieziono P. D., 27-letniego mężczyznę, z raną postrzałową klatki piersiowej. P. D. postrzelony został przed godziną.

W okolicy 9. wyrostka kolczystego znajduje się wlot postrzału, średnicy koło 1 cm. (Rewolwer był systemu Mausera, wystrzał zaś nastąpił z odległości kilku sążni). Kierunek kanału postrzałowego idzie ku dołowi, przodowi i na lewo. W jamie opłucnej ani śladu wylewu krwawego lub odmy; w jamie brzusznej niema również żadnych objawów zranienia. Ciepłota prawidłowa, tętno 90, pełne i równe. Duszności niema.

W ciągu pierwszych 3 dni stan zadowalniający, na czwarty jednak wystąpiły objawy zatrważające, mianowicie silny ból w lewym boku, szczególniej przy kaszlu, duszność, tętno przyśpieszone. Ciepłota prawidłowa, krwioplucia niema.

5. IX. wyraźne stłumienie opukowe w lewym boku, sięgające do kąta łopatki; ponad nim przydźwięk bębenkowy. Oddech prawie zniesiony. Stan ogólny ciężki. Nakłucie poniżej kąta łopatki wykazuje płyn krwawy, bez domieszki ropy. Płynu tego wypuszczono koło 200·0. Więcej, pomimo przesuwania trójgrańca, wypuścić nie można było.

8. IX. Stan tensam. Bole, stłumienie, duszność bez zmiany, przydźwięk bębenkowy słabiej wyrażony. Ciepłota prawidłowa, tętno do 120. Odtąd bez wystąpienia nowych objawów stan chorego z dnia na dzień pogarsza się, aż nakoniec ranny 13. IX. umiera.

Oględziny pośmiertne wykazały, co następuje:

Po otwarciu jamy brzusznej widać przeponę silnie wypukloną ku dołowi. Otwarcie lewej opłucnej wykazało obecność odmy piersiowej; jama opłucnej wypełniona krwią płynną (koło 2 litrów); zrostu niema. Płuco przyciśnięte do kręgosłupa. Na przeponie leży kula karabinka systemu Mausera, z osłonką dobrze zachowaną. Badając od wewnątrz klatkę piersiową przekonałem się, iż dziewiąte żebro zostało obnażone wzdłuż górnego brzegu w linii łopatkowej na przestrzeni koło 3 cm, przyczem kula odbiła tutaj dwie podłużne kostne drzazgi, poprzecznego jednak złamania żebra niema. We wnęce lewego płuca wyczuwa się ostre cząstki ciała obcego, wielkości groszku; są to odłamki kostne, wklinowane w miąższ płuca. Opłucna przeponowa nosi ślady uszkodzeń od kuli w postaci podbiegnięć krwawych. Serce uciśnięte i przesunięte na prawo. Mięsień sercowy bez zmian. Zastawki półksiężycowate aorty zgrubiałe u podstawy; od podstawy ku wolnemu brzegowi wybroczyny, przyczem wsierdzie nie utraciło swego połysku, a postać zastawek pozostała prawidłowa. Na zastawkach tętnicy płucnej zmiany podobne, ale daleko słabiej wyrażone. Na zastawce dwudzielnej wyraźnych zmian niema, na trójdzielnej jednak wybroczyny krwawe u podstawy. W worku osierdziowym zmian nie znalazłem. Prawe płuco i narządy jamy brzusznej prawidłowe [1]).

Nie mam zamiaru rozwodzić się tutaj nad rzeczami ogólnie znanemi; chciałbym tylko zwrócić uwagę po pierwsze na mechanizm zranienia płuca, powtóre zaś na zmiany w sercu.

Wiadomo, że drążące rany postrzałowe płuca często wywołują powikłania. Kula, przebijając klatkę piersiową, rani płuco, zależnie od swego przebiegu, stanu wdechu lub wydechu i t. d. Miażdżąc żebro, często pociąga za sobą odszczepy kostne, które mogą wywoływać poważne uszkodzenia i wbijać się w płuco. W naszym jednak przypadku widzimy mechanizm odmienny. Kula uszkodziła płuca, a drzazgi kostne, odskakując, zraniły tkankę płucną samoistnie.

Zmiany, znalezione w sercu, rzucają nowe światło na zachowanie się tętna. Potoczne objaśnienie przyspieszenia tętna w danym przypadku polegało na przesunięciu serca, ucisku jego, podrażnieniu n. przeponowego i t. d. Wybroczyny jednak u nasady zastawek dowodzą bezpośredniego urazu serca, gdyż, jak przypuszczam, zmiany te nie dadzą się objaśnić inaczej. Przy nagle powstającej odmie piersiowej i dużym wylewie krwawym całe płuco zostaje odrazu wyłączone z obiegu krwi, a wtedy, jak myślę, może powstać zwrotna fala, która działa jako uraz na zastawki.

Nadesłane przez Komitet łódzki 30. XII 1909.

Oceny i sprawozdania.

Nowsze badania nad proteolitycznymi zaczynami i przeciwzaczynami we krwi

Sprawozdanie poglądowe.

podał

Stanisław Welecki

demonstrator Zakładu fizyologii U. J.

(Dokończenie).

Już Jochmann i Müller, używając do badań swej własnej metody, stwierdzili, że kropla krwi osobnika chorego na białaczkę szpikową, lub utarty kawałek szpiku kostnego, położone na płytkę Löfflerowską, wywołują w niej głębokie nadżarcia. Nie czyni tego krew chorego na białaczkę limfatyczną lub miazga gruczołu limfatycznego.

Stwierdzili oni również bardzo wybitne różnice w zachowaniu się ropy t. zw. zimnej i ropy gorącej wobec płytki Löfflera. Ropa gorąca, t. j. pochodząca z ostrych ropni zapalnych, wywoływała na skrzepłej surowicy znaczne, na pierwszy rzut oka widoczne zagłębienia, natomiast treść ropni gruźliczych poprostu zasychała na niezmienionej powierzchni. Ropa bowiem gorąca składa się w przeważnej części z leukocytów wielojądrzastych, które, jak to poprzednie doświadczenia wykazały, zawierają silny i obfity ferment proteolityczny; natomiast głównym składnikiem ropy gruźliczej są prócz szczątków obumarłej tkanki limfocyty, które według badań Jochmanna i Müllera żadnego fermentu proteolitycznego nie zawierają. Własności trawienia białka nabiera ropa gruźlicza dopiero wtedy, jeżeli do miejsca schorzałego wtargną także drobnoustroje ropne, a co za tem idzie, jeżeli nagromadzą się tam także i leukocyty wielojądrzaste.

Ostatecznym dowodem, że ferment znajdowany w ropie pochodzi z ciałek białych, były wyniki badań Locke-

[1]) Preparat płuca pokazałem na posiedzeniu łódzkiego Towarzystwa lek. w d. 22. IX. 1909.

mana i Jochmana, którzy ze szpiku kostnego, śledziony białaczkowej i prawidłowej, wreszcie z treści ropni t. zw. chemicznych, t. j. wywołanych przez wstrzyknięcie podskórne olejku terpentynowego, otrzymali większe ilości fermentu w stanie czystym. Postępowali oni w ten sposób: Materyał wyżej wymieniony poddawano autolizie przez przeciąg 24 godzin o ciepłocie 55°, strącano go wyskokiem, a ze strątu sporządzano wyciąg glicerynowy. W wyciągu tym był już ferment czynny, który przez powtórne strącanie wyskokiem udało się wyosobnić. Ponieważ dalsze badania nad fermentem w ten sposób wyosobnionym wykazały, że działanie jego jest zupełnie analogiczne do działania trypsyny, którą łatwo i w większej ilości można otrzymać z trzustki bydlęcej i świńskiej, przeto w dalszych doświadczeniach używali Lockemann i Jochmann trypsyny (z fabryki Kahlbauma), do której w celu uniknięcia gnicia, a bez szkody dla jej działania dodawali 0,5% fenolu.

Obecnością tego proteolitycznego fermentu w ropie »gorącej« tłómaczy Müller szybki i daleko idący rozpad tkanek, zajętych sprawą ropną, ferment ten bowiem nietylko zdoła nadtrawić skrzepłą surowicę na płytce Löfflera, rozpuszcza on również szybko białko i niszczy komórki ustroju w ognisku ropnem.

Może nie w całej rozciągłości, jednak możnaby tutaj zastosować poniekąd prawo psychofizyczne Webera-Fechnera: przy wzrastaniu bodźca w stosunku geometrycznym odczyn wzrasta w stosunku arytmetycznym, czyli, że odczyn stoi w stosunku prostym do logarytmu bodźca. W ropniach »gorących« tak wiele bowiem gromadzi się leukocytów wielojądrzastych, że po ich rozpadzie nadmierna ilość fermentu nie tylko nie jest dla ustroju potrzebna, ale wprost szkodliwa. Szkody zaś nietylko są miejscowe, lecz i ogólne. Miejscowo przychodzi do rozpuszczenia wielkiej ilości tkanki, która nadtrawia wywiązany z leukocytów ferment. Skutkiem tego przychodzi do utraty tkanki, zniekształcenia, a czasem do całkowitej lub choćby tylko częściowej utraty zdolności do pracy danego narządu. Ropienie takie często mimo usunięcia przez nacięcie bardzo znacznej ilości czynników zakaźnych i leukocytów drąży wgłąb, nadmiar bowiem powstałego fermentu wywołuje coraz większy napływ leukocytów, coraz głębsze rozpuszczanie tkanek. Ograniczone nawet ropienie nie jest sprawą obojętną dla całego ustroju. Zatrucie produktami rozpadu leukocytów białka ustrojowego i mikrobów objawia się gorączką, dreszczami i t. p. innymi znanymi objawami klinicznymi; że to stoi w związku z fermentami, wykazał Jochmann: w silniejszych stężeniach wstrzykiwany ferment leukocytów wywołuje gorączkę, zupełnie podobną do gorączki w toku ropnia.

Różnica co do zawartości fermentu w leukocytach i limfocytach zachodzi nietylko u ludzi, ale również i u niektórych małp i u psa (Jochmann).

W surowicy krwi ludzkiej znajduje się również przeprzeciwzaczyn (antyferment), który zobojętnia działanie fermentu leukocytów wielojądrzastych. Jeżeli zmiesza się na szkiełku zegarkowem kroplę ropy i kroplę surowicy krwi i tę mieszaninę wyleje się na płytkę Löfflerowską, to nie występuje nadtrawienie, spostrzegane podczas działania samej ropy. Przeciwzaczynu tego nie znaleziono dotychczas w prawidłowym moczu ani w żółci, ani w płynie mózgowo-rdzeniowym, ani w mleku kobiecem, natomiast jest go wiele w moczu, zawierającym białko, w płynie puchlinnym z otrzewnej i wodniaka jądra. Müller i Kolaczek badali te stosunki zapomocą wyżej wspomnianej metody o przesiękach i wysiękach i stwierdzili, że płyn z wysięku posiada własności trawiące wtedy, jeżeli zawiera dużo leukocytów wielojądrzastych. Wysięk, z którego przedtem usunięto składniki morfotyczne zapomocą wirownicy, tylko wtedy posiada własności trawiące, jeżeli jeszcze przed wypuszczeniem leukocyty wielojądrzaste, w nim zawarte, uległy rozpadowi, wskutek czego wytworzony zaczyn zobojętnił przeciwzaczyn a nadmiar zaczynu jeszcze pozostał w roztworze.

W przesiękach jest zwyczajnie tem większa ilość antyfermentu, im większa ilość białka; w wysięku stoi ilość antyfermentu w prostym stosunku do ilości białka, a w odwrotnym do ilości rozpadłych leukocytów. Surowica krwi stale zawiera mierną ilość antyfermentu.

Jochmann i Kantorowicz, badając wpływ proteolitycznego fermentu leukocytów wielojądrzastych na ustrój zwierzęcy, starali się rozstrzygnąć dwa interesujące pytania: 1. czy przez wstrzyknięcie zwierzęciu fermentu proteolitycznego można zmniejszyć zdolność hamującą surowicy wobec nadtrawiania przez ropę płytek Löfflerowskich i 2. — czy przez dłuższe wstrzykiwanie fermentu można wywołać zwiększenie ilości antyfermentu w surowicy czyli poprostu uodpornić zwierzę na ferment proteolityczny.

Aby uzyskać pewne ilościowe wskazówki, Jochmann i Kantorowicz zmodyfikowali nieco pierwszą z wyżej podanych metod. Mianowicie ropę »gorącą«, której używali jako czynnika trawiącego, rozcieńczali w stosunku 1:2, 1:4, 1:8, przygotowując w ten sposób skalę coraz słabiej trawiącego czynnika. Dopiero z tych rozcieńczonych próbek brali pętlą kroplę i mieszali na szkiełku zegarkowem z badaną surowicą. Później, gdy wyosobniono ferment z leukocytów, metoda ta stała się niepotrzebną, można było bowiem już czystym fermentem miareczkować surowicę. Doświadczenia w celu rozstrzygnięcia wyżej wspomnianych zagadnień urządzili Jochmann i Kantorowicz tak, że wstrzykiwali królikom podskórnie lub śródżylnie ferment z leukocytów lub pankreatynę, następnie brali z tych królików surowicę do badania.

Przez doświadczenia te stwierdzili ci badacze, że bezpośrednio po wstrzyknięciu fermentu zmniejsza się siła hamująca surowicy, coby świadczyło, że wstrzyknięty ferment związał się, choćby częściowo, z antyfermentem i zobojętnił jego działanie. Po niedługim jednak czasie wzmogła się zdolność hamowania trawienia. Ilość antyfermentu widocznie więc wzrosła, a temsamem nasuwa się przypuszczenie, że zwierzę zostało uodpornione przeciw podanemu fermentowi.

Ci sami badacze znaleźli podobne zmiany w surowicy po wstrzykiwaniach trypsyny zamiast proteolitycznego fermentu leukocytów, i w ten sposób potwierdzili istnienie w surowicy krwi antypankreatyny, odkrytej przez Achalmea. Ciepłota 60° znosiła działanie hamujące surowicy, niszcząc prawdopodobnie tak antyferment, jak i antypankreatynę.

Jednakże niektóre spostrzeżenia naprowadziły na myśl, że antyferment i antypankreatyna są substancyami identycznemi. Jeżeli mianowicie w surowicy zobojętniono antyferment odpowiednią ilością fermentu leukocytów, tak że wytworzona z tego mieszanina ani hamujących ani trawiących własności nie posiadała, to wysycanie to jednym fermentem znosiło także działanie drugiego antyfermentu; to jest w tym przypadku antypankreatyny. I naodwrót przy zobojętnianiu antypankreatyny znikało również działanie antyfermentu leukocytów. Stwierdzono również, że u zwierzęcia, uodpornionego jednym fermentem, wytwarza się odporność przeciw obu.

Fakt, że dwa fermenty są identyczne, tłómaczyłby zjawisko, że niektóre zwierzęta (króliki), chociaż nie posiadają fermentu leukocytowego, jednakże uodporniane tym fermentem, wytwarzają antyferment. Połączenie, wytwarzające się po związaniu fermentu z antyfermentem, nie ulega rozszczepieniu pod wpływem ciepła. Mimo podgrzania do ciepłoty, w której ginie antyferment (60°), nie uwalnia się ferment, jakkolwiek tę ciepłotę bez szkody przenosi.

Wśród tych badań znaleziono w prawidłowej surowicy krwi antypepsynę, znajdowaną już dawniej w błonie śluzowej żołądka; jej to właśnie obecnością tutaj tłómaczyć należy to, że prawidłowa błona śluzowa żołądka nie ulega strawieniu; znaleziono ją również w płynie z wysięków i obrzęków.

Dokładniejsze badania w tym kierunku wykazały, że znajdują się właściwie dwa rodzaje antypepsyny. Jeden ro-

dzaj hamuje nadtrawianie skrzepłej surowicy krwi przez ropę i pepsynę i już w ciepłocie 80°—85° się rozpada, drugi zaś powstrzymuje strawianie białka jaja kurzego i bez zmiany znosi ciepłotę 100° C.

Ze wspomnianymi powyżej wynikami tylko częściowo zgadzają się wyniki badań Mięsowicza i Maciąga, wykonanych w klinice lekarskiej krakowskiej. Wstrzykiwali oni różnogatunkowym zwierzętom w różnych odstępach czasu trypsynę (z fabryki Grüblera), nigdy jednak nie zauważyli stałego wzmożenia siły hamującej surowicy. Jedynie u świnek morskich występowało w 24—48 godzin znaczne (czasem w dwójnasób) wzmożenie siły antytryptycznej surowicy. Ani w 12 godzin, ani w 3 dni po wstrzyknięciu nie było śladu zwiększenia się ilości antyfermentu. Objaw ten występował w doświadczeniach tych badaczy dopiero po drugiem lub trzeciem wstrzyknięciu, po dalszych wstrzykiwaniach już nie występował.

Wyniki badań teoretycznych starano się wyzyskać dla medycyny praktycznej jużto w celach rozpoznawczych, już leczniczych.

Surowica krwi, stale zawierająca mierną ilość antyfermentu, traci swoje własności hamujące podczas rozejścia się wysięku w zapaleniu płuc włóknikowem wskutek tego (Bittdorf, Arcoli i Bezzola, Kolaczek), że znaczna ilość rozpadających się w tym okresie leukocytów wywiązuje tyle fermentu proteolitycznego, że zobojętnia on antyferment. W kilka dni później wzrasta jednak znacznie ilość antyfermentu w surowicy tego samego chorego.

Wiens badał te stosunki w surowicy krwi w przebiegu tych chorób zakaźnych ostrych, które pociągają za sobą zwiększenie się ilości wielojądrzastych ciałek białych we krwi. Znalazł on, że w początkach tych chorób wzmaga się własność hamowania trawienia, później opada poniżej normy, albo zupełnie znika; następnie podczas pomyślnego przebiegu choroby wraca ilość antyfermentu powoli do normy, podczas niepomyślnego zwiększa się nagle.

Brieger i Treebing, a później Mięsowicz i Maciąg badali pod względem siły antytryptycznej surowicę chorych na raka. Autorowie ci, jakoteż i Bergman i Mayer stwierdzili u 20% chorych na raka wzmożenie się siły antytryptycznej surowicy.

Z badań swoich wnoszą Mięsowicz i Maciąg, że wzmożenie siły antytryptycznej należy z wielką tylko ostrożnością przy braku innych objawów klinicznych wyraźnych, uważać za szczegół przemawiający za rozpoznaniem raka, zwłaszcza wobec tego, że ten sam objaw występuje przy wielu innych chorobach w podobnym stopniu. Nie można jednak metodzie tej odmówić, zdaniem tych autorów, znaczenia rozpoznawczego, jeżeli się równocześnie z nią uwzględni wszystkie inne środki kliniczne, służące do rozpoznania tej choroby.

Cisami autorowie stwierdzili wzmożenie się siły antytryptycznej surowicy krwi nawet w stosunkowo wczesnych okresach gruźlicy, w niektórych chorobach krwi, jakoto w ciężkiej limfemii i niedokrwistości złośliwej, również w chorobie Basedowa.

Dość obszerne piśmiennictwo istnieje już dzisiaj również co do leczenia fermentami i antyfermentami spraw ropnych ostrych i miejscowych schorzeń gruźliczych. Müller i Peiser, a później Kantorowicz używali do leczenia ropni »gorących« płynów, zawierających antytrypsynę: do nakłutych lub naciętych ropni gorących po wypuszczeniu ropy wstrzykiwali oni płyn z wodniaka jądra lub z puchliny brzusznej.

Przyjmując bowiem, że w ropniu gorącym czynnikiem szkodliwym są nietylko bakterye, ale także wielka ilość wytworzonego fermentu proteolitycznego, musieli ci badacze iść konsekwentnie dalej i zbadać, czy rzeczywiście występują jakie zmiany w gojeniu się ropni, o ile leczyć się je będzie antyfermentem.

Bakterye same, jako takie, zwłaszcza podczas ropienia w grę wchodzące paciorkowce i gronkowce, nigdy nie wywołują rozpuszczania tkanek. kawałki tkanki zanurzane w hodowle wspomnianych mikrobów i pozostawione w ciepłocie najlepszej dla trawienia na dłuższy czas, nigdy nie okazują nawet śladów rozpuszczenia. Przeciwnie, jeżeli takie kawałki tkanek zanurzyć wprost do ropy z gorącego ropnia, wtedy i tu »in vitro« występuje rozpad i strawianie badanej tkanki, objaw, który spotykamy z reguły wśród przebiegu spraw ropnych. Najwybitniej widać to na grubych pniach nerwowych, zanurzonych do ropy, uprzednio wyjałowionej. Wtedy rozpad tkanki tej już bez udziału bakteryi idzie o wiele szybciej i energiczniej, niż w naturze; to samo dzieje się ze ścięgnami, w podobny sposób traktowanymi. Ropa jednak, której ferment przez podgrzanie ponad 80° zniszczono, już nie ma własności proteolitycznych. Aby wyłączyć działanie bakteryi, wystarczy postawić probówki w ciepłocie 52° w cieplarce.

Sprawa ta w ustroju przebiega zupełnie analogicznie: krew broni tkanki przed nadmiernem rozpuszczeniem przez ferment proteolityczny; los tej tkanki zależy od tego, czy weźmie górę czynnik trawiący, t. j. ferment pochodzący z rozpadłych leukocytów, czy też czynnik ochronny, t. j. antyferment surowicy krwi.

Leczenie więc antyfermentami ma pewne podstawy. Przez nacięcie bowiem ropnia wypuszczamy z niego wprawdzie większą część materyału zakaźnego i ciałek białych, a z nimi i fermentu proteolitycznego, w ścianach jednak ropnia znajdują się całe masy leukocytów wielojądrzastych, które rozpadłszy się wywiązują ferment. O ile niema w otoczeniu tak wiele antyfermentu, aby tę ilość fermentu zobojętnić, to znowu tkanka otaczająca ulega rozpuszczeniu. Tutaj to otwiera się pole do leczenia antyfermentem, jako uzupełnienia leczenia chirurgicznego. I rzeczywiście leczenie to, zwłaszcza w zastosowaniu do ograniczonych spraw ropnych, dało dobre wyniki.

Równocześnie z temi badaniami rozpoczęto również próby leczenia fermentami proteolitycznymi niektórych postaci gruźlicy miejscowej. Baczne bowiem obserwowanie działania mieszanki jodoformowo-glicerynowej, używanej zwyczajnie w leczeniu gruźlicy miejscowej, doprowadziło do wniosku (Heile, Müller, Kolaczek), że mieszanka ta działa jedynie dzięki swym własnościom leukotaktycznym: wstrzyknięta do ogniska gruźliczego mieszanka wywołuje szybki napływ leukocytów wielojądrzastych, które rozpadając się, wywiązują ferment proteolityczny; ten dopiero trawi i rozpuszcza tkankę gruźliczą, produkta tego rozpadu zostają wessane, a miejsce tkanki gruźliczej zajmuje następnie tkanka bliznowata. Ponieważ jednak leczenie mieszanką jodoformową wskutek czasem występującego toksycznego działania nie jest wolne od wszelkiego niebezpieczeństwa, rozpoczęto próby leczenia tych schorzeń fermentami proteolitycznymi. I tutaj nie używano fermentu z leukocytów, bo jego otrzymywanie jest zbyt kosztowne i zbyt wiele czasu zabiera, a działanie trypsyny (Kahlbauma) prawie zupełnie jest identyczne z działaniem endoenzymu leukocytów; przeto i do tych prób stosowano trypsynę 1% w fizyologicznym rozczynie soli kuchennej z dodatkiem 0,5% fenolu. Zdrowej tkanki rozczyn nie narusza (Jochmann), prawdopodobnie dlatego, że krążący w ustroju antyferment odrazu wprowadzoną trypsynę zobojętnia; przy użyciu tak słabych rozczynów nie zauważono również nigdy gorączki, ani innych objawów ogólnych, jakie spostrzegano przy wstrzyknięciu podskórnem bardzo silnych rozczynów.

Leczenie takie dawało przy gruźlicy części miękkich wyniki dobre, a przebieg jego był następujący: Wokoło ropnia gruźliczego, do którego po wypuszczeniu treści wstrzyknięto trypsynę, tworzy się tak wśród skóry, jak i głębiej wał ziarninowy, odcinający się wyraźnie od otoczenia i od treści ropnia. Treść ta, poprzednio złożona z półpłynnych mas serowatych, rozpływa się, przybiera barwę brunatną i zawiera mnóstwo strzępów tkanki. Po drugiem i trzeciem wstrzyknięciu ten wał ziarninowy posuwa się coraz bardziej współśrodkowo, treść staje się prawie surowiczą, wreszcie

zostaje sam otwór wkłucia, którego brzegi czasem ulegają martwicy, i to jednak wnet goi się pod maścią przeciwgnilną. Leczenie takie trwało około 10 dni; przez dwa tygodnie później zawsze można było zauważyć twardy naciek, który jednak potem sam ginął.

Leczenie gruźlicy kości tą metodą nie przyniosło tak dobrych wyników.

Znakomicie miało działać posypywanie trypsyną lub pankreatyną ran miażdżonych, gdzie jeszcze nie oddzieliły się wszystkie strzępy obumarłe, oraz ran i owrzodzeń, pokrytych gęstą skrzepłą wydzieliną: strzępy obumarłe oddzielają się, skrzepła wydzielina rozpuszcza się prawie w jednej dobie, przez co oczyszczona rana wnet wypełnia się zdrową tkanką ziarninową.

Te wyniki pracy teoretycznej, jakoteż wyniki lecznicze i rozpoznawcze, otrzymane zapomocą fermentów proteolitycznych białych ciałek krwi i im odpowiadających antyfermentów, świadczą, że jest to sprawa wielce aktualna, i jakkolwiek dzisiaj jeszcze nie wszystkie własności fermentów proteolitycznych i antyfermentów zbadano, przypuszczać należy, że dzięki coraz energiczniejszym w tym przedmiocie badaniom medycyna praktyczna w tych dwu substancyach znajdzie ważny środek pomocniczy w rozpoznawaniu ukrytych spraw chorobowych, a może i dzielny środek leczniczy.

Piśmiennictwo.

1) Ascoli i Bezzola. Berl. klin. Wochensch. 1903 Nr 17. — 2) Bergmann i Mayer. Berl. klin. Woch. 1908 Nr 37. — 3) Brieger i Treebing. Berl. klin. Woch. 1908 Nr 22. 29. — 4) Bittdorf. Deutsch. Arch. f. klin. Medic. Bd. 91. — 5) Müller i Peiser. Münch. med. Woch. 1908 Nr 17. — 6) Jochmann i Baetzner. Münch. med. Woch 1908 Nr 47. — 7) Kolaczek. Münch. med. Woch. 1908 Nr 51. — 8) Kolaczek. Zeitschr. f. klin. Chirurg. Bd. 61. 1. Heft. — 9) Müller i Peiser. Beitr. z. klin. Chir. 60 Bd. 1908. — 10) Kantorowicz. Zeitschr. f. klin. Med. 66 Bd. — 11) Jochmann i Kantorowicz. Münch. med. Woch. 1908 14. — 12) Jochmann i Lockemann. Hofmeisters Beitr. 08. XI B. — 13) Wiens. Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 91. — 14) Kantorowicz. Münch. med. Woch. 1909 Nr 18. — 15) Kantorowicz. Münch. med. Woch. 1909 Nr 28. — 16) Mięsowicz i Maciąg. Przegląd lekarski 1909.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

F. Berger i J. Tsuszija. **W sprawie patogenezy niedokrwistości złośliwej.** (Deutsches Arch. f. kl. Med. 1909, T. 96. Z. 3—4). Autorowie wyosobnili w przypadkach złośliwej niedokrwistości z błony śluzowej żołądka i jelit istotę tłuszczową, posiadającą własności hemolityczne 10 razy silniejsze, niż lipoid prawidłowych błon śluzowych. Istota ta, podawana zwierzętom, czy to wewnętrznie, czy podskórnie, wywoływała objawy słabej, ale wyraźnej niedokrwistości, a co ważniejsza, niedokrwistość ta, choć słaba, okazywała cechy niedokrwistości złośliwej. Natomiast lipoid, pochodzący z błon śluzowych prawidłowych, działa znacznie mniej wybitnie i słabiej. Potem powiodło się autorom stwierdzić w błonach śluzowych psów, u których wprzód sztucznie wywołali ciężki nieżyt żołądka i kiszek, istotę tłuszczową podobną w działaniu hemolitycznem do tej, którą znajdywali w przypadkach niedokrwistości złośliwej. Na tej podstawie wnoszą autorowie, że przypadki niedokrwistości złośliwej o nieznanem podłożu należy tłómaczyć działaniem hemolitycznem lipoidów, z wtórną niedomogą szpiku kostnego; lipoidy zaś te wytwarzają się w błonie śluzowej przewodu pokarmowego. Okolicznością, przyczyniającą się do powstawania tych lipoidów, zdaje się być przewlekły nieżyt dróg pokarmowych. Stahr.

V. Audibert i F. Monges. **Autoseroterapia puchliny brzusznej.** (Presse méd. 1910, Nr 10). Autorowie powzięli pierwsi myśl stosowania płynu z puchliny brzusznej w celu leczenia tejże puchliny. Ten sposób leczenia nazwali »autoseroterapią puchliny brzusznej«. Zaczęli go zaś stosować w postaciach puchliny, leczeniu najbardziej się opierających, a mianowicie puchliny pochodzenia wątrobnego. Technika jest bardzo prosta: po oczyszczeniu i znieczuleniu skóry dobywa się strzykawką Luera płyn z jamy brzusznej i nie wyciągając igiełki w zupełności, wkłuwa się ją drugi raz pod skórę i wstrzykuje się tego płynu puchlinowego za pierwszym razem 3 cm³, a potem co sześć dni zabieg ten się powtarza. Autorowie nie wstrzykują podskórnie nigdy ponad 10 cm³. Bolu, ani odczynu miejscowego, ani ogólnego nigdy nie zauważyli. Wyniki uzyskali zadowalniające i dochodzą do następujących wniosków: 1) Autoseroterapia puchliny brzusznej jest zabiegiem zupełnie niebolesnym i nie wywołuje żadnych zaburzeń ani miejscowych, ani ogólnych. 2) Nie wpływa zupełnie ani na ciepłotę, ani na wydzielanie chlorków lub moczanów, 3) a przeciwnie wywołuje obfite wydzielanie moczu, które się utrzymuje, chociaż chorego pożywiać. 4) Rychło ustępuje puchlina brzuszna, a równocześnie poprawia się ogólny stan chorego. 5) Dobrze jest równocześnie stosować dyetę, zawierającą mało chlorków (mleczną), ale koniecznie trzeba wstrzykiwać większe dawki z chwilą, odkąd się choremu daje jeść. 7) Wreszcie należy sposobu tego zawsze próbować w przypadkach nawracającej się puchliny brzusznej, bo sposób ten dał autorom dobre wyniki, kiedy już wszelkie inne usiłowania lecznicze zawiodły. Stahr.

Gilbert. **Autoseroterapia surowiczo-włóknikowego zapalenia opłucnej.** (Revue médic. de la Suisse rom. 1910, T. XXX., Nr 1). Metodę swoją zalecał G. już w r. 1891. Metoda ta, polegająca na wstrzykiwaniu pod skórę chorym na surowiczo-włóknikowe zapalenie opłucnej dobytego z chorej jamy opłucnej wysięku, opiera się na poszukiwaniach Debovea i Rémonda, którzy starali się stwierdzić obecność tuberkuliny w wysiękach zapalnych jamy otrzewnej u chorych na gruźlicę. Z licznych doświadczeń tych autorów wynikało, że istnieją w wysiękach ustroju gruźliczego przetwory podobne, jeśli nie identyczne z tymi, które Koch nazwał tuberkuliną. Wtedy to Gilbert powziął myśl stosowania wysięku opłucnego w celu leczniczym. Zachęcony pierwszemi próbami, stosuje G. sposób ten od kilku lat i obecnie stwierdza, że sposób jego w większości przypadków był skuteczny i powinienby wejść w codzienny praktyczny użytek. G. nigdy nie wstrzykiwał chorym pod skórę więcej, niż 2—3 cm³ płynu przez nakłucie dobytego i ponawiał wstrzyknięcia tylko wtedy, jeśli po 2 lub 3 dniach nie dało się stwierdzić wyraźne ubywanie wysięku. Niektórzy autorowie uważali za potrzebne wstrzykiwać 5 i 10 cm³ i powtarzać wstrzykiwania co 2—3 dni. G. uważa te dawki za przesadzone i niekorzystne. Najczęściej wystarczały mu 2 lub 3 wstrzyknięcia po 2 cm³. Leczenie to nie jest wcale niebezpieczne. Wstrzykiwać można w tej samej chwili, kiedy stwierdzono nakłuciem wysięk, bez uprzedniego nawet powiadomiania o tem chorego. Często dokonywał G. tego zabiegu w czasie ordynacyi u siebie w domu: G. stwierdził po wstrzykiwaniach trzy objawy podmiotowe: 1) Ciepłota podnosi się o 1 lub 2 stopnie, 2) wysięku ubywa rychło i znika on w zupełności w ciągu 6—10 dni, a 3) wreszcie zjawia się obfite moczenie, czasem i poty, co idzie w parze ze spadkiem gorączki i ubywaniem wysięku. Podmiotowo poprawa bywa nieraz też bardzo rychłą. Z trzech wspomnianych objawów najmniej stałym jest pierwszy. Na podstawie doświadczeń Debovea i Rémonda w sprawie wysięku otrzewnego można temu odczynowi termicznemu przypisywać znaczenie rozpoznawcze, co się tyczy przyrody zapalenia opłucnej. Tego samego zdania jest i Landolfi, a mianowicie sądzi on, że sposób ten można uważać nietylko za sposób autoseroterapeutyczny, ale i za autoserodyagnostyczny dla gruźlicy. W praktyce codzien-

nej, gdzie trudno o badanie cytologiczne wysięku, może dać ten sposób cenne wskazówki. Z początku stosował G. sposób swój tylko w przypadkach gruźliczego zapalenia opłucnej wysiękowego, później przekonał się, że wszystkie zapalenia o wysięku surowiczo-włóknikowym bez względu na tło nadają się do tego leczenia. Najlepsze wyniki daje ten sposób, jeśli się go stosuje z samego początku choroby, a prawie zupełnie nie pomaga, jeżeli wysięk trwa już około 3 tygodni, bo wtedy opłucna traci zdolność chłonienia z powodu zmian chorobowych lub z powodu wzmożonego ciśnienia, wywieranego przez zbyt wielką ilość płynu. Stahr.

A. Czerny. **Skaza wysiękowa, zołzy, a gruźlica.** (Zjazd lekarzy niem. w Salzburgu, 1909). Nowy obraz »skazy wysiękowej«, wprowadzony do kliniki przez autora, obejmuje następujące objawy: łuszczycę języka (Landkartenzunge), załupieżenie ciemiączka (Gneiss), słodki strup, świerzbiączkę (prurigo), pokrzywkę, ognik (strophulus), dychawicę, oraz skłonność do zapaleń gardła, migdałków i powiek. Skaza ta pojawia się tak wcześnie, że należy ją uważać za wrodzoną. Pojawia się ona wcześniej, zanim zazwyczaj następuje zakażenie gruźlicze i jest to obraz chorobowy, nie mający nic wspólnego z gruźlicą. Dowodzi tego również ta okoliczność, że odczyn skórny tuberkulinowy Pirqueta u względnie małej liczby dzieci w pierwszym roku życia bywa dodatnim. Skaza wysiękowa często bywa utajoną aż do wyzwolenia jej przez szczepienie ochronne krowianką, co wywołało przypuszczenie szkodliwości tego szczepienia. Dlatego autor radzi w dziedzicznie obciążonych rodzinach czekać w czasie wolnym od ospy ze szczepieniem aż do końca drugiego roku życia. Postać »zołzów« uważa C. za niejasną i nieokreśloną, którą można w wielu przypadkach usunąć przez zastosowanie odpowiedniej dyety. Skazy wysiękowej nie napotykał C. częściej, ani wybitniej w rodzinach, w których pojawiała się gruźlica, natomiast bardzo często u dzieci rodziców neuropatycznych i psychopatycznych. Skaza ta, jest to zdaniem C. wrodzona wadliwość w chemizmie ustroju, której objawy uwidoczniają się pod wpływem przekarmiania. Dr Blassberg.

Mandelbaum. **Nowa prosta metoda rozpoznawania duru brzusznego.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 4). Metoda, której łatwą i prostą technikę autor w swej pracy podaje, opiera się na fakcie, że bakterye durowe rosną w bulionie, do którego dodano surowicy chorego durowego, w postaci długich nitek i łańcuchów, co już po 4 godzinach w kropli wiszącej stwierdzić można. Autor jest zdania, że próba ta występuje wcześniej, niż odczyn Widala, że można z pomocą niej odróżniać dur od paratyfusu, chorobę obecną od odczynu po dawniej przebytym durze, a nawet wykrywać t. zw. roznosicieli duru.

Dr M. Godlewski.

Heger. **W sprawie leczenia zapomocą fibrolizyny zesztywniałych stawów.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 5). Wszyscy chorzy leczeni byli równocześnie kąpielami w Oyenhausen, stosowano też miesienie i elektryzacyę. Fibrolizynę ogrzaną do 45° wstrzykiwano w okolicę pośladków, bez względu na siedzibę zmiany chorobowej. Ilość wstrzykiwań 10—20. We wszystkich przypadkach stwierdzić było można wpływ dodatni, który autor przypisuje przedewszystkiem fibrolizynie, uważając ją za bardzo cenny środek. Dr M. Godlewski.

Schichhold. **Leczenie kierowane na migdałki przy t. zw. schorzeniach gośćcowych.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 6). Nie ulega wątpliwości, że zarazek dostaje się przy sprawach gośćcowych do ustroju przez migdałki, wywołując i podtrzymując zapalne zajęcie stawów. Jednak badanie, zwykłą metodą dokonywane, nie zawsze stwierdza zmiany w migdałkach; aby je widzieć, należy — postępując za radą Güricha — przybliżyć migdałek, wciągając go za łuk przedni — wtedy odsłania się cały, a na sondzie Güricha widzimy wtedy bardzo często ropę. Autor otrzymywał doskonałe i trwałe wyniki, niszcząc migdałek doszczętnie sposobem przez Güricha podanym (patrz opis); najczęściej praktykowana metoda usuwania migdałków zapomocą tonsylotomii, jest zdaniem autora zupełnie niewystarczająca. Dr M. Godlewski.

Curschmann. **Stosunek zapalnych zmian migdałów do chorób zakaźnych.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 6). Stosunek zapalenia gardła do zmian gośćcowych nie ulega dzisiaj żadnej wątpliwości; niektórzy przyjmują tę drogę, jako wrota zakażenia przy durze brzusznym, autor spostrzegał zaś cały szereg zapaleń nerek, zwłaszcza postaci krwotocznych, uleczonych przez usunięcie migdałków. Zdaniem autora wywołują je toksyny mikrobów ropnych, usadowionych w zaułkach ropiejących migdałków. W sprawach tych, w których często z moczu wyhodować było można bakterye ropne, działały nieraz bardzo dobrze środki odkażające mocz, jak urotropina i helmitol.

Dr M. Godlewski.

Roth. **Sprawozdanie w sprawie leczenia gruźlicy zapomocą t. zw. JK Spenglera.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 6). Chociaż swoiste działanie tego środka nie da się zdaniem autora zaprzeczyć, to jednak badania na chorych, przez autora przedsiębrane, świadczą z wszelką pewnością, że poprawianie się cięższych postaci gruźlicy pod wpływem tego środka uważać należy za wyłączone.

Dr M. Godlewski.

Ohm. **Przyczynek do fotograficznego zdejmowania tętna.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 7). Promień, odbity od zwierciadełka, przyklejonego nad tętnicą sprychową, wpada do fotograficznego kimografionu. Zdjęcia są bardzo wierne, gdyż nie wchodzą tu w grę źródła błędów dotychczasowych przyrządów, a przedewszystkiem zależność od obciążenia i bezwładności przyrządu. Dr M. Godlewski.

Roetlisberger. **Kliniczny sposób ilościowego oznaczenia kwasu moczowego w surowicy krwi.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 7). Zapomocą sposobu, podanego przez autora, można z łatwością w kropli krwi oznaczyć ilościowo kwas moczowy. Metoda ta ma wielką zaletę operowania małą bardzo ilością krwi (Blut-Uricometer Dra Roethlisbergera dostać można u A. G. M. Schaerera w Bernie). Dr Maryan Godlewski.

Neurologia i psychiatria.

L. Guinon i Adam Rydel (Kraków). **Ogólny postępujący zanik mięśni typu Charcot-Marie.** (Arch. de méd. des enf. 1909, Nr 8). Guinon spostrzegał klinicznie przypadek ogólnego zaniku mięśniowego u dziecka 6-letniego. Zwyrodnienie mięśni obejmowało najsilniej mięśnie kończyn, mniej silnie mięśnie tułowia. Badanie elektryczności wykazywało zanik skurczów przy podrażnieniach tak galwanicznych, jak i faradycznych, w mięśniach przednich goleni z wyjątkiem zginacza palca wielkiego. Mięśnie łydki okazywały typowe objawy zanikowe. Mięśnie uda i przedramienia nie okazywały zmian, w mięśniach palca I. i V. na dłoni wybitny odczyn zwyrodnienia. Dziecko zmarło wskutek powikłań, po płonicy. Rydel podjął się mozolnego zadania, zbadania mikroskopowego rdzenia, kilku nerwów obwodowych i kilku mięśni. Badanie przeprowadził metodą Weigerta, Weigerta-Pala i van Giesona. Rdzeń zbadano w różnych wysokościach, od okolicy dolnej lędźwiowej, do górnej szyjnej. Badanie wykazało: 1) Symetryczne stwardnienia (sklerozy) powrozków tylnych, zwłaszcza powrózka Golla w okolicy korzonkowej tylnej. 2) Zmiany komórek rogów przednich, polegające na zaniku komórek i zmniejszeniu się ich ilości. 3) Zwyrodnienie korzonków przednich i tylnych, jakoteż nerwów obwodowych. 4) Zwyrodnienie szeregu mięśni, dochodzące aż do zupełnego zaniku. Opisane wyniki badania zwyrodnień w danym przypadku różnią się wybitnie od opisywanych dotychczas przypadków typu Charcot-Marie (Sainton, Marinesco, Dejérine i Armand Delille), gdyż w żadnym nie zauważono tak wyraźnej przewagi zmian w powrózku Galla, a zwłaszcza w okolicy korzonkowej tylnej. Te zwyrodnienia, stwierdzone w danym przy-

padku, przypominają obrazy rozwojowych okresów rdzenia, otrzymanych przez Flechsiga i Trepińskiego, a różnią się wybitnie od objawów zwyrodnień w początkowych okresach wiądu rdzenia, które obejmują stale włókna najdłuższe, znajdujące się w powrózku Burdacha. Przypadek autorów różni się też od innych dotąd opisanych wyraźnem wystąpieniem zwyrodnień w korzonkach, zwłaszcza przednich. Podnosząc tę różnicę, Rydel nie wyłącza przez to rozpoznania zaniku mięśniowego typu Charcot-Marie, tylko przypuszcza, że jest to cecha indywidualna danego przypadku, która pozwala w nim spostrzegać formę przejściową między różnymi typami zwyrodnień mięśniowych pochodzenia rdzeniowego. Opisany przez autorów przypadek należy do cennych nabytków w znajomości zwyrodnień w przypadkach zwyrodnienia typu Charcot-Marie. A. Bochenek.

Spitzmüller. **Wiąd rdzenia u dziecka.** (Med. Klinik 1910, Nr 4). Autor podaje ciekawy przypadek wiądu rdzenia u 13-letniego chłopca, którego rodzice nie przechodzili kiły, a reszta rodzeństwa jest zupełnie zdrowa. Brat ojca zmarł na porażenie postępowe. Pierwsze objawy wystąpiły w 9. roku życia, jako zaburzenia w oddawaniu moczu. Chłopiec był fizycznie słabo rozwinięty. Odczyn Wassermana dodatni. J. Bednarz.

Taubert. **O okresowej indykanuryi przy psychozie maniakalno-depresywnej.** (Med. Klinik 1910, Nr 3). T. podaje wyniki systematycznych badań moczu chorych w ciągu kilku miesięcy. Badano zawsze mocz ranny. We wszystkich przypadkach stwierdził autor zwiększenie się indykanuryi w czasie podniecenia, zmniejszenie się zaś, a często zniknięcie w okresach przygnębienia, lub poprawy. T. podkreśla, iż wahania w indykanuryi nie zależały od stanu przewodu pokarmowego, lub rodzaju potraw. Po bardzo skrupulatnych i drobiazgowych badaniach stwierdza T., iż istnieje ścisła zależność między wydzieleniem indykanu, a stanem maniakalnym, przyczem bardzo często indykan w moczu zjawia się na 24 godzin przed nastąpieniem podniecenia. J. Bednarz.

Munk. **O działaniu sztucznych kąpieli z kwasu węglowego oraz tlenu przy chorobach nerwowych.** (Med. Klinik 1910, Nr 7). W ostatnich czasach coraz bardziej rozpowszechniają się kąpiele gazowe, n. p. z kwasu węglowego, tlenu. Najpraktyczniej dają się urządzić kąpiele z kwasu węglowego, które polegają na tem, iż zwykły kupny gaz wpuszcza się równomiernie do wanny z wodą. Kąpiele tlenowe pozostawiają jeszcze wiele do życzenia. Do otrzymania takiej kąpieli posługiwał się M. płytkami »Ozet« (Natrium perborat. i Manganborat), które po rozpuszczeniu się w wodzie, wydzielają tlen. M. zwraca głównie uwagę na rozmaite przedmiotowe objawy, przypuszczając, że tylko tą drogą, aczkolwiek choroby nerwowe wymagają wielkiej indywidualizacyi, można dojść do ustanowienia pewnych wskazań i przeciwwskazań w stosowaniu kąpieli gazowych. Przy stosowaniu kąpieli tlenowych chorzy odczuwali zimno, skóra stawała się bladą, a nawet podobną do »gęsiej skóry«, pomimo że ciepłota wody wynosiła 33^0—35^0 C. Oddech był głęboki i powolniejszy, skóra na dotyk wrażliwsza, tętno twardsze, krzywa pletysmograficzna trochę podniesiona. Po kąpieli następuje uspokojenie psychiczne, oraz pewne skrępowanie ruchów, wkrótce jednak, szczególnie po drzemce, ustępujące miejsca uczuciu rzeźkości. Kąpiele tlenowe wpływają wogóle kojąco, a z tego względu mogą być przepisywane w przypadkach podniecenia ruchowego. Podnosząc napięcie mięśniowe, mogą być kąpiele te stosowane w przypadkach zmniejszenia się napięcia (hypotonia) przy porażeniach wiotkich; przeciwnie przy niedowładach i porażeniach kurczowych kąpiele tlenowe są przeciwwskazane. Również z pożytkiem mogą być stosowane kąpiele tlenowe przy chorobie Basedowa, nerwobolach i zapaleniach nerwów. Szczególnie dobrze wpływają te kąpiele na histeryę i neurastenię, wywołując uczucie zadowolenia i uspokojenia.

W kąpieli z kwasu węglowego chory czuje wielkie ciepło; skóra czerwieni się i na początku jest bardzo wrażliwa na dotyk, później ta wrażliwość się zmniejsza. Kąpiele te działają podniecająco, pletysmograficzna krzywa jest wyższa. Z powodu szkodliwego działania na ustrój CO_2, który wydziela się z wody, chory musi mieć zapewniony dopływ świeżego powietrza. Kąpiele z CO_2 mogą być stosowane we wszystkich przypadkach upośledzenia czucia dotykowego, przy wiądzie rdzenia z małymi wyjątkami, tam, gdzie chodzi o obniżenie ciepłoty. W stanach podniecenia kąpiele z kwasu węglowego są przeciwwskazane. Czas trwania kąpieli wynosi od 15 do 20 minut. J. Bednarz.

Maeder. **Psychoanaliza w jednym przypadku przygnębienia zadumczego.** (Zentralbl. f. Nervenh. und Psych. 1910, T. 21). M. przytacza ciekawy przypadek, w którym zastosował z powodzeniem analizę psychologiczną. Chory 42-letni, dziedzicznie obciążony, wpadł w stan przygnębienia z powodu niekorzystnej transakcyi pieniężnej, jak to sobie sam tłómaczył. Przy bliższem badaniu okazało się, że jest on homoseksualistą i wszystkie jego cierpienia właśnie stąd płyną. Stosunków płciowych z żoną chory unikał, oddawał się onanizmowi. M. wyjaśnił choremu przyczynę cierpienia, poradził mu zaprzyjaźnić się z kimkolwiek ze swych znajomych, zrobić go swoim powiernikiem. Objawy chorobowe zupełnie znikły. Uczucia nieprzyjazne w stosunku do żony również ustąpiły. J. Bednarz.

Rehm. **Obłąkanie z przygnębienia** (depressiver Wahnsinn). (Zentralbl. für Nervenh. u. Psych. 1910, T. 21). R. porusza zawikłaną i dotychczas nierozstrzygniętą zadowalniająco sprawę stanów, objętych nazwą »obłąkania z przygnębieniem«. Dotyczą one chorych już w podeszłym wieku, u których na pierwszy plan wysuwa się przygnębienie, zależne, jak się zdaje, od omamów, przeważnie słuchowych, i urojeń. Omamy słuchowe są zastraszające, prześladowcze, co do treści bardzo zmienne. Ruchliwość często ustępuje miejsca szczególnemu zmanierowanemu zachowaniu się z odcieniem stereotypii, jak to bywa u katatoników, aczkolwiek bez negatywizmu, tak charakterystycznego w katatonii. Często można spostrzegać gonitwę myśli. Świadomość nosi cechy głęboko sięgających zaburzeń, chorzy okazują niepewność co do czasu i otoczenia, zresztą niema żadnego upośledzenia intelektu. Pod względem fizycznym zwraca R. uwagę na stwardnienie tętnic, ślady białka w moczu, drżenie rąk, wybitne zwężenie źrenic z zachowaniem oddziaływania na światło; odruchy i czucie bywają prawidłowe, również dno oczu; płyn mózgowo-rdzeniowy nie zawiera nic nieprawidłowego. Rokowanie niepewne. R. przeprowadza rozpoznanie różniczkowe pomiędzy otępieniem starczem, obłąkaniem maniakalno-depresyjnem, oraz melancholią w określeniu Kraepelina i dochodzi do wniosku, iż do żadnej z tych kategoryi nie można chorych zaliczyć, a więc trzeba przypuszczać, iż jest to zupełnie odrębny obraz chorobowy. J. Bednarz.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dn. 16. lutego 1910.

Przewodniczy r. dw. Prof. Wicherkiewicz, pod koniec posiedzenia Prof. Bochenek. — Obecnych członków 85.

1. Przewodniczący wita jako gości kolegów lekarzy wojskowych;

2. zawiadamia, iż zarządził druki na streszczenia własne przemawiających na posiedzeniach, celem umożliwienia dokładnych protokółów;

3. odczytuje zawiadomienie Namiestnictwa o III międzynarodowym Zjeździe dla leczenia metodami fizycznemi, mającym się odbyć w Paryżu od 27. marca do 2. kwietnia;

4. po odbytem głosowaniu zawiadamia, iż kol. Otokar Lang został jednomyślnie przyjęty do Towarzystwa lekarskiego.

5. Kol. Rosenhauch i Rajchman omawiają pierwszą część swych badań nad **przeszczepianiem kiły na oko królika** i przedstawiają królika z typową zmianą kiłowego miąższowego zapalenia rogówki. Dla porównania okazują chorego chłopca, dotkniętego takiem samem cierpieniem na tle kiły wrodzonej. Przedstawiony królik był również zakażony świdrowcami (durina, maladie du coït, Doflein). Pod mikroskopem ustawiono preparaty świdrowców i krętka bladego, barwione tuszem, sposobem Giemsy i Levaditi-Manoueliana, oraz preparat żywych świdrowców.

W dyskusyi wskazuje r. dw. Prof. Wicherkiewicz, iż doświadczalne przeszczepianie kiły z wynikiem dodatnim robili w ostatnich latach Heuck na małpach, Hoffman i Bruening na psach, a Grouven na króliku. Ciekawe a zarazem wynikiem przypominające okaz, dziś przedstawiany, były doświadczenia, robione przez Grouvena w pracowni dermatologicznej Prof. Doutrelepontа w Bonn. Śródocznie do obu ócz zaszczepiony królikowi jad kiłowy wywołał na jednem oku guz nagałkowy wielkości orzecha laskowego. Na przekroju tegoż guza, okazującego budowę ziarninową, okazała się ogromna ilość krętka bladego. Guz ten zawierał dużo limfocytów jednojądrowych a leukocytów wielojądrowych. Rogówka zaś tegoż oka uległa zapaleniu rozlanemu miąższowemu. Ten sam królik dostał w pół roku później pod nozdrzem kiły guzkowej (syphilis papulosa) i lenił się w uderzający sposób, nadto powstała wielka duszność, przemawiająca za zmianami płuc, które wedle przypuszczenia autora miałyby być wywołane kiłą. W 11 miesięcy po wszczepieniu kiły zapadło i drugie oko na miąższowe zapalenie rogówki, które jednak względnie szybko ustąpiło i nie było tak silne, jak na drugiem oku, co odpowiada naszemu doświadczeniu z tem zapaleniem u ludzi, gdzie często późniejsze czasowo zapalenie drugiego oka miewa przebieg łagodniejszy.

6. Kol. Janiszewski w wykładzie: **O zwalczaniu chorób zakaźnych** przedstawia daty statystyczne, tyczące się zachorowań zakaźnych w Krakowie za czas od 1900—1909 r., zestawienia porównawcze śmiertelności z chorób zakaźnych w Krakowie i w innych miastach zagranicznych, następnie w Galicyi i w innych krajach i państwach. Z zestawień tych wynika, że tak zachorowania, jak i przypadki śmierci z chorób zakaźnych zdarzają się u nas w Galicyi znacznie częściej, niż gdzieindziej i jakkolwiek i u nas zauważyć się daje pewien spadek, to następuje on wolniej, niż gdzieindziej. Kraków wykazuje bardzo wysokie liczby zachorowań i śmiertelności z chorób zakaźnych, wyższe znacznie, niż w innych miastach. Sprawa zwalczania chorób zakaźnych staje się zatem sprawą pierwszorzędnego znaczenia społecznego i ekonomicznego; społeczeństwo nasze ponosi wskutek tych chorób kolosalne straty materyalne. Odbija się to też na ogólnem zdrowiu ludności. Niekorzystne dane, jakie stwierdza statystyka lekarska poborów wojskowych u nas w kraju, w znacznej mierze zależą pośrednio od tej częstości chorób zakaźnych. Ostatnie dziesięciolecie przyniosło szereg faktów naukowych, które zmieniły nasze poglądy na sposób szerzenia się i zwalczania chorób zakaźnych. Nowych danych dostarczyły nam: 1) nauka o odporności, 2) o tak zw. formach poronnych chorób zakaźnych, 3) poznanie niektórych zarazków wywołujących choroby zakaźne, 4) w końcu nauka o t. zw. przenosicielach zarazków. Referent przedstawia cały szereg danych, tyczących się przenoszenia zarazków przez ludzi. Na podstawie wszystkich tych faktów komisya higieniczna Towarzystwa opracowała na wniosek referenta ogólne zasady zwalczania chorób zakaźnych. Zasady te brzmią, jak następuje: 1) Walka z chorobami zakaźnemi będzie tylko wtedy skuteczna, jeżeli weźmie w niej udział całe społeczeństwo. 2) Poprawa ogólnych warunków higienicznych w mieście (kanalizacya, dostateczna ilość dobrej wody, czystość na ulicach, w podwórzach, sieniach, schodach domów, a także czystość w mieszkaniach), najwięcej wpłynie na zmniejszenie się ilości zachorowań zakaźnych. 3) Wczesne, szybkie i dokładne donoszenie miejskiemu Urzędowi zdrowia o każdym, nawet wątpliwym przypadku choroby zakaźnej jest niezbędnym warunkiem zwycięskiej walki z tem złem. Donoszenie o chorobach zakaźnych jest nietylko ustawą lekarzom nakazane, ale jest przedewszystkiem obowiązkiem obywatelskim każdego sumiennego człowieka. 4) Najważniejszem źródłem zakażenia jest człowiek chory na chorobę zakaźną; on wytwarza w sobie zarazki danej choroby, w nim bowiem one się mnożą, a rozchodząc się z tego ogniska zakażają innych. 5) Izolacya, t. j. oddzielenie chorego od otoczenia, jako najskuteczniejsza broń w walce z chorobami zakaźnemi, tylko w wyjątkowych razach da się ściśle w mieszkaniu prywatnem przeprowadzić. Najodpowiedniejszą rzeczą jest, szczególniej przy tak ciężkiej chorobie, jaką jest szkarlatyna, natychmiastowe przewiezienie chorego do szpitala lub kliniki. Takie postępowanie wskazane jest tak ze względu na dobro samego chorego i otoczenia, jak też i ze względów ekonomicznych. 6) Należy przedewszystkiem niszczyć zarazki u źródła, to jest w najbliższem otoczeniu chorego podczas trwania choroby. Po skończonej chorobie należy także przeprowadzić dezynfekcyę, to jest zniszczyć zarazki choroby, które mogły pozostać w otoczeniu chorego, na pościeli, sprzętach, podłodze i ścianach pokoju. 7) Izolacya czyli oddzielenie chorego powinno trwać jak najdłużej nawet po przebytej chorobie, gdyż po wyzdrowieniu może człowiek jeszcze pewien czas wydzielać zarazki i zakażać innych. Ten sposób przenoszenia się chorób zdarza się często. Ludzie tacy są przenosicielami zarazków, a na nich baczną należy zwrócić uwagę. 8) Nie zawsze choroba zakaźna objawia się typowo; czasem objawy tej choroby są nieznaczne (t. zw. formy poronne chorób zakaźnych) i tylko wprawne oko lekarza rozpoznać je zdoła, np. przy płonicy zdarza się, że chory nie ma wcale wysypki, a jedyną oznaką choroby może być tylko samo zaczerwienienie gardła, tymczasem chory taki zarażać może otoczenie tembardziej, że nie czując się ciężko chorym, nie zwraca pod tym względem uwagi i styka się z innymi. 9) Przy chorobach zakaźnych, których zarazki są nam znane (błonica, dur brzuszny, influenza, cholera i t. d.) należy częściej, niż się to dzieje dotychczas, korzystać z badań bakteryologicznych, które przyspieszają i umożliwiają całkiem dokładne rozpoznanie choroby. 10) Choroby zakaźne należy zwalczać przy pojawieniu się pierwszych nawet nielicznych przypadków zachorowań, a nie dopiero wtedy, gdy wybuchnie t. zw, epidemia. 11) Choroby zakaźne przenosić się mogą za pośrednictwem produktów spożywczych szczególniej przez mleko, owoce i t. d. Owoce należy przed spożyciem dokładnie oczyścić, a mleka nie pić nigdy w stanie surowym, lecz dokładnie je przegotować. 12) Stworzenie posad lekarzy szkolnych wpłynie dodatnio na zmniejszenie się ilości chorób zakaźnych wśród młodzieży szkolnej, oraz ograniczy potrzebę zamykania szkół i klas. Dopóki nie posiadamy lekarzy szkolnych, tak długo koniecznem jest zamykanie klas w razie wydarzenia się w niej płonicy. Każda klasa, w której uczeń zachoruje na płonicę, powinna być odkażana, a uczniowie tej klasy rozpuszczeni do domów i zwolnieni od nauki na przeciąg do 10 dni. 13) My lekarze konsekwentnem, jednolitem i zgodnem postępowaniem oraz przykładem powinniśmy wskazywać społeczeństwu drogę przy zapobieganiu chorobom zakaźnym. 14) Na każde żądanie lekarzy, leczących chorych zakaźnych na mieście, powinien miejski Urząd zdrowia dostarczyć natychmiast czystych fartuchów płóciennych z rękawami. 15) Budowa pawilonów dla chorób zakaźnych jest potrzebą nie cierpiącą zwłoki. Gmina miasta Krakowa powinna niezwłocznie przystąpić do budowy takich pawilonów. 16) Należy też w celu prowadzenia skutecznej walki z chorobami zakaźnemi zorganizować należycie służbę zdrowia, zwiększyć bardzo znacznie liczbę lekarzy miejskich i w ten sposób

naprawić tyloletnie zaniedbanie na tem polu. — Następnie odczytuje referent opracowane i wydane na podstawie tych zasad pouczenie o płonicy. W końcu przedstawia referent technikę zwalczania chorób zakaźnych, jaką stosuje miejski Urząd zdrowia w Krakowie i kończy wezwaniem do kolegów, by solidarnem i jednolitem postępowaniem poparli usiłowania miejskiego Urzędu zdrowia.

W dyskusyi r. dw. Prof. Jakubowski podziela zapatrywania prelegenta, iż najskuteczniejszymi środkami przy zwalczaniu chorób zakaźnych, a szczególniej płonicy jest odkażanie i izolowanie chorych. Dokładne przeprowadzenie dwóch tych wskazań łączy się z wielkimi kosztami, którym zaledwie podołać mogą rodziny zamożne, a które stają się uciążliwe dla średnio zamożnych, a niemożliwe do wykonania dla ubogich. Prelegent w informacyach swych zwraca ubogich w celu leczenia i izolowania dzieci dotkniętych płonicą do szpitala św. Ludwika. Wiemy, że szpital ten jest prywatną własnością humanitarnego Towarzystwa, które osobną umową z Wydziałem krajowym zobowiązało się czasowo utrzymywać w tymże szpitalu osobne sale dla 12 chorych, dotkniętych płonicą i tylko w razie koniecznej potrzeby, w razie napływu dzieci zamiejscowych, zwiększyć liczbę łóżek do 18. Z tablic statystycznych, przedłożonych tutaj przez kol. prelegenta dowiadujemy się, że w r. 1908 zapadło w Krakowie na płonicę osób 412, z której to liczby w szpitalu św. Ludwika izolowano i leczono 169. Potrąciwszy z ogólnej liczby chorych osoby dorosłe i dzieci rodzin zamożniejszych, stwierdza się, że ciężar leczenia i izolowania przeszło połowy dzieci ubogich spadł na prywatny szpital św. Ludwika. Przyjmując wypowiedziane przez prelegenta zapatrywania, iż chory na płonicę powinien być izolowany przez 6 tygodni, to w szpitalu w ciągu roku z jednego łóżka może korzystać 10 chorych, czyli na 12 łóżkach przy stałem ich zajęciu może odbyć leczenie 120 chorych. Tymczasem w r. 1908 w szczupłym oddziale płoniczym szpitala św. Ludwika znalazło z konieczności pomieszczenie 169 dzieci, t. j. o 49 więcej ponad stan łóżek, a więc było przepełnienie, zwłaszcza w miesiącach zimowych, wpływające niekorzystnie na leczenie chorych i łączące się z wielkiem niebezpieczeństwem dla chorych dzieci, pozostających na innych oddziałach szpitalnych.

Mowca zwraca dalej uwagę, iż w razie przepełnienia oddziału płoniczego w szpitalu św. Ludwika gmina m. Krakowa wynajmuje lokale w szpitalu Bonifratrów dla dalszych chorych. O zarządzeniu tem nie wiedzą jednak ani lekarze prywatni wolno praktykujący, ani strony interesowane. Rodzice, z dzieckiem ciężko chorem, w niekorzystnej porze zimowej zgłaszają się w celu przyjęcia do szpitala św. Ludwika. gdzie dowiadują się dopiero, że z chorym mają się udać na drugi koniec miasta do szpitala Bonifratrów.

Ponieważ prelegent w odczycie swym powoływał się na statystykę i urządzenia zagraniczne, przeto co do tego punktu kol. Jakubowski następujące podaje szczegóły: największy i wzorowo urządzony szpital dla dzieci jest w Lipsku, utrzymywany przez zasobne prywatne Towarzystwo. W szpitalu tym urządzone są wzorowo obszerne pawilony izolacyjne dla chorób zakaźnych, a na pierwszem miejscu dla płonicy. Towarzystwo jako właściciel przyjęło wobec gminy zobowiązanie do przyjmowania i leczenia wszystkich dzieci ubogich z miasta, chorobami zakaźnemi dotkniętych. Według sprawozdania za rok 1908 (które mowca przedkłada) było w lipskim szpitalu dzieci z płonicą 121, podczas gdy w tymże czasie w krakowskim szpitalu św. Ludwika leczono na oddziale płoniczym, jak to powyżej podano, dzieci 169! Dodać tu należy, iż szpital dla dzieci w Lipsku za przyjęcie zobowiązań leczenia ubogich chorych pobiera z funduszów miejskich subwencyę 70.000 marek, a w r. 1908 otrzymał jeszcze dodatek 10.000 marek.

Kol. Jakubowski wyjaśnienia swe co do zwalczania chorób zakaźnych, a w szczególności izolowania chorych dotkniętych płonicą, zakończył wnioskiem, iż starać się należy usilnie, aby gmina m. Krakowa jak najspieszniej urządziła osobny szpital miejski na pomieszczenie chorych zakaźnych, a przynajmniej na razie zbudowała osobny prowizoryczny barak w celu izolowania i leczenia dzieci ubogich dotkniętych płonicą. Otwarcie niezwłoczne takiego baraku jest niezbędne. Za kilka tygodni przyłączone zostaną do Krakowa gminy podmiejskie, w których wśród ludności ubogiej panuje płonica, a wśród tych warunków mały oddział z liczbą łóżek 12 w szpitalu św. Ludwika i od czasu do czasu wynajmowane lokale w szpitalu Bonifratrów na należytą izolacyę dzieci dotkniętych płonicą absolutnie nie wystarczą.

Dalej zabiera głos Prof. Bujwid: Liczby fatalnej statystyki zdrowotnej w kraju nie poprawią się bez podniesienia poziomu oświaty, stosunków mieszkaniowych dla roboczej ludności i uprzemysłowienia kraju. Po zarobki ludność emigruje zagranicę, zostawiając tam zdrowie, a przywożąc jako dodatek do zarobków wyniszczenie fizyczne i często gruźlicę. Nawet rolnictwo w kraju stoi niżej, niż gdzieindziej, a kilka lat ostatnich, nieobfitujących w urodzaj zboża, pogarsza znacznie ogólną statystykę śmiertelności. To też śmiertelność z gruźlicy wynosi 84%, zaś ilość mięsa na mieszkańca Krakowa wynosi około 31 grm., gdy np. w Berlinie przypada 135, Paryżu 230, Monachium 260, Londynie 274. Kraj i państwo mają dużo do zrobienia. Brak szpitala epidemicznego, o który mowca kołatał jeszcze przed 12 laty, dotąd nie został załatwiony. W szpitalach ogólnym i dziecinnym brak miejsca dla połowy prawie chorych, a niekiedy i więcej. Osobniki z gruźlicą leżą na salach ogólnych i zarazę szerzą. Lekarz sam nie wiele poradzi, jeżeli czynniki miarodajne i całe społeczeństwo z letargu się nie obudzą. Co do odkażania i izolacyi, lekarze powinni zgodzić się na jednolite postępowanie zgodnie z wnioskiem kol. referenta. Trzeba zwołać osobne posiedzenie celem szczegółowego omówienia zarządzeń przy chorobach zakaźnych.

Prof. Lewkowicz wskazuje, że dla skutecznego zwalczania chorób zaraźliwych konieczna jest budowa szpitala zakaźnego. Powinien on mieć także zadanie wychowywać młodszych lekarzy w tem, jak się mają z chorobami zaraźliwemi obchodzić, bo obecne zakłady, w których pomieszczeni są chorzy z chorobami zaraźliwemi, zadania tego z powodu złego urządzenia i przepełnienia nie spełniają. Publiczność, której współdziałanie w zwalczaniu jest nieodzowne, musi także być dopiero w tym kierunku wychowana. Co do przepisów dla poszczególnych chorób, to musi być nad nimi przeprowadzona szczegółowa dyskusya. Zamykanie klas szkolnych na 9 dni po pojawieniu się pierwszego przypadku jest np. zupełnie racyonalne przy płonicy, gdyż chodzi o chorobę niebezpieczną nawet dla osobników silnych, rokujących najlepsze nadzieje; można jednak być rozmaitego zdania co do jego konieczności przy odrze, gdzie chodzi o chorobę łagodniejszą, tylko wyjątkowo przedstawiającą niebezpieczeństwo dla osobników zdrowych, chorobę, którą prawie każdy musi przejść, i której przesunięcie poza wiek szkolny nie przedstawia korzyści, a dla której termin zamknięcia ze względu na długość okresu wylęgania musiałby być dłuższy i wynosić 11—14 dni. Tembardziej przy ospie wietrznej, lub różyczce, gdzie zamykanie klas musiałoby trwać 3 tygodnie, przepis taki byłby zbyt uciążliwy i nie stałby w żadnym stosunku do małego niebezpieczeństwa, jakie przedstawia choroba dla dotkniętego.

Kol. R. Landau podnosi następujące szczegóły: a) Odkażanie mieszkania powinno obejmować wszystkie ubikacye, bo inaczej cała wartość odkażania staje się illuzoryczną. b) W przypadkach błonicy i płonicy lekarze powinni doniesienia swe uskutecznić telefonem, by zamknięcie odpowiedniej klasy szkolnej mogło jak najprędzej nastąpić. Zamknięcie klasy 9-dniowe jest może zbyt radykalne. By nauka szkolna nie cierpiała, możnaby się ograniczyć do 4 dni; co najwyżej mogliby bezpośredni sąsiedzi dziecka chorego być na dalsze 5 dni od nauki zwolnieni. c) Wymaganie

fizykatu, by z mieszkania, w którem się płonica pojawiła, nie wydalać innych dzieci bez uprzedniego zezwolenia Urzędu zdrowia, jest drakońskie, a zresztą w praktyce niewykonalne, gdyż każda matka natychmiast inne dzieci z mieszkania usuwa. d) Należałoby wpłynąć na zarządy kolejowe, aby zezwalały na przewożenie chorych dzieci tylko wtedy, jeżeli strona wykaże się świadectwem lekarskiem, iż w danym przypadku niema choroby zakaźnej. Dzieci z chorobami zakaźnemi mogłyby być przewożone tylko za specyalnem zezwoleniem i przy użyciu odpowiednich środków, zapobiegających ewentualnemu szerzeniu się zarazy. e) Należałoby wpłynąć na rząd, by starostwa miały większą ilość lekarzy do dyspozycyi, a to w tym celu, by wioski okalające większe centra, jak Kraków, Lwów itd., mogły być dokładniej na punkcie chorób zakaźnych kontrolowane.

Prof. Nowak wskazuje na ważność dyskusyi szczegółowej celem ujednostajnienia i kodyfikacyi przepisów higienicznych, które powinny być wypracowane przez komisyę higieniczną Tow. lek. wspólnie z fizykatem miejskim.

Kol. Gertler domaga się uproszczenia formularzy z doniesieniem o chorobie zakaźnej i umożliwienia doniesień w drodze telefonicznej za pośrednictwem stacyi ratunkowej lub pożarnej, w przypadkach zaś mylnego doniesienia — zaniechania, względnie uchylenia wszelkich środków ostrożności.

Kol. Herman Hirsch proponuje wydanie odezwy do Rady miejskiej, wskazującej na konieczność urządzenia szpitala dla chorób zakaźnych.

Kol. Teodor Cybulski podkreśla niebezpieczeństwo szerzenia się zarazy przez otoczenie chorego (zwłaszcza w płonicy), a stąd konieczność odosobnienia chorób zakaźnych, które powinno być przeprowadzone w domu izolacyjnym, urządzonym tak, aby matki same mogły pielęgnować swe dzieci, a wybór lekarza był pozostawiony rodzinie chorego.

Kol. Merz wyraża życzenie, aby, ze względu na formy poronne płonicy, dzieci nieobecne przez 3 lub więcej dni, mogły uczęszczać do szkoły dopiero po przedstawieniu świadectwa lekarskiego. Całowanie nauczycieli w rękę powinno być w szkołach stanowczo zakazane.

Kol. Blassberg żąda dla lekarzy bezpłatnego odkażania ubrań.

Kol. Janiszewski, odpowiadając na wyrażone w dyskusyi życzenia, zaznacza, że dom izolacyjny miejski będzie urządzony w myśl wyrażonych postulatów; sposób zawiadamiania fizykatu o przypadkach chorób zakaźnych ulegnie uproszczeniu; lekarze będą mogli korzystać z bezpłatnego odkażania ubrań. Wreszcie odczytuje »Zasady ogólne zwalczania chorób zakaźnych, opracowane przez komisyę higieniczną« i przedstawia je do uchwały Towarzystwa, co jednomyślnie przyjęto.

Wnioski kol. H. Hirscha: 1) o otworzenie szczegółowej dyskusyi nad projektami fizykatu i 2) ogłoszenie w dziennikach streszczenia niniejszego posiedzenia, ze wskazaniem na potrzebę budowy szpitala dla chorób zakaźnych — uchwalono. Sekretarz: Dr Bujak.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne d. 23. listopada 1909.

1) Andrzej Alfred Hejman przedstawił 2 przypadki **przetoki wrodzonej szyi** u chłopczyka 4-letniego i 20-letniej mężatki.

2) Antoni Tuchendler przedstawia chorego, u którego rozpoznał **samoistne rozszerzenie przełyku**; w przypadku tym T. wyłącza wszelkie sprawy, zwężające wpust, a mogące w następstwie wywołać takie rozszerzenie ścian przełyku i za przyczynę uważa skurczowe przewlekłe zamknięcie wpustu.

3) Hewelke przedstawia **czterolistną zastawkę aorty**. Anomalia ta jest wrodzoną. Obwód aorty wynosi 8 cm.

4) Bondy wygłosił rzecz p. t.: **Próba tuberkulinowa wśródskórna** (Mantoux). Próba Mantoux polega na wstrzyknięciu w skórę jednej kropli rozczynu $^1/_{500}$ tuberkuliny z dodatkiem — w celu znieczulenia — małej dawki stowainy (0·5%); ilość wstrzykniętej tuberkuliny wynosi zawsze ściśle $^1/_{100}$ miligr. tuberkuliny. Rozpatrzywszy szczegółowo 725 znanych z piśmiennictwa, oraz 37 własnych przypadków, w których stosowano próbę Mantoux, dochodzi Bondy do wniosku, że sposób Mantoux odznacza się wysoką swoistością i czułością, odkrywając gruźlicę nietylko czynną, lecz i nieczynną, ukrytą.

Posiedzenie kliniczne d. 21. grudnia 1909.

1) Jan Koelichen: **O surowiczem zapaleniu opon mózgowych i pierwotnem nabytem wodogłowiu.** Podstawę anatomiczną tego cierpienia stanowi wzmożone wytwarzanie się płynu mózgowordzeniowego i wzmożone ciśnienie tego płynu na tkankę mózgową. Wzmożone wytwarzanie płynu stanowi właściwy odczyn splotów żylnych (plexus chorioidei) i komór na różne bodźce zewnętrzne i wewnętrzne. Etyologia surowiczego zapalenia opon jest bardzo rozmaita. Jako bezpośrodnią przyczynę najczęściej wymienia się uraz fizyczny lub psychiczny, zaziębienie, zatrucie alkoholem, lub szereg spraw zakaźnych miejscowych lub ogólnych. Nowsze spostrzeżenia dowodzą, że wybitną rolę odgrywa wrodzona wrażliwość całego układu naczynioruchowego, przejawiająca się skłonnością do umiejscowionych przekrwień i obrzęków. Quincke w ostatniej pracy uzależnia cierpienie to od kiły. Ze względu na przebieg rozróżniamy dwie postacie surowiczego zapalenia opon: postać ostrą i przewlekłą. Postać ostra zdarza się najczęściej u dzieci i pod względem klinicznym jest zupełnie podobna do ropnego lub gruźliczego zapalenia opon mózgowych. Przy przewlekłej postaci surowiczego zapalenia opon mózgowych, cierpienie to miewa bardzo rozmaity przebieg. Często przebieg jest tak łagodny i powolny, że na zasadzie skarg chorego można przypuszczać nerwicę. Chorzy tacy od szeregu lat cierpią na napadowe bole głowy i zawroty z wymiotami, zresztą czują się względnie znośnie i jedynie skargi ich na stopniowe osłabienie wzroku skierowują przypuszczenia na właściwą drogę, a badanie dna oczu i stwierdzenie brodawki zastoinowej wyjaśnia istotę sprawy. Oprócz tych łagodnych postaci najczęściej spotyka się takie, w których obraz cierpienia przypomina zupełnie obraz nowotworu w tylnej jamie czaszkowej.

Następnie omówił prelegent jeszcze dwie sprawy chorobowe, które mają związek z surowiczem zapaleniem opon mózgowych, a mianowicie tak zwane wodogłowie jednostronne (hydrocephalus unilateralis) i ograniczone surowicze zapalenie opon mózgu i rdzenia (meningitis serosa circumscripta).

W dyskusyi podaje Stanisław Kopczyński opis własnych trzech przypadków, z których pierwszy dowodzi roli przymiotu w etyologii surowiczego zapalenia komór mózgowych, drugi długotrwałości przebiegu pod postacią nowotworu mózgu, trzeci roli urazu, jako czynnika przyczynowego. — Higier rozpatruje analogię między postacią niezupełną (forme fruste) ostrego surowiczego zapalenia opon, a ostrym obrzękiem angioneurotycznym Quinckego. Chodziłoby tu o angioneurotyczne podrażnienia splotów żylnych komór (plexus chorioidei). Wpływ urazu i zwodniczość zwolnień najlepiej się uwydatniły w przypadku, niedawno przedstawionym przez Higiera, w którym u chłopca po urazie głowy rozwinął się typowy obraz nowotworu móżdżku, obraz, który znikł na kilka miesięcy bez śladu, by później powrócić i zakończyć się nagłą śmiercią. Autopsya stwierdziła surowicze zapalenie opon. — Bornstein zwraca uwagę na bardzo częste występowanie porażenia nerwu odwodzącego oka (n. abducens). — Rzętkowski zaznacza, że przed z górą 10 laty pierwszy z autorów polskich opisał przypadek typowego ostrego surowiczego zapalenia opon. Mowca

jest zdania, że i obecnie zawcześnie jeszcze na wypowiadanie przypuszczeń co do patogenezy cierpienia.

2) Karwacki w imieniu swojem i Szokalskiego wygłosił rzecz: **O hodowaniu krętków gorączki powrotnej w pijawkach.** Doświadczenia przeprowadzono na 31 pijawkach. Przy ciepłocie 10⁰—13⁰ udaje się utrzymać krętki w pijawkach do 102 dni, średnio (obliczono ze wszystkich pijawek) 44 dni. Niweczniki swoiste, wprowadzone razem z krętkami do przewodu pokarmowego pijawek, nie wpływają wcale na żywotność krętków. W czasie życia w pijawkach krętki rozmnażają się.

Posiedzenie kliniczne d. 25. stycznia 1910.

1) Knappe przedstawił przypadek **twardziny skóry** (sclerodermia) u 22-letniej chorej. Skóra twarzy, klatki piersiowej i kończyn górnych lśniąca, wygładzona, obciągnięta, nie daje się unieść. Skóra na brzuchu i udach zgrubiała, mało elastyczna, lecz ruchoma. Skutkiem zmian skóry utrudnione są ruchy mimiczne twarzy; zginanie w łokciach do połowy ograniczone; kiście nieruchome, ostatnie członki palców u rąk zagięte, skurczone, paznokcie pozaginane, prążkowane poprzecznie. Stopy są wolne, jedynie paznokcie pozaginane i poprzecznie prążkowane. Przypadek ten zasługuje na uwagę ze względu na niezwykle rozległe zmiany skóry (sclerodermia diffusa), które rozwinęły się, o ile sądzić można z wywiadów, niezwykle szybko. Na skórze chorej znajdują się zmiany charakterystyczne dla wszystkich okresów rozwoju choroby według Kaposiego.

2) T. Łapiński: **Uraz a choroby umysłowe.** Prelegent wnioski swe oparł na piśmiennictwie ostatnich lat 20 i na 28 własnych przypadkach. Prelegent zaznacza, że zwykle zaraz po urazie uszkodzony czuje się nieźle, a dopiero później występują najrozmaitsze objawy nerwowe i umysłowe. Wszystkie te jednak objawy według Ł. nic charakterystycznego nie przedstawiają, gdyż zdarzają się przy innych cierpieniach umysłu, nic wspólnego z urazem nie mających. Ł. nie wierzy, by porażenie postępujące mogło powstać skutkiem jednego tylko urazu. Na dowód pośredni przytacza kilka swoich przypadków, gdzie organiczne cierpienie mózgu istniało przed urazem, uraz zaś je uczynił wybitniejszem. Na dowód, jak krytycznie należy oceniać zależność powstałej psychozy od urazu, przedstawia Ł. chorego z raną postrzałową mózgu, u którego obecne otępienie zależy, jak się, okazuje od przebytego przymiotu. Ł. dochodzi do następujących wniosków: 1) Uraz w wywiadach nie wystarcza, by psychozę nazwać urazową, gdyż sam przez się tylko w razach wyjątkowych wywołać może cierpienie umysłowe. 2) Zwykle wespół z urazem istnieją jeszcze inne czynniki etyologiczne. 3) Uraz bywa często skutkiem choroby umysłowej, względnie choroba umysłowa istnieje przed urazem. 4) Wobec braku objawów charakterystycznych większość t. zw. psychoz urazowych mieści się swobodnie w ramach innych cierpień umysłowych. Niema przeto potrzeby wyodrębniać takich przypadków w oddzielne postacie chorobowe.

W dyskusyi wyraża Rychliński przekonanie, że zjawiające się po urazie objawy częściej powstają na tle psychologicznem, niż organicznem. W Niemczech zarysowały się w danej sprawie dwa wybitne kierunki: jeden, który głosi, że nerwice pourazowe są pochodzenia psychologicznego, drugi, że po urazie zawsze zachodzą pewne zmiany w utkaniu nerwowem. Liczniejsi zwolennicy pierwszego kierunku nie bez słuszności zaznaczają, że w przejawach nerwowości u poszkodowanych nie małą rolę odgrywa t. zw. natrętna myśl otrzymania odszkodowania (Begehrungsvorstellung).

Pręgowski zaznacza, że jego spostrzeżenia nad przypadkami urazu doprowadziły go do przekonania, że uraz, gdy zadziała na osobnika, całkowicie zdrowego nerwowo i umysłowo, nie może wywołać choroby umysłowej. Dalej uważa P. za niewątpliwe, że przy istniejącem w ustroju usposobieniu chorobowem (w znaczeniu czynników, tkwiących w ustroju i przyczyniających się do wywołania choroby), uraz może być czynnikiem ostatnim, pociągającym za sobą bądź bezpośrednio, bądź po jakimś czasie cierpienie układu nerwowego, czy to w postaci nerwicy, czy w postaci psychozy. Tadeusz Wilczyński.

Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu.

Wydział lekarski.

Posiedzenie w dniu 13/26. marca 1909 r.

Obecnych członków 28, gości 8. Przewodniczy prezes Prof. Zaleski.

Otwierając posiedzenie, wita prezes przybyłych gości: Drów Herynga z Warszawy, Harajewicza z Maryenbadu i Wolfheima z Nauheim. Prezes dzieli się smutną wiadomością, iż społeczeństwo polskie poniosło stratę w osobie Dra Teodora Dunina w Warszawie i wzywa obecnych, by uczcili pamięć zmarłego przez powstanie.

Protokół z posiedzenia poprzedniego przyjęto. Prezes podaje do wiadomości, że Dr Bolesław Chabłowski złożył 200 rsr. na drukowanie prac »Związku« i w imieniu »Związku« składa ofiarodawcy podziękowanie.

I. Doc. Inst. technolog. K. Smoleński wypowiedział rzecz p. t.: **O cukrze trzcinowym w moczu.** (Rzecz ukaże się w całości w »Zeitschrift für physiologische Chemie«). W celu wykrycia substancyi, wywołującej znany odczyn Cammidgea w moczu, poddano odpowiedniemu badaniu wykazujący ten odczyn mocz chorego, cierpiącego na raka żołądka. Badanie przedwstępne upoważniało do przypuszczenia w moczu substancyi z szeregu węglowodanów złożonych. Badając osad, powstający przy odczynie Cammidgea, udało się utożsamić go z glukosazonem (punkt topliwości 205—206⁰, postać krystaliczna i t. d.). Próba wyosobnienia węglowodanów z moczu w postaci połączeń z kwasem będźwinowym wskazywała na obecność w moczu cukru trzcinowego. Badanie optycznych własności moczu bezpośrednio, oraz po uprzedniem poddaniu działaniu kwasu wykazało, że bezpośrednia prawoskrętność moczu pod wpływem kwasu przechodzi w lewoskrętność w tym samym stopniu, jak to się dzieje co do cukru trzcinowego. Z osadu, otrzymanego przez strącenie węglowodanów złożonych, zawartych w moczu, zapomocą wodzianu tlenku strontowego (metodą E. Schulzego), udało się wyosobnić cukier trzcinowy w postaci krystalicznej i w zupełności go utożsamić. Doświadczenia specyalne wykazały, że ustrój chorego, przyswajając w sposób prawidłowy wiele węglowodanów (krochmal, dekstrynę, cukier mleczny, galaktozę i t. d.), jedynie cukier trzcinowy wydzielał razem z moczem. (Streszczenie własne).

Dyskusya: Doc. Z. Orłowski, zaznaczywszy na wstępie, iż obecnie sam również pracuje nad odczynem Cammidgea, zauważa, że odczyn ten często daje wyniki dodatnie nawet u osobników zdrowych, mowca więc przypuszcza, iż odczyn ten nie może obecnie mieć wielkiego znaczenia. Przyczyny tworzenia się tego odczynu są dotąd nieznane, a więc mowca uważa, że badania prelegenta są na dobie i rzucają pewne światło na tę sprawę. — Prelegent: Dr Pietrow przeciwnie bardzo rzadko otrzymywał ten odczyn u osobników zdrowych; prócz tego odczyn ten może być i nerwowego pochodzenia. — Doc. Orłowski: Co do dodatnich wyników przy stosowaniu tego odczynu u osobników zdrowych, to prócz własnych badań, zwraca mowca uwagę, iż obecnie w piśmiennictwie są prace i innych autorów, którzy również otrzymywali odczyn u osobników zupełnie zdrowych. — Prelegent zastanawia się nad tem, jak ważne znaczenie miałby odczyn chemiczny, zapomocą którego możnaby zawyrokować w każdym poszczególnym przypadku, czy cierpienie dotyczy trzustki, czy żołądka. — Prof. Zaleski zapytuje prelegenta, czy nie próbował użyć do strącenia w odczynie Cammidgea wapna. —

Prelegent: Cukrzan strontu jest odpowiedniejszy; w gruncie rzeczy jest jedno i to samo. — Prezes w imieniu Zgromadzenia dziękuje prelegentowi za zajmujący i nader pouczający odczyt.

II. Dr Teodor Heryng (gość z Warszawy) wypowiedział rzecz p. t.. **Zastosowania inhalacyi przy leczeniu chorób dyskrazyjnych i narządu krążenia** (z pokazami przyrządów). Główna część odczytu wyszła w »Przeglądzie lekarskim« z roku 1904, Nr 52 i 53.

Prezes zaznacza, jak wielkie i doniosłe znaczenie mają inhalatorya dla Ciechocinka w szczególności i jak szerokie zastosowanie powinny mieć w miejscowościach leczniczych wogóle, a następnie w imieniu Zgromadzenia dziękuje prelegentowi za zajmujący odczyt.

III. Dr Harajewicz (gość) wypowiedział uwagi: **O ulepszeniach w Maryenbadzie przy leczeniu zboczeń narządu krążenia.** Ulepszenia te dotyczą miejsc do spacerów dla chorych sercowych, ulepszenia systemu ogrzewania wanien, przez co utrata kwasu węglowego będzie bardzo mała; w dalszym ciągu prelegent opisywał inhalatorya i źródło Rudolfa.

W części administracyjnej posiedzenia: 1) Prezes podaje do wiadomości, iż należałoby poddać obradom na Wydziale lekarskim Związku sprawę źródeł dochodu na rzecz szpitala polskiego w Petersburgu. 2) Odczytano protokół spisany w dn. 27. lutego st. st. 1909 r., z którego wynika, iż przedstawienie na rzecz szpitala polskiego dało czystego zysku 678 rsr. 88 kop. Prezes w imieniu »Związku« składa wyrazy uznania i wdzięczności trupie teatralnej, kierownikowi p. Zelwerowiczowi, Dr Zakrzewskiemu i jego małżonce, pp. Ziemackim, Dr Bykowskiemu, Ulińskiemu, Marcinkiewiczowi, Popławskiemu. Również podziękowanie składa paniom, które raczyły zająć się sprzedażą programów. 3) Prezes podaje do wiadomości, iż 15/28. marca odbędzie się popularny odczyt Dra Heryngа pod tyt.: »Mleko, jako przyczyna gruźlicy i nadmiernej śmiertelności dzieci. Środki zapobiegawcze«. Prelegent ofiarowuje cały dochód z odczytu na rzecz szpitala polskiego. 4) Prezes zaznacza, iż na następnem posiedzeniu w myśl § 27 ustawy muszą być dokonane częściowe wybory komisyi rewizyjnej po uprzedniem wylosowaniu 2 członków z obecnego jej składu. 5) Odczytano pismo od polskiego biura pracy studentów w Akademii wojskowo-lekarskiej z prośbą o poparcie. Przyjęto do wiadomości. 6) Doc. Smoleński podaje do wiadomości, iż w Instytucie technologicznym w Petersburgu wakuje docentura i będzie ogłoszony konkurs na posadę chemika. 7) W imieniu »Rady Związku« prezes Prof. Zaleski zaproponował na członków korespondentów Drów Heryngа, Harajewicza i Wolfheima. Wybory będą dokonane na przyszłem posiedzeniu. 8) Prezes podaje do wiadomości, iż wkrótce odbędzie się międzynarodowy Zjazd lekarski w Peszcie i zapytuje, czy kto z obecnych nie zamierza udać się na Zjazd. Prezes zaznacza, że może sam uda się na Zjazd. Proszono, aby w razie obecności na Zjeździe, prezes reprezentował »Związek«.

Sekretarz: Zdzisław Sowiński.

O wiwisekcyi i ruchu przeciwwiwisekcyjnym.

Napisał

Adam Wrzosek.

(Dokończenie).

Nadużycia w wiwisekcyi dziać się mogą i istotnie dzieją się. Nieraz czyta się prace z zakresu medycyny, w których autorowie opisują doświadczenia, wykonywane na zwierzętach nieznieczulonych, choć nic nie stało na przeszkodzie, aby je znieczulić. Aby zapobiedz wszelkim nadużyciom wiwisekcyi wydało w r. 1885 austryackie ministeryum wyznań i oświaty w porozumieniu z ministeryum spraw wewnętrznych rozporządzenie następujące:

1. Doświadczenia na żywych zwierzętach (wiwisekcye) mogą być przedsiębrane jedynie w celu poważnego badania, a tylko wyjątkowo, gdy tego zachodzi konieczna potrzeba, także w celach dydaktycznych.

2. Wiwisekcye mogą być wykonywane jedynie w państwowych zakładach lekarskich.

3. Tylko przełożonym zakładów i docentom (asystentom) wolno wykonywać wiwisekcye samodzielnie, a pod ich kierunkiem i odpowiedzialnością także lekarzom i kandydatom medycyny.

4. Zwierzęta, używane do doświadczeń powinny być zawsze, jeżeli na to cel doświadczenia pozwala, głęboko uśpione.

5. Do doświadczeń, które można na niższych zwierzętach wykonać, powinny być tylko te zwierzęta używane, a nie zwierzęta z organizacyą wyższą[14]).

Że i po tem rozporządzeniu, które nie ograniczając wolności badania, stara się zapobiedz jeno nadużyciom wiwisekcyi, nadużycia rzeczone dziać się mogą w wyjątkowych razach, na to rady niema. Przy braku dobrej woli każde prawo przekroczyć można, a nieraz bezkarnie. Lecz żeby z tego powodu, że mogą się w wyjątkowych razach dziać pewne nadużycia, wprowadzać ustawę, jakiej projekt podpisało 397 lekarzy z Austryi, a która ogranicza w wysokim stopniu wolność badania, na to nikt, kto ceni wolność badania naukowego i postęp naukowy, zgodzić się nie może. Ustawa projektowana żąda np., zakazu doświadczeń na zwierzętach, o ile te doświadczenia dotyczą zagadnień już rozstrzygniętych. Lecz jakież posiadamy pewne kryteryum, że jakieś zagadnienie zostało już rozstrzygnięte? Ktoś np., ogłasza wyniki doświadczeń swoich na zwierzętach robionych, twierdząc, że wyniki te rozstrzygają pewne zagadnienie. Jest to tylko jego wniosek, który potrzebuje sprawdzenia przez innych uczonych, aby uzyskał prawo obywatelstwa w nauce. Ale i wtedy, gdy większość lub nawet wszyscy uczeni uważają pewne zagadnienie za ostatecznie rozstrzygnięte, późniejsi uczeni, którzy rozporządzają nowemi doskonalszemi metodami badania, powtarzając doświadczenia dawniejszych badaczy, mogą dojść do innych wniosków. W nauce dogmatów niema. Uczonemu może się nasunąć jakaś wątpliwość w sprawie, już dawno za rozstrzygniętą uznanej i wtedy powinno mu być zawsze wolno powtarzać doświadczenia na zwierzętach, dawniej przez innych robione. Dalej projekt ustawy, żąda, aby na zwierzęciu, na którem już raz była robiona wiwisekcya, nie wolno było robić powtórnej wiwisekcyi. Takie ograniczenie prawa badania utrudniałoby rozwiązanie niejednego zagadnienia naukowego. Nieraz potrzeba badania wymaga kilkakrotnego wykonania, w odstępach czasu, rozmaitych zabiegów chirurgicznych na zwierzętach, a przytem wszystkich zabiegów, które trzeba wykonać w jakiemś doświadczeniu, zwierzę nieraz nie przetrzymałoby, gdyby zabiegi te były wykonane w czasie jednej wiwisekcyi. Świetne wyniki badań doświadczalnych rosyjskiego fizyologa Pawłowa, za które otrzymał on nawet nagrodę Nobla, były przeważnie wykonane na zwierzętach, które kilkakrotnie poddawana były operacyi, naturalnie po znieczuleniu ich. Domagają się również lekarze, którzy projekt ustawy, ograniczającej prawo wykonywania wiwisekcyi, podpisali, aby bezwarunkowo nie wolno było wykonywać wiwisekcyi w celach dydaktycznych, I z tem żądaniem zgodzić się nie można. Niektórych zabiegów chirurgicznych nie można się nauczyć na zwłokach, np. takich, jak tamowania krwotoków lub zaszywania jelit, które po śmierci są nieruchome, a w ustrojach żywych wykonywają ruchy robaczkowe i kurczą się przy ucisku. Czyż nie lepiej, żeby się tych zabiegów uczyli przyszli chirurgowie na zwierzętach żywych znieczulonych, zamiast robić

[14]) Erlass des Ministers für K. u. U. vom 17. Juli 1885. Z. 11782

pierwsze próby na chorych? Nawet byłoby rzeczą ze wszech miar pożądaną, aby każdy początkujący chirurg, przed przystąpieniem do jakiejś operacyi, którą po raz pierwszy ma na człowieku wykonać, najpierw spróbował ją wykonać na zwierzęciu [15]).

W projekcie ustawy o ograniczeniu wiwisekcyi jest także żądanie, aby nie wolno było wykonywać na zwierzętach doświadczeń, które są same przez się zrozumiałe. Jakie to doświadczenia są same przez się jasne, nie potrzebujące żadnego dowodu, tego trudno dociec.

Po tych uwagach, godzi się słów kilka powiedzieć o szkodliwym kierunku towarzystw walki przeciw wiwisekcyi.

Wszystko, co człowiek czyni, ma na celu z jednej strony dobro materyalne: zwiększenie ilości pożywienia i zabezpieczenie od wszelkiego rodzaju cierpień fizycznych; z drugiej zaś strony — zadosyćuczynienie potrzebom duchowym: dążenie do poznania prawdy i doskonalenia się.

Z dwu tych dążeń występuje w medycynie na miejsce naczelne dążenie pierwsze. I w rzeczy samej, medycyna nie powinna nigdy zapominać, że głównem jej zadaniem jest zapobieganie chorobom, powracanie zdrowia chorym lub przynajmniej łagodzenie cierpień. Zadania tego medycyna nie mogłaby spełniać, gdyby nie wolno jej było badać w jaki sposób sprawy chorobne powstają, jaki miewają przebieg i jakie środki powinny być użyte do leczenia chorych oraz łagodzenia ich cierpień. Walną zaś pomocą w badaniach nad powstawaniem, przebiegiem i leczeniem objawów chorobnych są eksperymenty, wykonywane na zwierzętach. I dlatego nie może być co do tego dwu zdań, że człowiek, mający prawo rozporządzać życiem zwierząt, gdy chodzi o zaspokojenie głodu, ma również prawo rozporządzać niem, gdy chodzi o rozstrzygnięcie zagadnień czy to z fizyologii, czy też z patologii, czy wreszcie z lecznictwa. Należy sprawę postawić jasno: albo człowiek ma prawo używać do swych celów zwierząt, albo prawa tego niema. Jeżeli prawa tego niema, to nie wolno mu nie tylko wykonywać doświadczeń naukowych na zwierzętach, ale nie wolno mu również zabijać zwierząt, aby się żywić ich mięsem, nie wolno mu używać zwierząt do pracy, — innemi słowy, zwierzę powinno pozostać dla człowieka rzeczą nietykalną. Jeśli zaś wolno człowiekowi zwierzęta zabijać i używać do pracy, to wolno mu także robić na nich doświadczenia, nawet jeżeli nie sposób uniknąć, aby zwierzęciu nie sprawiać bolu w czasie wiwisekcyi. Na stanowisku nietykalności zwierzęcia stoi buddaizm, który na wyznawców swych nakłada pewne obowiązki względem zwierząt i nie pozwala ich zabijać.

Na innem wręcz stanowisku stanęły judaizm i chrześcijaństwo. Żydzi np., już w starożytności robili doświadczenia na zwierzętach, jak świadczy o tem Talmud. Zauważyli oni, robiąc doświadczenia na zwierzętach, że można wyciąć śledzionę, a nawet macicę zwierzętom, a mimo to zwierzęta żyć mogą. Doszli oni również, że zranienia nerki nie zawsze są śmiertelne i że po uszkodzeniu rdzenia kręgowego zwierząt może wystąpić porażenie kończyn tylnych [16]).

Również chrześcianiństwo nie zabrania czynić doświadczeń na zwierzętach. Filozof Jezuita Cathrein, występując w obronie wiwisekcyi, mówi: »Okrutnym jest ten, kto bez należytego powodu albo ponad konieczną miarę przyczynia zwierzęciu bolu... Lecz gdyby lekarz ze współczucia do chorego zaniechał wykonać u niego wprawdzie bolesnej, lecz niezbędnej operacyi, to współczucie takie byłoby nierozsądne, a nawet wprost okrutne. W jeszcze większym stopniu byłoby rzeczą poprostu nieludzką, gdyby kto z uczucia litości zaniechał wykonywania wszelkich bolesnych operacyi na zwierzętach, gdy jest rzeczą przecież pewną, że często jeden eksperyment, wykonany na zwierzęciu, może mieć skutki, które wielu tysiącom ludzi mogą przynieść korzyść. U wielu ludzi wstręt do wszelkiej wiwisekcyi tkwi w fałszywej sentymentalności, którzy, być może, na widok cierpiącego zwierzęcia łzy ronią, ale ze spokojem czytają w gazecie, że tysiące ludzi śmierć poniosło w jednej jedynej bitwie lub że blizko nich niezliczona liczba ludzi pogrążona jest w jaknajwiększej nędzy« [17]).

Można i należy walczyć z niepotrzebnem męczeniem zwierząt, lecz nie z wiwisekcyą, której potrzeba dla medycyny jest aż nadto widoczna dla każdego nieuprzedzonego umysłu. Dla tego towarzystwa ochrony zwierząt, mające na celu walkę ze znęcaniem się nad zwierzętami, są potrzebne, a zatem i pożyteczne, gdyż walczą ze złymi nałogami ludzkimi. Atoli towarzystwa walki z wiwisekcyą są szkodliwe, gdyż nie walczą z żadnym złym nałogiem ludzi, lecz przeciw wolności badania, a zatem zajmują wrogie względem nauki stanowisko. Można być przyjacielem zwierząt i mieć serce czułe na ich cierpienia, a mimo to wykonywać doświadczenia na zwierzętach, jeżeli się ludzi jeszcze więcej kocha, aniżeli zwierzęta. Nie trzeba zapominać o tem, że najwięcej wiwisekcyi i to bardzo bolesnych robią nie lekarze lecz hodowcy bydła. Iluż to rocznie milionom sztuk bydła wykonywają oni taką bolesną operacyę, jaką jest trzebienie i to bez wszelkiego znieczulenia! A jak męczą zwierzęta w cyrkach, zanim je wytresują! A jednak przeciwnicy wiwisekcyi nie przeciw nim, lecz przeciw badaczom naukowym występują. choć zdrowy rozsądek, nie zaćmiony fałszywą sentymentalnością, przyznać powinien, że prawo uczonego do wykonywania doświadczeń na zwierzętach nie ulega żadnej wątpliwości.

Gdyby nawet z wiwisekcyi medycyna nie odnosiła żadnego pożytku, co nie jest prawdą. to i wtedy powinno byłoby być wolno uczonym wykonywać wiwisekcye w celach naukowych. Bez doświadczeń na zwierzętach nie mogłaby się należycie rozwijać ani fizyologia porównawcza, ani patologia porównawcza, ani rozmaite nauki przyrodnicze, ani nawet weterynarya. A zatem w imię wolności badania naukowego należy zwalczać przeciwników wiwisekcyi, jako ludzi, którzy chcą wyrządzić szkodę nauce, choć nieraz nie uświadamiają sobie tego dokładnie, że walcząc przeciw wiwisekcyi, walczą przeciw wolności badania i przeciw wolności nauczania w uniwersytetach.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Walne zgromadzenie Związku krajowego lekarzy odbyło się w Krakowie w dniu 12. marca 1910 przy udziale delegatów poszczególnych Kół i członków Wydziału Związku. Ustępującemu wydziałowi udzielono absolutoryum, a do nowego wybrano: prezesem r. dw. Prof. Wicherkiewicza, zastępcą prezesa Dra Damskiego, sekretarzem Dra Weinsberga, zastępcą sekretarza Dra Adolfa Klęska, skarbnikiem Dra Grzegorza Grzybowskiego, zastępcą skarbnika Dra Żydłowicza, członkami wydziału: Prof. Ciechanowskiego, Prof. Dobrowolskiego, Dra Jaugustyna, Dra Owsińskiego i Dra Stahra; do komisyi kontrolującej Dra Bednarskiego, Dra Rydla i Dra Ludwika Schneidra; do sądu polubownego Dra Berggrüna, Prof. Krzystałowicza, Dra Ludwika Lustgartena, Dra Murczyńskiego i Zędzianowskiego.

Wkładkę roczną uchwalono w tej samej wysokości, jak w roku poprzednim, t. j. 12 kor.

Roztrząsano na zgromadzeniu bardzo wiele ważnych spraw, tyczących się tak Związku, jak i ogółu lekarzy w kraju, stosunku poszczególnych towarzystw lekarskich do siebie, stosunku Związku krajowego do Izb lekarskich i do prasy zawodowej itd. W szeregu rezolucyi polecono nowo wybranemu Wydziałowi,

---

15) M. Flesch. Antivivisektionsbewegung, Naturärzte und Wissenschaft. Frankfurt a. Main. str. 21.

16) Rabbinowicz. La médecine du Thalmud. Paris 1880. Cyt. według Puschmanna: Geschichte des medicinischen Unterrichts. Leipzig 1889.

17) A. Moll. Aerzliche Ethik. Stuttgart 1902. na str. 495.

ażeby zajął się temi sprawami dla umożliwienia współdziałania wszystkich krajowych korporacyi lekarskich i w kierunku pozyskania prasy lekarskiej dla celów organizacyi. Szczególnie gorąco zaleciło Walne zgromadzenie Wydziałowi starać się o pozyskanie wszystkich lekarzy na członków Związku, których liczba obecnie szybko wzrasta. W.

Do Związku krajowego lekarzy przystąpili następujący lekarze z Krakowa: Dr T. Baczyński, Dr F. Blay, Dr St. Breyer, Dr E. Cetnarowski, Dr F. Eisenberg, Dr L. Friedmann, Dr A. Frommer, Dr E. Grażyński, Dr L. Gruszczyński, Dr K. Habicht, Dr L. Jakobson, Dr S. Jankowski, Prof. Dr B. Kader, Dr S. Kącki, Dr M. Kosiński, Dr J. Kostecki, Dr A. Kramarzyński, Prym. Dr A. Krokiewicz, Dr F. Laberschek, Dr O. Lang, Dr M. Leinkram, Dr L. Luster, Dr W. Łabęcki, Dr K. Morawski, Doc. Dr Fr. Nowotny, Dr W. Rec, Prym. Doc. Dr M. Rutkowski, Dr J. Schlank, Dr J. Sierankiewicz, Dr M. Sokołowski, Dr Maurycy Spira, Dr Z. Steuermark, Dr Wł. Szukiewicz, Dr P. Wysocki. W.

Stan sanitarny w m. Suchej w r. 1909. Na 6000 mieszkańców zmarło w ciągu r. 1909 120 t. j. 20‰, z tego poniżej 1. roku życia 43, a to nieżywo urodzonych oraz zmarłych w czasie, lub tuż po porodzie 16, z braku sił żywotnych 5, na zapalenie płuc 8, gruźlicę 3, drgawki 4, nieżyt jelit 3, na różę, krwawiączkę, żółtaczkę po 1 i 1 dzieciobójstwo. W wieku od 1 do 70 lat zmarło osób 50, z tego na zapalenie płuc 10, gruźlicę 11, wady serca 6, nowotwory żołądka i wątroby 5, rozedmę płuc 4, ropień mózgu 2, oparzenie 2, porażenie piorunem 1, oraz po 1 na błonicę, dur brzuszny, posocznicę, cukrzycę, marskość wątroby, niedokrwistość, udar sercowy, zapalenie otrzewnej i krzywicę. W wieku sędziwym powyżej lat 70 zmarło osób 27, z tego na uwiąd starczy 16 (najstarsza zmarła liczyła lat 104), zapalenie płuc 4, rozedmę płuc 3, nowotwór języka, marskość wątroby, zapalenie jelit po 1 i 1 wypadek śmierci gwałtownej skutkiem upadku. Z chorób zakaźnych ostrych, prócz sporadycznych przypadków odry, błonicy i płonicy, zdarzyło się w jesieni 1909 14 przypadków duru brzusznego; epidemię tę przypisać należy zupełnie niedostatecznej liczbie dobrych studzien w Suchej, oraz bardzo rozpowszechnionemu zanieczyszczaniu wód bieżących, używanych przez znaczną część mieszkańców do picia. W r. 1909 gmina uzyskała od obszaru dworskiego studnię wodociągową w rynku, dostarczającą dobrej wody do picia, jednak w niezbyt obfitej ilości. Z wiosną 1910 gmina przystępuje do budowy rzeźni, której brak dotychczas bardzo dotkliwie odczuwano. Wybrano też komisyę sanitarną gminną, która może się przyczyni do asanacyi pod względem klimatycznym niezwykle korzystnie położonego miasteczka.

Dr Spannbauer.

Kasa chorych dla lekarzy przy Stowarzyszeniu lekarzy polskich w Warszawie liczy 120 członków. W pierwszym miesiącu istnienia Kasy wypłacono odszkodowanie 2 członkom za 17 dni w kwocie 85 rb. R.

W Stowarzyszeniu lekarzy polskich w Warszawie uchwalił »Wydział bytu lekarzy« przepisy o ogłoszeniach lekarzy; między innymi uznano za ukrytą reklamę wpływanie na drukowanie wzmianek osobistych w dziennikach. R.

Wolny wybór lekarzy w Kasach chorych zwalcza »Związek przemysłowców górniczych i hutniczych« na Górnym Śląsku argumentami... politycznymi. »Wolny wybór lekarzy na Górnym Śląsku — pisze w podaniu do Rady Związkowej Rzeszy niemieckiej — przyczyniłby się do wzmocnienia przewagi po wielkopolsku myślących i oczywiście w tym kierunku agitujących lekarzy, wypierając zarazem praktykujących na Górnym Śląsku lekarzy Niemców. Albowiem skutkiem uwzględniania i bezpośredniego popierania polskich lekarzy (opłacania ich przez niemieckie kasy), popierałoby się niezawodnie wielkopolskie dążenia w walce bezwzględnej i twardej, jaką niemczyzna tam toczy. A właśnie polscy lekarze, dzięki swojej pracy zawodowej, wywierający bardzo poważne wpływy na ogniska domowe rodzin, uchodzą za najsilniejsze podpory agitacyi wielkopolskiej. Polska propagandą stara się zatem, aby tego rodzaju agitatorom zapewnić dobrze płatne stanowiska. Gdyby w tych warunkach istotnie miano uchwalić ustawę o zabezpieczeniu państwowem, któraby w tak jaskrawem stała przeciwieństwie do zwykłej polityki polskiej państwa — popierając te wrogie państwu dążenia, byłoby to istotnie niezrozumiałym i wielce opłakanym aktem prawodawstwa«. Niewiadomo, co podziwiać więcej w tym wywodzie: czy zaciekłość plemienną, czy perfidyę, pokrywającą płaszczykiem pruskiego »patryotyzmu« — całkiem pospolitą obawę o kieszeń panów przemysłowców. R.

Miejsce dla lekarza. Mieszkańcy miasteczka Załoziec w powiecie brodzkim w Galicyi, odczuwają brak drugiego lekarza. Miasteczko samo liczy 10.000 mieszkańców, ludność okoliczna zamożna i leczy się chętnie. Oprócz praktyki prywatnej miałby drugi lekarz dochody z praktyki sądowej; w przyszłości spodziewane jest utworzenie okręgu sanitarnego. Ar.

Składka noworoczna na fundusz wdów i sierot im. ś. p. Jordana. Rok 1910. (C. d.).

Po dwie korony nadesłali: Drowie T. Koźniewski, W. Mydlarski, A. Perlmutter, J. Langer, A. Damm, T. Soniewicki, Dawid Hirsch, W. Ziembicki, M. Franke, Sz. Bernadzikowski, K. Spannbauer, L. Gruder, J. Gozdecki, J. Mallik, Z. Gembarzewski, St. Kruszyński, A. Krzyształowicz, S. Poźniak, A. Mikulski, T. Fechter, S. Rappaport, M. Jaremkiewicz, B. Steinberg, M. Szyszkowski, Prof. M. Grabowski, K. Rutkowski, Prof. Reiss, J. Czarnecki, Prof. Maziarski, R. Serkowski, M. Warzeszkiewicz, Prof. Halban, Kiczałes, J. Jeger, Prof. Mars, J. Sandauer, Mg. W. Roth, Murczyński, A. Kocay, W. Mendlowski, P. Kuśnierczyk, Gólski, Przybylski (Pruchnik), A. Acht, W. Hojnacki. (C. d. n.).

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 6. III. do 12. III. 1910 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Buczacz (Koropiec 1, Barysz 3, Hrehorów 2, Nowosiółka ad Koropiec 2, Kujdanów 2), Gródek jag. (Koców ad Bar 1), Grybów (Izby 4, Banica 1), Jarosław (Rokietnica 1), Lisko (Hoszowczyk 7), Nadwórna (Wołosów 13), Mościska (Trzcieniec 2), Jaworów (Jaworów 1, Młyny 6), Stryj (Wyżłów 1, Podhorce 1), Tłumacz (Kutyska 3), Zborów (Kudobińce 8, Podhajczyki 1, Cecowa 2); nagmin. zapal. opon mózgowo rdzeniowych Bochnia (Nagórze ad Rajbrot 6). Dr T.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 6. III. do 12. III. 1910 zgłoszono przypadków: błonicy 6 † 1 (w tem obcych 2 † 1), krztuśca 1 † 1, wodowstrętu 1 † 1 (1 † 1), płonicy 6 † — (4 † —), odry 2, nagm. zapal. ślinianek 5, duru brzusznego 4 † 1 (1 † —), czerwonki 1 † 1 (1 † 1), róży 2 † — (1 † 1).

Dr Janiszewski.

Choroby zakaźne w Warszawie. Od 20. II. do 26. II. 1910 przybyło do szpitali warszawskich przypadków: ospy 26 † 3, odry 3, płonicy 3, błonicy 8, róży 11, duru plamistego 24, duru brzusznego 11 † 3. (Gaz. lek. Nr 11).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 16 b. m. posiedzenie, na którem Dr Steuermark i Prym. Borzęcki przedstawili chorych. Prof. Krzyształowicz wypowiedział wykład: »O nabłoniakach«. W dyskusyi przemawiali: Prym. Borzęcki, Prof. Reiss, Dr Eisenberg, Dr Koźniewski.

— Rada miejska uchwaliła reorganizacyę miejskiej służby zdrowia. Jest to jedna z najważniejszych uchwał, powziętych w ostatnich latach w sprawach sanitarnych przez Radę.

— Oficyalne otwarcie i poświęcenie »Lecznicy Związkowej« odbędzie się 19. III. b. r.

— Dyplom doktorski uzyskały pp. Bronisława Korabczyńska z N. Sącza i Stefania Rygierówna z Kalisza.

— Dr Andrzej Chramiec, założyciel i kierownik znanego zakładu wodoleczniczego w Zakopanem, obecnie objętego przez Towarzystwo akcyjne, obchodził 13. III. b. r. jubileusz 25-letniej pracy zawodowej.

Warszawa. Sekcya neurologiczno-psychiatryczna warszawskiego Towarzystwa lek. organizuje w r. b. osobne posiedzenia, poświęcone szczególnie ważnym zagadnieniom, jak histerya, wydzielanie wewnętrzne, postacie chorobowe naśladujące nowotwory mózgu, psychozy degeneracyjne i t. p., które przedstawią uproszeni referenci.

Z różnych stron. W Polskim Związku lekarzy i przyrodników w Petersburgu ma powstać Wydział techniczny.

— Prof. Dr Stan. Zaleski z Petersburga został wydelegowany jako przedstawiciel ministerstwa na III międzynarodowy Zjazd fizyoterapeutyczny w Paryżu.

— Dzienniki donoszą, że w Pradze powstało Stowarzyszenie słowiańskich lekarzy i aptekarzy celem wyrobu produktów odżywczych dla dzieci i chorych. Liczy ono 140 członków z 450 udziałami; są w niem reprezentowani Czesi, Polacy, Słoweńcy i Chorwaci. Do zarządu wchodzą z Polaków: Dr Władysław Żydłowicz z Krakowa i właściciel apteki K. Wenda z Warszawy.

— Charakterystyczne szczegóły o stosunkach w Rosyi podaje za »Wraczebn. Gazetą«, »Gazeta lekarska« (Nr 11). W miasteczku Borszakówce w Kijowskiem niema lekarza, ani felczera; miejscowy skład apteczny wydaje lekarstwa za »receptą«... fryzyera. Ale lekarzom-zesłańcom zakazano w Rosyi najsurowiej zajmować się praktyką nawet tam, gdzie miejscowa pomoc lekarska jest niewystarczająca.

— O przedhistorycznej chirurgii miał wykład Weber w Towarzystwie lek. w Dreznie. Gruźlicę kości daje się wykazać na kościach epoki neolitycznej, kiła kostna zjawia się dopiero po odkryciu Ameryki. Szyny do leczenia złamań kości znane były już przed 5000 laty. Czaszkę trepanowano już w epoce neolitycznej i to nietylko z powodu urazów, ale i dla leczenia padaczki i chorób umysłowych (?).

Mianowani: Dr Markusfeld etatowym ordynatorem szpitala izrael. w Warszawie.

Zmarli: Dr Władysław Nawrocki w 73 r. ż. w Warszawie.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Nowo-Pyrenol. Dr Hirschberg. (Deutsche Medizinal-Zeitung Nr 6, 1910).

Autor ordynuje pyrenol od wielu lat w swej praktyce z dobrym skutkiem w leczeniu dychawicy, krztuśca, ostrego nieżytu oskrzeli, influency i zapalenia płuc, a także w licznych przypadkach nerwic serca. W ostatnich czasach znalazły się w obiegu różne zachwalane przetwory, które miały zastąpić pyrenol, zbadane jednak ściśle okazały się naśladownictwem nie identycznem, różniącem się znacznie i niekorzystnie od oryginalnego pyrenolu.

Chcąc chorych uchronić od szkodliwych naśladownictw pyrenolu, opatentowano jego wyrób pod nazwą »Neu-Pyrenol«, który jest przetworem identycznym z pyrenolem, a o tyle doskonalszym, że łatwo rozpuszcza się w wodzie, ma smak przyjemny, a przytem podawany w pastylkach jest tańszym od pyrenolu w roztworze wodnym, gdyż 10 gr. Nowo-Pyrenolu (=20 pastylek à 0·5) kosztuje tylko M. 1·40. Hr. W.

Pastylki Gelonida. Ze szczególniejszem uwzględnieniem stosowania w ostrym wiewiórze. Dr Dreuw. (Monatshefte für prakt. Dermatologie T. 50, 1910, S. 53).

Autor opisuje nowy sposób otrzymywania pastylek, które nadzwyczaj szybko w wodzie się rozpadają na proszek, i z tego powodu nie wywołują mechanicznego podrażnienia żołądka. Pastylki te, zwane »gelonida«, wyrabia chemiczna fabryka Goedecke & Co w Berlinie, N. 24.

Dreuw używał pastylek gelonida z arhoviną przy równoczesnem zastosowaniu wstrzykiwań w leczeniu wiewióra ostrego i zauważył, że podrażnienia żołądka i nerek nie występowały, a wyzdrowienie następowało prędzej, niż przy użyciu olejku sandałowego, który nieraz wywołuje ostre podrażnienie żołądka. Pastylki te, nazwane **Gelonida-Arhovini,** nie wywołują również niesmaku i odbijania się, zapewne skutkiem bardzo szybkiego rozpadania się w żołądku. Hr. W.

Eglatol. Dr Baruch. (Deutsche Aerzte-Ztg. Z. 3., 1910).

Eglatol jest odmianą wodnika chloralu, którego nasenne własności wzmocniono uretanem, zaś szkodliwe działania uboczne dodaniem kofeiny tak dalece zmniejszono, że dotychczas nigdy stosowanie dawek zwykłych nie wywoływało szkodliwego działania na serce. Przetwór ten stosować można skutecznie, z powodu jego zawartości antypiryny także przy niewielkich bolach, jako środek nasenny. Eglatol jest płynem zawiesistym, przeźroczystym jak woda, który podaje się w kapsułkach à 0·5 gr.

Baruch opisuje przypadki, w których stosował eglatol, dzieląc je na 3 grupy. I. grupa: eglatol jako środek uspokajający, II. grupa: eglatol jako środek nasenny i III. grupa: eglatol używany przy silnych bolach obok innych środków nasennych.

Autor twierdzi, że eglatol, jako lek kojący, działa w dawkach à 0·50 gr. 2—3 r. dz. zawsze skutecznie, a podawany zarówno sam dla siebie, jak również w połączeniu z innymi lekami nasennymi, nigdy szkodliwych działań ubocznych nie wywołuje, nawet podawany w ilości 2 gramów dziennie. Po obudzeniu się nie odczuwają chorzy zmęczenia. Środka tego nie należy podawać na czczy żołądek.

Eglatol wyrabia firma Goedecke & Co.

H. W.

Rok XLIX. Kraków, dnia 26. marca 1910. Nr 13.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Dalsze spostrzeżenia w sprawie leczenia płonicy surowicą [1].

Podał

Dr Wincenty Puławski

(Radziejów, gubernia warszawska).

Spostrzegając w ciągu dalszym epidemię płonicy w roku bieżącym, miałem 18 nowych przypadków, leczonych surowicą, oraz 12 przypadków, leczonych metodą zwykłą. Ponieważ od połowy kwietnia r. b. [2]) nie było już ani jednego przypadku płonicy, należy czas ten uważać za koniec spostrzeganej epidemii; pospieszam przeto ogłosić resztę przypadków spostrzeganych, aby dopełnić całokształt charakteru całej epidemii. Spostrzeżenia tegoroczne, stanowiące drugą połowę epidemii, wskazują na stopniowe zmniejszanie się złośliwości choroby przed jej wygaśnięciem.

Spostrzegane 18 przypadków grupowało się, jak następuje:

I. Co do płci: chłopców 11; dziewcząt 7.

II. Co do wieku:

0—1 = 1	7—8 = 1
1—2 = 2	10—11 = 1
2—3 = 4	12—13 = 1
4—5 = 5	21—22 = 1
6—7 = 2	

III. Co do dnia, w którym surowicę wstrzyknięto:

1—2	4—4
2—6	6—2
3—4	

IV. Co do ilości wstrzykniętej surowicy:

20 ctm³	11
30 »	3
40 »	3
50 »	1

Wśród nich w czterech przypadkach z rozległem błonicowatem zapaleniem gardła wstrzykiwano również i surowicę przeciwbłoniczą w kombinacyach następujących:

20 cm³ + 1000 J.-O. = 2 50 cm³ + 2000 J.-O. = 1
30 » + 2000 » = 1

V. Co do wielokrotności dawek:

1) jednorazowo 14
2) dwukrotnie 4

VI. Białkomocz spostrzegano w jednym przypadku, co stanowi 6% ogólnej liczby z wyłączeniem śmiertelnych.

VII. Przypadki śmiertelne w rodzinach najbliższych, przed zachorowaniem spostrzeganych chorych, były w 8 przypadkach, co stanowi 44% ogólnej liczby.

VIII. Wysypkę posurowiczą spostrzegano w 6 przypadkach, co stanowi 38% ogólnej liczby, po wyłączeniu przypadków śmiertelnych. Wysypka zjawiała się pomiędzy 5. a 12. dniem po wstrzyknięciu jedynie tylko w postaci pokrzywki, najczęściej nie zlewającej się, wędrującej po powierzchni skóry w ciągu jednego do trzech dni; prócz lekkiego swędzenia nie przyczyniała ona żadnych innych dolegliwości.

IX. Co do przypadków śmiertelnych:

TABLICA I.

L. p.	Płeć	Wiek	Ilość wstrzykniętej surowicy	Ilość dawek	Na który dzień choroby wstrzyknięto	Dzień śmierci	Uwagi
1.	Z.	4½	40 cm³	2	6 i 8	21	Gruczoły szyjne, od początku nadmiernie powiększone, zlewające się w twarde konglomeraty, około 15. dnia choroby zropiały. Przecięcie obustronne; bardzo obfity wypływ ropy aż do śmierci. Otitis putrida bilateralis. Inanitio septica. Białkomocz 2% (Esbach) bez obrzęków.
2.	M.	2	50 cm³ + 2000 J.-O.	2	6 i 7	8	T. 180, ledwo wyczuwalne; C. 38·0°; nieprzytomny. Senność, b. rozległe błonicowate zmiany gardła i gruczoły silnie powiększone i stwardniałe. Mydriasis bez odczynu; wysypka sina, na kończynach marmurkowata, żółtaczkowa. Wstrzykiwanie surowicy i ol. kamfor. bez odczynu.

X. Współcześnie spostrzegałem 12 przypadków płonicy, nie leczonej surowicą; wśród nich ciężkich było 8, z których zmarło 5. Te przypadki śmiertelne zestawiam w drugiej tablicy.

XI. Współcześnie wstrzykiwałem surowicę zapobiegawczo w trzech przypadkach, zawsze z dobrym skutkiem. Wraz z poprzednimi trzema przypadkami stanowią one razem sześć przypadków. W celu bliższej charakterystyki tych sześciu przypadków, oraz dla łatwiejszej oryentacyi zestawiam je w tablicy trzeciej.

XII. Surowica przeciwpłonicza, stosowana przezemnie, pochodziła z pracowni Prof. O. Bujwida w Krakowie. Używano seryi z dnia 9. XI. 1908; działanie jej było identyczne z działaniem w roku ubiegłym w latach poprzednich. Uważam sobie za miły obowiązek na tem miejscu serde-

[1]) Patrz: Przegląd lekarski 1909, Nr 22. [2]) 1909.

cznie podziękować Prof. Bujwidowi za łaskawe ułatwienie mi stosowania surowicy w ilościach większych u ludzi z klas najbiedniejszych, które przeważnie niestety padają ofiarą najzłośliwszych postaci płonicy.

TABLICA II.

L. p.	Płeć	Wiek	Dzień śmierci	Powikłania lub objawy przedśmiertne	Uwagi
1	M.	6	15	Lymphadenitis colli abscedens bilateralis. Sepsis. Inanitio septica.	Objawy początkowe bardzo lekkie lub średnio ciężkie.
2	Ż.	2	11	Angina diphtheroides diffusa Lymphadenitis abscedens totius colli. Sepsis universalis.	
3	M.	3	25	Nephritis. Uraemia. Eclampsia uraemica. Oedema pulmonum et laryngis.	
4	M.	10	5	Lymphadenitis colli. Meningitis Coma.	Od początku beznadziejne.
5	Ż.	2	3	Sepsis universalis. Coma. Meningitis ante mortem.	

TABLICA III.

L. p.	Płeć	Wiek	Ilość wstrzykniętej surowicy w cm³	Wynik *)	Odczyn i objawy posurowicze
1.	M.	11	20	+	W cztery godziny po wstrzyknięciu C. 38·0°; w dwie godziny później 36·5°, obfite poty. Na piąty dzień pokrzywka nieobfita, wędrująca przez 3 doby.
2.	Ż.	5	10	+	W sześć godzin po wstrzyknięciu poty przy ciepłocie 37·0°. Pocenie się trwało przez kilka godzin z przerwami. Wysypki nie było.
3.	M.	2	10	+	W pięć godzin po wstrzyknięciu poty umiarkowane, kilkakrotne przez całą noc. Ciepłota prawidłowa. Wysypki nie było.
4.	M.	3	10	+	W sześć godzin po wstrzyknięciu obfite poty przez trzy godziny; ciepłota przy potach 36·2°. Wysypki nie było.
5.	Ż.	8	10	+	W 12 godzin po wstrzyknięciu poty umiarkowane w ciągu nocy z przerwami przy ciepłocie prawidłowej. Wysypki nie było.
6.	M.	12	20	+	W trzy godziny po wstrzyknięciu C. 38·2°; dwie godziny później 36·0° przy obfitych potach, trwających całą noc. Szóstego dnia pokrzywka w ciągu dwóch dni.

Uwaga. Wśród najbliższego otoczenia były bardzo ciężkie i śmiertelne przypadki; zaraz po ich wystąpieniu lub w 2 do 3 dni później dokonano wstrzyknięć zapobiegawczych u dzieci, które przedtem i potem żyły w bliskiej styczności z chorymi.

---

*) W rubryce wynik znak + oznacza skutek dodatni, t. j. u danego osobnika płonica nie wystąpiła. Przypadki te nie zostały włączone w statystykę ogólną.

XIII. W czterech przypadkach z powodu rozległego i złośliwego błonicowatego zapalenia gardła zastosowałem leczenie skombinowane surowicą przeciwpłoniczą i przeciwbłoniczą. W jednym przypadku nie uzyskałem żadnego wyniku dodatniego, w trzech pozostałych natomiast skutek dodatni był nader szybki i bardzo pomyślny.

XIV. Zestawiając dane, otrzymane obecnie, z poprzednio ogłoszonemi (patrz Przegląd lek. r. 1909, Nr 22), przedstawiam następującą tablicę:

TABLICA IV.

Rok	Ilość ogólna przypadków	Ilość przypadków śmiertelnych	Dtto w %	Ilość przypadków ciężkich	Dtto w %	Śmiertelność ich w %	Uwagi
1908	20	12	60	15	75	80	Leczenie zwykłe
1909	12	5	42	8	66	63	
1908—1909	32	17	53	23	72	74	
1904—1907	48	20	41·6	28	58	71	
1904—1909	80	37	46	51	69	72	
1908	25	3	12	15	60	20	Leczenie surowicą
1909	18	2	11	10	55	20	
1908—1909	43	5	11·6	25	58	20	
1904—1907	69	10	14·5	35	50·7	28	
1904—1909	112	15	13	60	53·6	25	

Do przedstawionych tu danych uważam za konieczne dodać następujące uwagi:

1) Pozostawiając narazie na stronie pytanie, jakie błędy zawierać może statystyka, zbierana w podobny sposób, jak moja, jestem tego przekonania, że tylko wielka liczba przypadków, spostrzeganych podczas wielu różnych epidemii i wśród najróżnorodniejszych warunków, może dać »optimum« przybliżenia, oraz »minimum« błędów, zatem wyniki najbardziej wiarygodne i najwięcej zbliżone do istotnego stanu rzeczy, resp. działania surowicy przy płonicy. Postulat ten usprawiedliwia mnie w tem, że tak skwapliwie stosuję leczenie i ogłaszam wyniki leczenia płonicy surowicą, w której mam nadzieję z czasem znaleść sposób ratunku dla tylu beznadziejnych przypadków epidemii, pochłaniającej w życiu wiejskiem nieraz sześcioro i więcej dzieci w jednej rodzinie i podczas jednej kilkumiesięcznej epidemii, co niejednokrotnie miałem sposobność spostrzegać w ciągu ubiegłych dwudziestu lat mej praktyki lekarskiej. Sądzę, że ta okoliczność służyć mi może za najlepszą obronę przeciw mogącemu powstać zarzutowi jednostronności w danym kierunku.

2) Pomimo wszystkich warunków, najbardziej niedogodnych zarówno dla stosowania surowicy, jak i dla dokonywania spostrzeżeń w mej praktyce, nie mówiąc już o tem, że 75% moich chorych, wchodzących w statystykę, należało do sfer najbiedniejszych ludności wiejskiej i mało-

miasteczkowej, otrzymane wyniki ostateczne, jak widzimy, są po trzykroć lepsze przy leczeniu surowicą, niż przy leczeniu metodą zwykłą. Te bezwzględnie pomyślne wyniki dodatnie są dla mnie bodźcem i zachętą do dalszego stosowania surowicy przy płonicy, oraz upoważniają mnie do ich ogłaszania w tem przekonaniu i celu, że z biegiem czasu z małych liczb, jakiemi dotąd rozporządzam, stworzą się większe, mogące zaważyć i na terenie szerszym, gdzie wszyscy nieomal klinicyści-pedyatrzy, pracujący w dziedzinie seroterapii, przyznają surowicom przeciwpłoniczym działanie dodatnie. Brak szerszego poparcia w tym kierunku i pewien stopień wahania przypisać należy tej okoliczności, że używana tam surowica Mosera i analogiczne do niej muszą być stosowane dla wywołania dodatniego skutku w ilościach bardzo znacznych, n. p. 200 do 500 cm^3 w przypadkach lżejszych lub średnio ciężkich. Wpływa to zniechęcająco nawet na zwolenników seroterapii raz z powodu utrudnienia techniki wstrzykiwania, a powtóre z powodu obawy przed powikłaniami posurowiczemi, mogącemi łatwiej występować w postaciach cięższych po zastosowaniu tak wielkich dawek surowicy, bądź co bądź dla ustroju nie obojętnej. Ja osobiście zarówno przy płonicy, jak i przy błonicy, trzymam się zasady, aby, o ile można, zbytnio nie podnosić dawek surowicy zarówno jednorazowych, jak i wielokrotnych, a może dzięki temu właśnie otrzymuję wyniki zadowalniające.

3) Brak dotąd pewnych danych bakteryologicznych o zarazku płonicy, mógłby być pozornie słusznym zarzutem przeciw używaniu surowicy takiej, jaką w danej chwili mogą wytwarzać pracownie serologiczne. Lecz zarzut ten zdaniem mojem powinien upaść już choćby z tego względu, że wszystkie dotąd stosowane metody leczenia płonicy okazały się bezsilne przeciw tej pladze wieku dziecięcego, wyrządzającej większe szkody, niż osławione, a rzadko u nas spotykane: dżuma i cholera, razem wzięte. Taki stan rzeczy wymaga koniecznie bezustannego szukania nowych dróg, mogących doprowadzić do pożądanego celu, a wśród nich metoda leczenia płonicy surowicą wydaje się być drogą najwięcej, jeżeli nie jedynie, racyonalną. To zniewala nas narazie do zadowolnienia się takim środkiem, jaki w danej chwili może być przez pracownie serologiczne dostarczony w postaci najlepszej, nim nadejdzie upragniona chwila zastąpienia go doskonalszym, czy też najdoskonalszym i swoistym w ścisłem znaczeniu tego wyrazu.

Nadesłane przez Komitet łódzki 30. XII. 1909.

Z kliniki chorób wewnętrznych Prof Dra K. Wagnera w Kijowie.

W sprawie wpływu wstrzykiwań podskórnych żelatyny przy schorzeniach nerek.

Podał

Dr Jan Studziński.

(Ciąg dalszy).

Grupa I.

1. Czerwic (tasiemiec przewiercony). E. M., l. 21, wstąpiła do kliniki dyagnostycznej 25. XI. 1902 r. Choruje już od lat kilku: od czasu do czasu spostrzega w kale białe kawałeczki, oprócz tego uskarża się na uczucie ssania pod piersiami, brak łaknienia i bole głowy.

Skóra i widzialne błony śluzowe blade. Serce, płuca i narządy jamy brzusznej zmian nie przedstawiają. Dobowa ilość moczu 1600 ctm. sz., c. g. 1·015, odczyn kwaśny, barwy według Vogla II, białka i cukru niema, w osadzie niema nic chorobowego. W kale jaja i członki tasiemca przewierconego.

Podano wyciąg eterowy paproci i dnia następnego tasiemiec wyszedł całkowicie. Stan podmiotowy zadawalniający. W moczu nic chorobowego. 2. XII. za zgodą chorej wstrzyknięto jej 50 ctm. sz. 3% rozczynu żelatyny. Przez 6 godzin po wstrzykiwaniu niewielkie dreszcze i podniesienie się ciepłoty ciała do 38·7°. 3. XII., 4. XII. i 5. XII. w moczu nic chorobowego.

W danym przypadku przy nerkach zdrowych po wstrzyknięciu żelatyny nie nastąpiły żadne zmiany w moczu.

2. Krwawiączka. Sz. A., l. 19, wstąpiła do kliniki dyagnostycznej 26. I. 1903 r. Trzeci dzień cierpi na krwawienie z nosa, którego niczem nie może powstrzymać. Na krwawienie z nosa cierpi często i wogóle zauważyła, że jeżeli się skaleczy, krew zatrzymać trudno. Od wczoraj rozwolnienie.

Skóra i widzialne błony śluzowe wybitnie blade. W żyłach jarzmowych buczenie. W narządach wewnętrznych zmian nie wykryto. W nosie dużo strupów, które łatwo oddzielają się, błona śluzowa pod nimi krwawi. Dobowa ilość moczu 600 ctm. sz., c. g. 1·020, barwa według Vogla IV, odczyn kwaśny, białka i cukru niema; w osadzie z rzadka spotykają się czerwone ciałka krwi, dużo ciałek białych, wałeczków niema, nabłonka z dróg moczowych i pochwy, oraz śluzu dość dużo. Wypróżnienia 4 razy na dobę, płynne.

27. I. wstrzyknięto 200 ctm. sz. 3% rozczynu żelatyny i podano wewnętrznie 20·0 żelatyny. Po 4 godzinach po wstrzykiwaniu podniesienie się ciepłoty do 38·1°. 28. I. moczu 450 ctm. sz., c. g. 1·020, odczyn kwaśny, białka nie ma, w osadzie bardzo rzadko czerwone ciałka krwi. W nocy i dziś zrana krwawienia z nosa nie było. W nosie dużo strupków i skrzepów krwi. Okolica wstrzykiwania obrzmiała i bolesna. Podano wewnętrznie 20·0 żelatyny. 29. I. Moczu 400 ctm. sz., c. g. 1.021, białka 0·03‰, w osadzie wałeczków niema, krwinki czerwone spotyka się, lecz rzadko. Krwawienia z nosa nie było. Stolec 6 razy na dobę. Zaczerwienienia i obrzmienia w okolicy wstrzykiwania niema. Podano wewnętrznie 20·0 żelatyny. 30. I. Mocz 200 ctm. sz., c. g. 1.022, białka 0·03‰, w osadzie ani wałeczków, ani krwinek czerwonych niema. Krwawienia z nosa nie było. Stolec 10 razy na dobę, płynny. Podano makowiec (0·01) z bizmutem (0·3). 31. I. Mocz 500 ctm. sz., c. g. 1.020, białka 0·06‰, w osadzie nic chorobowego. Stolec 7 razy na dobę. 1. II. Mocz 400 ctm. sz., c. g. 1.020, białka 0·06‰, w osadzie nic chorobowego. Stolec 6 razy na dobę. Chora opuściła klinikę.

W danym przypadku już na drugi dzień po wstrzyknięciu żelatyny, zjawiło się w moczu białko. Wpływu wstrzyknięcia żelatyny na ilość i ciężar gatunkowy moczu, z powodu rozwolnienia, zauważyć nie można. Czerwone ciałka krwi w moczu prawdopodobnie nie pochodziły z nerek i znikły z moczu 4. dnia. Chorej oprócz podskórnego wstrzyknięcia żelatyny podawano żelatynę jeszcze wewnętrznie przez 3 dni. Krwawienie z nosa ustąpiło odrazu.

3. Tętniak łuku tętnicy głównej. J. W., l. 32, wstąpił do kliniki 21. X. 1908. Od roku uskarża się na kaszel i duszność, która zjawiała się na razie tylko przy wstępowaniu na schody, a ostatnimi czasy już przy najmniejszem szybszem poruszeniu. Początek choroby łączy się z zaziębieniem. W lutym r. b. przyłączyła się do tego chrypka, która z początku to ustępowała, to powracała, wreszcie pozostała stale. Chrypka po wzruszeniach wzmaga się. W r. 1900 przebył chory kiłę, na którą leczył się niedbale. Wyskoku nie nadużywał, dziedzicznie nie obciążony.

Pałeczkowate zgrubienie ostatnich członków palców na rękach, a po części i na nogach. Zgrubienia te znacznie większe na prawej ręce, która także i cała jest nieco grubsza, aniżeli lewa. Gruczoły tarczowy i chłonne nie powiększone. Objaw Oliver-Cardarelliego. Odruchy skórne i ścięgniste wzmożone. Nad szczytem lewym odgłos opukowy wyższy, aniżeli po stronie prawej. Oddech w lewym dołku nadobojczykowym oskrzelowy, w okolicy podobojczykowej i nadgrzebieniowej — szorstki. Oddech w górnej połowie

TABLICA I.

Data	Ilość wstrzykniętej żelatyny	Badanie moczu: Dobowa ilość moczu ctm. sz.	Ciężar gatunkowy	Ilość białka ‰	Składniki morfotyczne	Uwagi
28/X	100 ctm. sz. 2%	720	1.028	—	nic chorobowego	Po 4 godzinach wymioty, zawroty głowy, ogólne osłabienie, skłonność do omdleń, ciepłota 38·7°. Wieczorem i w nocy wymioty kilkakrotne.
29/X		800	1.028	—	»	Stan podmiotowy zły. W okolicy wstrzyknięcia znaczne zaczerwienienie, obrzmienie i bolesność przy dotykaniu.
30/X		700	1.028	—	»	Stan podmiotowy zadowalniający. Obrzmienia na miejscu wstrzyknięcia prawie niema, zaczerwienienie i bolesność mniejsze.
31/X—4/XI					nic chorobowego	
5/XI	100 ctm. sz. 2%	950	1.026	—	»	Przez 5 godzin po wstrzyknięciu stan podmiotowy zły, osłabienie, dreszcze, ciepłota 58·1°; wieczorem i w nocy wymioty 4 razy.
6/XI		900	1.027	—	»	Na miejscu wstrzyknięcia znaczne zaczerwienienie, obrzmienie i bolesność
7/XI		1000	1.024	ślady	»	
8/XI		1000	1.024	»	»	
9/XI—10/XI					nic chorobowego	
11/XI	50 ctm. sz. 4%	1000	1.026	—	»	Po 5 godzinach po wstrzyknięciu stan podmiotowy zły, wymioty 1 raz, ciepłota 38·1°.
12/XI		1000	1.025	—	»	Objawy miejscowe, jak poprzednio.
13/XI		900	1.027	ślady	Wałeczki szkliste 1—2 w preparacie	
14/XI		900	1.027	»	nic chorobowego	
15/XI—21/XI					nic chorobowego	
22/XI	50 ctm. sz. 4%	900	1.025	—	»	Przez 4 godziny po wstrzyknięciu ciepłota 38·2°; stan podmiotowy zadowalniający.
23/XI		850	1.025	—	Wałeczki szkliste 1—2 w preparacie	Objawy miejscowe, jak poprzednio.
24/XI		900	1.027	ślady	»	
25/XI—8/XII					nic chorobowego	
9/XII	50 ctm. sz. 4%	1000	1.024	—	nic chorobowego	Przez 4 godziny po wstrzyknięciu ciepłota 38·6°.
10/XII—13/XII					nic chorobowego	
14/XII	50 ctm. sz. 4%	1000	1.025	—	»	Przez 6 godzin po wstrzyknięciu ciepłota 38 2°.
15/XII		1150	1.020	—	»	
16/XII		920	1.020	ślady	»	
17/XII—18/XII					nic chorobowego	
19/XII	50 ctm. sz. 4%	800	1.027	—	»	Przez 4 g. — ciepłota 37·8°.
20/XII—22/XII					nic chorobowego	
23/XII	50 ctm. sz. 4%	950	1.024	—	»	Przez 4 g. — ciepłota 37·4°.
24/XII—27/XII					nic chorobowego	
28/XII	50 ctm. sz. 4%	950	1.024	—	»	Przez 4 g. — ciepłota 37·5°.
29/XII—16/I					nic chorobowego	
17/I	75 ctm. sz. 3%	1200	1.022	—	»	Przez 4 g. — ciepłota 37·5°.
18/I—21/I					nic chorobowego	
22/I	50 ctm. sz. 4%	1200	1.023	—	»	Przez 4 g. — ciepłota 37·9°.
23/I—26/I					nic chorobowego	
27/I	50 ctm. sz. 4%	1350	1.023	—	»	Przez 4 g. — ciepłota 37·2°.
28/I—30/I					nic chorobowego	
31/I	50 ctm. sz. 4%	1200	1.023	—	»	Przez 4 g. — ciepłota 37·5°.
1/II—4/II					nic chorobowego	
5/II	50 ctm. sz. 4%	1000	1.025	—	»	Przez 4 g. — ciepłota 37·3°.
6/II—9/II					nic chorobowego	
10/II	50 ctm. sz. 4%	1200	1.024	—	»	Przez 4 g. — ciepłota 37·3°
11/II—14/II					nic chorobowego	

klatki piersiowej — mocniejszy po stronie prawej, w dolnej — po stronie lewej. Rzężeń niema. Granica stłumienia serca: prawa na lewej linii mostkowej, górna na 4. żebrze, lewa na linii sutkowej. Nad rękojeścią mostka i na 3 ctm. w prawo i prawie na tyleż w lewo od niej, daje się zauważyć pewne przytłumienie odgłosu opukowego. Chwilami, nad mostkiem i nad tętnicą główną daje się słyszeć słaby szmer skurczowy. Tętno 80 w minucie, pełne po stronie

prawej, ledwie macalne w lewej tętnicy sprychowej; tętno jest słabsze również i w lewych tętnicach podobojczykowej i szyjnej. Przy wziernikowaniu krtani spostrzega się trupie ustawienie lewej struny głosowej. Na rentgenogramie zaciemnienie, odpowiadające stłumieniu na rękojeści mostka i po bokach przechodzące w zaciemnienie serca. Brzuch miernie wzdęty, niebolesny. Wątroba nie macalna, śledziona wystaje na $^1/_2$ palca z pod łuku żebrowego. Moczu na dobę 1200 ct. sz., c. g. 1020, odczyn kwaśny, białka i cukru niema; w osadzie nic chorobowego.

Od 21. X. do 27. X. bez zmiany.

W danym przypadku wstrzyknięto żelatynę 15 razy. Po pierwszych 3 wstrzykiwaniach za każdym razem spostrzegano zły stan podmiotowy, skłonność do omdleń i wymioty; objawy te za każdym następnym razem były coraz słabsze, tak że już wstrzykiwanie 4. nie było połączone z żadnemi nieprzyjemnemi podmiotowemi wrażeniami. Co do zmian przedmiotowych, należy zaznaczyć tylko stopniowe każdorazowe zmniejszanie się podwyższenia ciepłoty: ustrój jak gdyby przyzwyczaja się do wprowadzania żelatyny. Objawy miejscowe były prawie zawsze jednakowe. Na ilość i ciężar właściwy moczu wstrzykiwania żelatyny wpływu nie wywierały, natomiast po 2, 3, 4, 6 wstrzykiwaniach zjawiały się w moczu zwykle na 3 dzień (tylko po 4 wstrzykiwaniu na 2) ślady białka i z rzadka wałeczki szkliste, nabłonka nerkowego ani krwinek czerwonych nie spostrzegano. Po 1—2 dniach białko i wałeczki ustępowały z moczu.

W tej grupie u ludzi z nerkami zdrowemi (ponieważ w przypadku drugim na podstawie tylko pojedynczych krwinek czerwonych w moczu, niewiadomego przytem pochodzenia, według naszego zdania nie można przyjąć schorzenia nerek), tylko w pierwszym przypadku nie spostrzegano w moczu ani białka, ani chorobowych składników morfotycznych; w przypadku 2 powstało na 3 dzień białko, utrzymywało się przez 4 dni i kiedy ustąpiło — niewiadomo, ponieważ chora opuściła klinikę. W przypadku 3 z 15. wstrzyknięć białko i wałeczki zjawiły się 4 razy, przyczem zjawianie się następowało zwykle na 3 dzień, a znikanie — na 4. 5. dzień. Na ilość i ciężar właściwy moczu wpływu podskórnych wstrzykiwań żelatyny w tej grupie zauważyć nie można. (C. d. n.).

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

(Jama brzuszna).

Lederer. **Przyczynek do leczenia niedrożności jelit atropiną.** (Med. Klinik 1910, Nr 1). Wiadomo, że atropina często działa bardzo dobrze przy niedrożności jelit. Lekarze w środkowej Europie, w krajach cywilizowanych, nie potrzebują uciekać się tak często do atropiny, albowiem łatwiej tu zastosować inne sposoby leczenia, ewentualnie operacyę. Inaczej jednak rzecz się ma w krajach takich, jak n. p. w Bośni, gdzie lekarzy i szpitali jest bardzo mało, a ludność niema żadnego zaufania do operacyi i wogóle rzadko daje się operować. Tu od początku trzeba myśleć zawsze o takiem leczeniu, któreby ewentualnie poniekąd operacyę zastąpić mogło. Przy niedrożności jelit, zwłaszcza porażnej, znakomitym takim środkiem jest atropina. Właśnie w Bośni spostrzegał L. najczęściej niedrożność na tle porażnem, a to wskutek przeładowywania przewodu pokarmowego potrawami mącznemi. Tak n. p. w połowie przeszło przypadków niedrożność jelit występuje w Bośni u ludności muzułmańskiej w czasie postu »ramazan«. Wtedy nie wolno jeść nic przez dzień i dopiero późnym wieczorem objadają się »wierni« naraz dużemi ilościami potraw. Zwykle zgłaszają się chorzy do szpitala 4—5 dnia choroby i o operacyi nie chcą nawet słyszeć. L. podaje wtedy atropinę podskórnie, najpierw dawkę próbną 0,001, a wkrótce potem 0,003—0,005. Zwykle najdalej w 10 godzin występuje skutek. Potem jeszcze przez kilka dni trwają biegunki i odchodzą całe masy niestrawionych potraw, zwłaszcza strączkowych. W 10 przypadkach, leczonych w ten sposób, osiągnął L. wynik dobry, raz tylko było zejście śmiertelne nagłe u chorego, mającego już opuścić szpital. K.

Berkofsky. **Doświadczenia nad leczeniem uwięzniętych jelit zgorzelinowych.** (Woln. Stowarz. chirurgów. Berlin, czerwiec, 1909). B. donosi o 302 uwięznięciach jelit z oddziału Prof. Neumanna. 60% było powikłanych zgorzelą jelita. Przeważnie na jelitach cienkich wykonywano odrazu wycięcia (śmiertelność 32·6%), na jelitach grubych operowano dwuczasowo z wyłożeniem jelita. Jelita łączono przeważnie guzikiem Murphyego. B. uważa guzik za sposób idealny łączenia jelit. Operuje się szybko i pewnie, złączenie jest ścisłe, a, co główna, jelito nie może się zapaść (jak to często przy szwie bywa) w miejscu wycięcia, przez co powstałaby niedrożność. A.

Kappeler. **Pęknięcie uwięzniętego jelita przy odprowadzeniu.** (Deutsche Zft. f. Chir. 1909, T. 100). Niektórzy zaprzeczają, aby jelito zdrowe pęknąć mogło wśród forsownych prób odprowadzania. K. przytacza na dowód, że tak być może, 8 przypadków, z czego 3 własne. Pamiętać należy, że trudno tu z góry powiedzieć, czy jelito jest zdrowe, czy nie. Nieraz i przy operacyi jeszcze się nad tem namyślamy. Czas trwania uwięznięcia nie zawsze może być wskazówką, bo przy silnych uwięznięciach nawet w krótkim czasie wystąpić może zgorzel jelita, a naodwrót nieraz jelito pozostaje zdrowem nawet i długi czas. Również i łatwość odprowadzenia niczego nie dowodzi. Tak n. p. na 8 wspomnianych przypadków pęknięcia jelita, w 4 chorzy odprowadzili sobie sami uwięznięte pętle, co dowodzi, że odprowadzenie nie było zanadto forsowne, bo chory zawsze siebie oszczędza i odprowadza jelito nieraz ostrożniej od lekarza. — Rokowanie przy pęknięciach takich zawisło od wczesnego rozpoznania i operacyi. K.

Doc. Holzknecht. **Prawidłowe ruchy robaczkowe jelita grubego.** (Münch. med. Wochs. 1909, Nr 47). Gdy zapomocą promieni Röntgena poznaliśmy już ruchy przełyku, żołądka, a po części i jelit cienkich, to co do jelita grubego sprawa ta nie jest jeszcze wyjaśniona, może być z tego powodu, że przy badaniu kiszki, zawierającej bizmut, nie spostrzegamy zwykle żadnych ruchów. H., mający rozległe doświadczenie na tem polu, na 1000 przypadków badania kiszki (trwającego po 5—15 minut), zaledwo w 2 przypadkach spostrzegał jej ruchy robaczkowe. Przedstawiały się one w następujący spotób: prawidłowo w kiszce, napełnionej bizmutem, widać dokładnie t. zw. segmentacyę, t. j. odlew wypukleń (haustra). Otóż przy spostrzeganym ruchu w okrężnicy poprzecznej ginęła nagle ta segmentacya i kiszka stawała się zupełnie równą. Wśród tego słup kału, zawierający bizmut, przesunął się do okrężnicy zstępującej i pętli esowatej, gdzie także znikła segmentacya. Trwało to ze 3 sekundy, poczem zaraz segmentacya z powrotem się pojawiła. Wprawdzie ruch ten spostrzegał H. zaledwo 2 razy na tysiąc, niemniej jednak twierdzi, że ruch taki jest właściwym ruchem robaczkowym jelita grubego; ruch ten występuje jednak 2—3 razy na dobę i to przez kilka sekund, dlatego też jest to po prostu szczęśliwym trafem zobaczyć go przypadkowo na ekranie. Że ruch ten uważać należy za właściwy ruch robaczkowy, dowodzą następujące okoliczności: 1) Nie spostrzegano dotąd żadnego innego ruchu, a jakiś przecież istnieć musi. 2) Ponieważ często badania nawet 15-minutowe nie wykazują żadnego ruchu w jelicie grubem, a przecież kał się posuwać musi, należy przypuścić, że to przesunięcie kału odbywa się co pewien czas nagle, tak jak to H. spostrze-

gał, i trwa kilka sekund. 3) Inne ruchy robaczkowe odbywają się także rytmicznie co pewien czas. 4) Przy sztucznym odbycie wydziela się z przetoki co kilka godzin (3—4 razy dziennie) naraz spora ilość kału, co odpowiada właśnie tym nagłym ruchom jelita grubego, w wielkich odstępach czasu się odbywającym. Ludzie zdrowi odczuwają również zwykle kilka razy dnia rzekomą potrzebę oddania stolca (Steinach). Jelito więc grube, prócz tych kilku ruchów, odbywających się w odstępach mniej więcej 8 godzin, zresztą spoczywa spokojnie; w czasie tych ruchów słup kału posuwa się naprzód. Wypuklenia okrężnicy (haustra) nie mają nic wspólnego z ruchem, owszem wśród ruchu znikają. Zadaniem tych wypukleń jest zapewne powiększenie powierzchni zetknięcia się pomiędzy jelitem, a treścią. — Fakta te przemawiają za tem, że przypuszczalny dawniej wolny ruch robaczkowy w jelicie grubem nie istnieje wcale; jelito to tylko od czasu do czasu wykonuje szybkie, a krótkie ruchy. K.

Kehr. **Przyczynek do chirurgicznego leczenia przewlekłej żółtaczki.** (Münch. med. Wochs. 1909, Nr 48). W swej klinice prywatnej wykonał Kehr dotąd 1500 operacyi wątrobowych. Wskazania do operacyi dróg żółciowych są według K. następujące: Bezwzględne: 1) ostry lub przewlekły ropniak pęcherzyka żółciowego, 2) przewlekłe zatkanie przewodu wspólnego. Względne: długo trwające kolki, upośledzające zdolność do zarobkowania.

W niniejszej pracy zajmuje się K. przedewszystkiem omówieniem leczenia żółtaczki przewlekłej (z wyłączeniem cierpień samej wątroby, icterus toxicus, haemoglobinuricus, infectiosus, syphiliticus i t. p.). Przy rozważaniu przyczyny przewlekłej żółtaczki zwrócić należy uwagę przedewszystkiem na wywiady. Cierpienie zacząć się może bolami (kamienie), kolkami, lub bezboleśnie (sprawy nieżytowe). Nieżyt dwunastnicy przebiega zwykle bez objawów bolesnych w przeciwieństwie do cierpień trzustki, którym towarzyszyć mogą bole lub niemiłe uczucia. Żółtaczkę nieżytową rozpoznaje się za często, a raczej przyjąwszy sprawę nieżytową, przeoczamy inne cierpienia. Dlatego też (zwłaszcza u ludzi starszych) trzeba przy żółtaczce z początku rokować ostrożnie i zastrzedz się, że jeżeli do 6 tygodni żółtaczka nie ustąpi, to trzeba myśleć o poważnem cierpieniu, względnie o operacyi, jeżeli stale utrzymują się bole, gorączka i występuje upadek sił. Zdarza się też, że żółtaczka ustępuje, a potem zjawia się na nowo (przewlekłe napadowe zatkanie przewodu wspólnego). W przeciwieństwie do tego żółtaczka wskutek blizn lub nowotworu wzmaga się stale z tygodnia na tydzień. Przy kamieniach pęcherzyk żółciowy jest w 70—90% zmniejszony i nie wyczuwalny, przy nowotworze zaś zwykle powiększony. Za obecnością nowotworu przemawia powstanie choroby bez bolu, stałe wzmaganie się żółtaczki i powiększenie pęcherzyka żółciowego; za kamieniami przemawia powstanie choroby wśród bolów i kolek, zmienna żółtaczka, raz większa, raz mniejsza, dreszcze, gorączka od czasu do czasu i t. p. W obu przypadkach wskazana jest operacya. — Przewlekła żółtaczka, nie operowana na czas, pociągnąć może za sobą marskość żółciową wątroby, skazę żółciową lub zapalenie dróg żółciowych. Wtedy oczywiście wynik operacyi nie będzie już pomyślny. Wielu lekarzy sprzeciwia się operacyi przy przewlekłej żółtaczce, a to z kilku powodów. Jedni twierdzą, że nie warto narażać takich chorych na operacyę, bo zwykle spotka się przy niej nieuleczalne cierpienie, jak marskość, lub raka. Inni twierdzą, że operacya w podobnych przypadkach jest niebezpieczna ze względu na trudno dające się utamować krwawienia, a jeszcze inni są zdania, że chorzy na żółtaczkę są mało odporni na wszelkie powikłania śród- i pooperacyjne. Zdania te po większej części nie sprawdzają się, jeżeli się postępuje ostrożnie. Bardzo często przy operacyi nie spotyka się właśnie ani raka, ani marskości, lecz inne cierpienie, będące dla leczenia wdzięcznem polem. Krwotoki u chorych na żółtaczkę nie są zwykle zbyt straszne. Ewentualnie radzi K. podawać przez 6 dni przed operacyą trzy razy dnia 2 grm chlorku wapna podług Mayo-Robsona. Także nie jest zgodne z rzeczywistością twierdzenie, że chorzy na żółtaczkę są mało odporni na wszelkie powikłania. Doświadczenie autora wcale za tem nie przemawia. Śmiertelność nie jest wcale większa, niż przy innych ciężkich operacyach i powikłania nie są wcale częstsze.

Obecnie o ile możności usuwa K. pęcherzyk i sączkuje przewód wspólny. Po operacyach spostrzegał K. rzadko zapalenia płuc i zatory. K. nie pozwala chorym wczas wstawać (dopiero po 15 dniach), ale natomiast sadza ich wczas w łóżku i pozwala spuszczać nogi, polecając je miesić i poruszać. Kobietom przed uśpieniem wieczorem podaje weronal, a rano lewatywę z wina, u mężczyzn, prócz uśpienia, wstrzykuje skopolaminę z morfiną. Ręce myje K. 20 minut wodą i mydłem, 5 minut spirytusem mydlanym i 5 minut 90% alkoholem. Cięcie brzuszne powinno być dość szerokie. Przewód wspólny sączkuje K. zapomocą sączka w kształcie litery T.

W końcu omawia K. wartość próby Cammidgea i dochodzi do wniosku, że dla lekarza praktycznego wobec wątpliwych wyników, a żmudnej techniki wykonania, jest ta próba zupełnie bezużyteczna. Klęsk.

Guleke. **O podskórnych pęknięciach trzustki.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 2). Pęknięcia trzustki rzadko występują same (dotąd opisano tylko 28 podobnych przypadków), a zwykle wspólnie z uszkodzeniem sąsiednich narządów, jak żołądka, nerek, śledziony i t. p. Wtedy też objawy bywają gwałtowne, a pochodzą one od uszkodzenia innych narządów, natomiast pęknięcie trzustki samo, jak na to zwrócił już uwagę Garré, przebiega z początku prawie bez objawów i zjawiają się one dopiero w parę dni. Trzustka pęka prawie zawsze od tyłu, t. j. przy kręgosłupie, tak że często przy operacyi możemy mimo pęknięcia znaleść, idąc od przodu, zupełnie napozór prawidłowe stosunki, jak to w jednym z 4 przypadków autora się wydarzyło.

Operacya polega w tych przypadkach na dokładnem odsłonięciu drogi do trzustki, celem starannej tamponady, i to albo przez więzadło żołądkowo-okrężnicze, wątrobowo-żołądkowe lub też przez krezkę okrężnicy poprzecznej. Przy pęknięciach trzustki często tworzą się zaotrzewne ropnie, nieraz ogromnych rozmiarów, skłonne do opuszczania się w dół. Ropnie te występują częściej po stronie lewej. Często też przy pęknięciach trzustki wytwarza się t. zw. torbiel wrzekoma, zwłaszcza jeżeli otwór Winslowa wcześnie ulegnie zamknięciu, a więzadło wątrobowo-żołądkowe jest nienaruszone. Jeżeli powłoka otrzewna jest cała, wtedy wylew krwi nastąpić może poza nią i guz wypukla się do torby sieciowej. Te guzy zmieniać mogą swe położenie, t. j. obniżać się trochę ku dołowi. Torbiele wrzekome mogą zniknąć same, t. j. uledz wessaniu, jak tego dowodzi przypadek G., zwykle jednak należy przystąpić do ich otwarcia.

Co do postępowania, to w razie objawów groźnych operujemy odrazu, gdy zaś sprawa ma dążność do odgraniczania się (a zwykle wtedy objawy otrzewne są słabo zaznaczone), to odczekujemy utworzenia się torbiela. K.

Prof. Hoehne. **W sprawie zapobiegania pooperacyjnemu zapaleniu otrzewnej.** (Münch. med. Wochs. 1909, Nr 49). Punktem wyjścia pracy H. i Pfannenstiela były doświadczenia Glimma, który na podstawie ich doszedł do przekonania, że przez śródotrzewne wstrzykiwania oliwy udaje się u królików zatrzymać zupełnie lub zmniejszyć przedostawanie się drobnoustrojów z otrzewnej do obiegu krwi. Spostrzeżenie to Glimm tłomaczy tem, że olej zatyka drogi limfatyczne. Na tej podstawie polecał nawet Glimm w rozpaczliwych przypadkach zapalenia otrzewnej, po zastosowaniu innych środków próbować jeszcze śródotrzewnych wstrzykiwań 1% olejku kamforowego w ilości około 130 cm³. Natomiast przestrzega G. przed zapobiegawczemi wstrzykiwaniami olejku, albowiem jeszcze nie wiadomo, jak zdrowa otrzewna na te wstrzykiwania u czło-

wicka oddziaływa. Cała ta sprawa wydała się autorowi o tyle niejasną, że w razie, gdyby to zwolnienie wessania polegało rzeczywiście na zatykaniu dróg limfatycznych tłuszczem, w takim razie obawiaćby się należało przytem zatorów tłuszczowych płuc. H. przeprowadził więc doświadczenia na zwierzętach. Do wstrzykiwanego oleju dodawał różne drażniące środki i przekonał się, że wessanie odbywało się tem wolniej, im otrzewna była więcej podrażnioną. Badanie makro- i mikroskopowe płuc nie wykazywało, by tłuszcz zatykał drogi limfatyczne, a przy licznych doświadczeniach tylko raz wystąpił śmiertelny zator płuca po wstrzyknięciu do otrzewnej do 20 cm³ oleju sezamowego. Ilość to bezwarunkowo za wielka (dla królika wynosi dawka średnio 8 cm³). Gdy się przytem stosuje oliwę lub olejek kamforowy, powikłania płucne są wprost wyłączone, jak to wykazały doświadczenia Pfannenstiela. W końcu doszedł H. do następującego przekonania: Wstrzykiwania oleju zwalniają wessanie drobnoustrojów wybitnie jedynie wtedy, gdy olej wstrzyknięto do otrzewnej na 24 godzin lub wcześniej przed zakażeniem. Natomiast, jeżeli zwierzętom wstrzyknie się olej równocześnie z drobnoustrojami lub nawet po zakażeniu, wtedy niema już żadnej różnicy między zwierzętami tak traktowanemi, a temi, którym oleju nie wstrzyknięto, a nawet zakażenie u traktowanych olejem przebiegało nieraz ciężej. Działanie oleju nie polega tu na zatykaniu dróg limfatycznych, lecz na podrażnieniu otrzewnej, przez to gromadzą się w jamie brzusznej ciała ochronne. Że tak jest rzeczywiście, dowodzi fakt, że zupełnie analogicznie do oleju działają w otrzewnej i inne ciała, jak n. p. tłuczone szkło i zabite hodowle drobnoustrojów. Wobec tego uodporniał H. króliki, wstrzykując im 8 cm³ 10% olejku kamforowego i zakażając w 24 godzin dużemi dawkami prątka okrężnicy. Z 11 zwierząt padło tylko jedno, i to z powodu wadliwej techniki operowania. Pozostałe 10 zwierząt miało się zupełnie dobrze. Natomiast z 15 zwierząt, uodpornionych na krótki czas przed zakażeniem (1½—6 godzin), 12 padło szybko, a 3 wyzdrowiało po bardzo ciężkiem schorzeniu. We krwi, wydobytej za życia z serca, stwierdzano zawsze rychło drobnoustroje. Wobec tych wyników doświadczeń czuł się autor uprawnionym do zastosowania tego sposobu u ludzi. Postanowił więc na 25 godzin przed operacyą, (która ewentualnie groziła zakażeniem otrzewnej), wstrzykiwać do otrzewnej mniej więcej około 30 cm³ jałowego 10% olejku kamforowego. Po raz pierwszy zastosowano to (w oszołomieniu eterowem) u chorej, która następnie po 4 dniach była operowana z powodu raka macicy. W czasie operacyi stwierdzono, że otrzewna jest pokryta nalotem, składającym się z włóknika, zawiesiny olejku i leukocytów. Naloty działały na pożywkach wybitnie bakteryobójczo. Przebieg pooperacyjny zupełnie dobry, mimo, że cała rana zewnętrzna silnie była zakażona. Następnie użyto tego sposobu w 42 przypadkach operacyjnych. W znieczuleniu miejscowem (2—3 cm³ ½ proc. nowokainy) małem cięciem w linii środkowej poniżej pępka przecina się małym nożykiem powłoki aż do powięzi, a potem wprowadza mały trójgraniec i wstrzykuje do otrzewnej około 30 cm³ ogrzanego do ciepłoty ciała (10%) olejku kamforowego. Rankę zasypuje się dermatolem i opatruje plastrem. — H. wyraża zdanie, że sposób ten nadaje się obecnie już zupełnie dobrze do rozpowszechnienia. Klęsk.

Ginekologia i położnictwo.

Albers-Schönberg. **O działaniu promieni Röntgena na narządy płciowe żeńskie.** (Tow. lek. Hamburg. 1909. 2. XI.). Po naświetlaniu jajników ulegają zanikowi pęcherzyki Graffa, a wskutek tego występuje sztuczne ustanie miesiączkowania. Leczniczo stosowano naświetlanie jajników przy krwotokach wskutek mięśniaków i w okresie przekwitania. Zwłaszcza dobry wynik uzyskuje się u kobiet w początkach lat przejściowych (do 48. roku życia). U młodych osób należy leczenia tego zaprzestać, gdy po pierwszych posiedzeniach (bardzo silna dawka) nie spostrzeże się żadnego wpływu na krwawienie. Jedne mięśniaki zmniejszają się bardzo szybko, inne natomiast opierają się temu leczeniu zupełnie. Nie należy stosować naświetlań u osób bardzo już niedokrwistych, zwłaszcza z objawami sercowymi (Myomherz), gdyż wtedy czasem w początkach leczenia krwawienie może się nawet zwiększyć. Nie jest rozstrzygniętą rzeczą, czy po naświetlaniach mięśniaki zmniejszają się same bezpośrednio wskutek naświetlań, czy też dopiero wskutek wpływu jajników. A.

Leon Bernard. **Leczenie zmiękniemia kości adrenaliną.** (Presse méd. 1909, Nr 93). Autor opisuje niezwykłe, prawie zupełne uleczenie chorej na zmięknienie kości. Chorą była dziewica 38-letnia, a zmiany były tak ciężkie, że najmniejszy ruch sprawiał dotkliwe bole. Z bardzo dokładnego opisu choroby nabieramy istotnie wyobrażenia, że chora znajdowała się wprost w rozpaczliwym stanie. Chorej wstrzykiwano pod skórę chlorek adrenaliny (1‰) co drugi dzień w dawce 1 cm³. Leczenie rozpoczęło się w listopadzie 1907, a skończyło w lipcu 1909. W tym czasie dostała chora 183 cm³ adrenaliny. Dopiero po 30. wstrzyknięciu stan chorej wyraźnie się poprawił, a dopiero po setnem wstrzyknięciu można było mówić o wyleczeniu, lecz mimo wyleczenia B. nie zaniechał dalszego stosowania adrenaliny. Żadnych skutków ubocznych B. nie spostrzegał. B. podkreśla, że zmięknienie kości można uleczyć adrenaliną, ale tylko wtedy, jeśli się ją stosuje długo i tylko drogą podskórną. Na podstawie rozważań działania adrenaliny i różnych sposobów leczenia zmięknienia kości, dochodzi B. do wniosku, że nie można uważać zmięknienia kości za odrębną jednostkę chorobową, wywołaną jedyną i stałą przyczyną, ale że zmięknienie kości stanowi zbiór objawów anatomo-klinicznych, wywołanych odwapnieniem kości i to z różnych powodów, dotąd nieznanych dokładnie. Stabr.

Rosthorn. **Zapalenie wyrostka robaczkowego a schorzenia przydatków macicy.** (Arch. f. Gyn. 89. Z. 1). Zaznaczając różnorodność w ułożeniu wyrostka, zaprzecza R. stanowczo istnieniu połączeń między naczyniami limfatycznemi i krwionośnemi wyrostka robaczkowego, a części rodnych. Co do częstości występowania zapalenia wyrostka robaczkowego u mężczyzn lub u kobiet, to zdaje się, niema różnic, jedynie przebieg u kobiet bywa więcej przewlekły. W rozpoznaniu różniczkowem będzie chodzić przedewszystkiem o skręt torbieli jajnikowych, ciążę trąbkową, sprawy zapalne przydatków ze zmianami otrzewnemi. Ostry i gwałtowny początek, szybkie uogólnienie się sprawy na otrzewną, często ogromnie utrudnia rozpoznanie, w którem wielkie usługi oddają wywiady, ani bowiem siedziba guza, ani jego kształt, wielkość, zbitość i ruchomość mogą nie dać pewnego rozpoznania. Co do postępowania stoi R. na stanowisku radykalnem; radzi usuwać wyrostek, nawet prawidłowo przedstawiający się po otwarciu jamy brzusznej. Zapobiegawcze wycinanie wyrostka uważa R. za sprawę nierozstrzygniętą. Dr G. Nowotny.

Palm. **W sprawie leczenia mięśniaków macicy przy zbliżaniu się okresu przekwitania.** (Arch. f. Gyn. t. 89. z. II.). Mięśniaki macicy same przez się nie stanowią jeszcze wskazania do operacyi, lecz tylko groźne objawy, jakie one czasem wywołują (krwawienia, objawy uciskowe, zwyrodnienia). O ile jednak objawy te w zwykłych warunkach stanowią dostateczną wskazówkę dla naszego postępowania, to ocena ciężkości i niebezpieczeństwa tych objawów przy zbliżającym się okresie przekwitania napotyka na pewne trudności. Jeśli bowiem stan chorobowy w danej chwili przemawia może za operacyą, to przypuszczenie, że mający niedługo wystąpić okres przejściowy wpłynie korzystnie na dalszy przebieg choroby, rozstrzyga bardzo często na korzyść leczenia wyczekującego, zachowawczego; kto wie, czy nie za często i to najczęściej ze szkodą dla chorej. Na dowód, jak zgubne następstwa może mieć takie szablonowe traktowanie przypadków, szczególnie ze strony lekarzy-praktyków, którzy najczęściej tu rozstrzygają, podaje

autor dokładną historyę choroby przypadku, przez siebie spostrzeganego. Winter wykazał, że u przeważającej liczby chorych na mięśniaki macicy, okres przekwitania występuje dopiero po 55 r. ż., że więc przyjęcie zbliżającego się okresu przekwitania przed 50 r. ż. tych chorych, zupełnie nie uprawnia do bezwarunkowego stosowania leczenia zachowawczego. Taka zasada, aby u chorych na mięśniaki macicy przy pomocy latami czasem trwającego leczenia sporyszowego w końcu przecież doczekać się okresu przekwitania, jest tem bardziej potępienia godna, że krwawienia, trwające latami, nawet nie bardzo silne i nie ciągłe, w końcu mogą się stać dla ustroju bardzo groźne. Wpływają one bowiem niekorzystnie na mięsień sercowy i cały układ naczyniowy, wywołując następową skłonność do ciężkich bladnic, zakrzepów i zatorów, a nadto przez osłabienie odporności całego ustroju przyczyniają się do powstania lub pogorszenia chorób w innych narządach (gruźlica, zapalenie nerek i i.). Oprócz krwotoków polega niebezpieczeństwo przy bezwarunkowem postępowaniu zachowawczem na nierzadkich zwyrodnieniach złośliwych samych mięśniaków lub macic mięśniakowych (mięsak, rak 20%) Z tego wynika, że ilość i niebezpieczeństwo powikłań, jakie mięśniaki w okresie przekwitania wywołać mogą, nie są wcale małe. Autor nie chce ich przeceniać, nie stoi też na stanowisku zasadniczego operowania wszystkich mięśniaków macicy, przestrzega jednak przed szablonowem postępowaniem przy ich leczeniu w okresie krytycznym przedklimakterycznym; w szczególności zaś sądzi, że w tych przypadkach, gdzie silniejsze krwotoki znacznie przewlekają wystąpienie okresu przekwitania, należy zawsze koniecznie operować.

Dr E. Ehrenpreis.

Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

(Chirurgia).

Przy wypuszczaniu wielkich opłucnych wysięków poleca Borgherini równocześnie stopniowo wypełniać jamę opłucną wyjałowionem powietrzem, a Lucatello tlenem. Przez to można bez żadnej obawy wypuścić wszystek płyn, (bo gaz zastępuje płyn i nie dozwala na nagłą zmianę w płucu i wytworzenie się przekrwienia i obrzęku), powtóre nie spostrzega się potem nowego tworzenia się wysięku. (Rif. med. 1909, T. IV.). A.

Migdałki przed wycięciem znieczula Ruprecht zapomocą wstrzyknięcia (zwłaszcza w górne części) $1^1/_2$—3 cm^3 2% nowokainy z suprareniną, migdałek gardłowy przez głębokie wprowadzenie przy zwieszonej głowie tamponu, zmaczanego w 10% nowokainie, a błonę bębenkową przez nałożenie na nią na waciku masy (przez 15—20 minut), złożonej z 2 grm suprareny i 0,1 alipiny. (Mont. f. Ohrh. f. Zblt. i t. d. 1909, Z. 3—4). A.

Kojące ból płukanie przy zapalnych sprawach gardła i jamy ustnej uzyskuje się podług Avellisa ze subkutyny (rozpuszczalna forma anestezyny). Z 2% roztworu daje się 1—2 łyżek na szklankę wody. (Zft. f. Laryng. 1909, II. 1). A.

Przy operacyach brzusznych poleca Winkelmann poprzeczne cięcie w tylnej pochewce mięśnia prostego po jego przesunięciu na bok. Cięcie to oddało już W. cenne usługi przy operacyach na żołądku, wątrobie, wyrostku robaczkowym i częściach rodnych kobiecych, (D. Zft. f. Chir. 1909, 98. IV—V.). A.

Celem zapobieżenia porażeniu ścian jelit po operacyach brzusznych pobudza Heile ruch robaczkowy w ten sposób, że do wysokiej pętli jelita cienkiego zapomocą trójgrańca wprowadza ogrzany olejek rącznikowy w zawiesinie ze sodą i wodą. Zakłada na obrane miejsce szew kapciuchowy, wbija w środek trójgraniec, poczem po jego wyjęciu zaciąga szew. (Zblt. f. Chir. 1909, Nr 31). K.

Nagłe zgony przy zapaleniu otrzewnej powstają nieraz podług Katzensteina z tego powodu, że wskutek silnego wzdęcia jelit przepona zostaje wyparta ku górze, przez co serce układać się musi poprzecznie, a krew do aorty wpływać może tylko pod kątem, przez co powstaje znaczny opór w krążeniu, stający się nieraz przyczyną zejścia śmiertelnego. Doświadczalnie można nieraz wywołać nagłą śmierć u zwierząt przez wdmuchiwanie powietrza do jamy brzusznej, przyczem spostrzega się nagły spadek ciśnienia krwi. (Tow. chirurg. Berlin 1909, VI.). A.

Zgłębnik żołądkowy, zatykający zapomocą balonu szczelnie wpust celem zatrzymania wymiotów przy uśpieniu, n. p. w przypadku niedrożności jelit, podał Kausch. A.

Oderwaną od jelita krezkę zastąpić można podług Tarsia in Curia przez owinięcie jelita w sieć. Nieraz udaje się przytem ocalić jelito, jak to wykazały doświadczenia na zwierzętach, a gdy nawet wytworzy się w jelicie zgorzel, to sieć ochrania resztę otrzewnej od przedostawania się treści i z czasem tworzy się blizna. (Rif. med. 1909, 41—42). A.

Zupełne wyłączenie i zamknięcie okrężnicy poprzecznej, zstępującej i pętli esowatej wykonał u pewnej chorej przed 13 laty Wiesinger. Przez cały czas operowana czuła się zupełnie dobrze i dopiero obecnie zgłosiła się do operacyi z powodu niedrożności jelit; przy operacyi zmarła nagle. Wyłączone jelito było wzdęte i zawierało treść płynną, przeźroczystą. (Deut. Zft. f. Chir. 1909, 100). K.

Guzy krwawnicze polecają Anderson i Bishop leczyć sposobem Whiteheada. Stolca po operacyi nie należy zatrzymywać, lecz dbać o wolne wypróżnienia. Zwężenia wydarzają się po operacyi niezmiernie rzadko i to są zwykle tak nieznaczne, że w 3—4 tygodni dają się odrazu usunąć zapomocą palca. Sposób W. powinno się stosować tam, gdzie guzy są naokoło stolca, a sposoby inne jedynie wtedy, gdy guzy są pojedyncze, lub mnogie, ale oddzielnie rozrzucone. (Brit. med. Journ. 30. X. 1909). A.

Do operacyi krwawnic podał Jianu szczypczyki w kształcie litery T. Zakłada się je najpierw wokoło odbytu, a potem operacya odbywa się zupełnie bezkrwawo. (Rev. st. med. 1909, Nr 7). A.

Do leczenia zwężeń odbytnicy podał Rosenberg bardzo dogodny dilatator, zbudowany na wzór rozszerzaczy cewki. Wprowadza się narzędzie skręcone i pokrywa gumową osłonką. Na skali odczytać się daje stopień kalibru zwężenia. (Med. Klin. 1910, Nr 3). A.

Leczenie wypadnięcia odbytnicy przez tamponadę poleca Sick. (Zentbl. f. Chirurg. 1909, Nr 36). Zabieg ten wykonuje S. w następujący sposób: Podłużne cięcie przez tylną przegrodę krocza aż do guzicy przez powięzie miednicy aż do wiotkiej tkanki poza kiszką prostą. Oddzielenie na tępo kiszki aż do wzgórka krzyżowego, zatamowanie krwawienia zwykłą gazą, a potem tamponada gazą jodoformową lub vioformową. Tampony pozostają na miejscu 8—14 dni. Dziecko pozostaje przez cały czas w łóżku, a dopiero po 2—3 tygodniach wolno mu siedząco oddawać stolec. K.

Ulepszony cystoskop operacyjny podał Lohnstein z Berlina. Cystoskop Nitzego posiada tę wadę, że lampka znajduje się na końcu optyki i to za daleko od pętli, którą odcina się guz, przez co z jednej strony bardzo często nic nie widać blizko guza, a z drugiej lampka wpycha się w ścianę pęcherza i przypieka ją, co chorzy dotkliwie odczuwają. Modyfikacya Lohnsteina, bardzo praktyczna i użyteczna, polega na tem, że lampka znajduje się nie na końcu optycznego pręta, lecz bliżej pętli, przez co unika się wspomnianych niedogodności i operuje bardzo wygodnie. (Med. Klin. 1909, Nr 41). K.

Kamienie dróg moczowych nie występują prawie nigdy w okolicach, w których endemicznie panuje matołectwo, i naodwrót w okolicach, gdzie często spotyka się kamienie, matołectwo należy do wyjątków. Zdanie to, wypowiedziane już dawniej, potwierdzają w zupełności obecnie Küttner i Weil. Udało się wykazać, że formacye jurajskie

i kredowe usposabiają do kamicy, gdy matołectwo prawie nigdy na nich nie występuje endemicznie. (Bruns Beitr. 1909, 63. II.). K,

Przyrząd do wygodnego wyjaławiania cewników. pokrywania ich odrazu jałową maścią i jałowego ich przechowywania podał Herring z Londynu. Przyrząd ten wyrabia firma Leitera — Wiedeń. (Med. Klin. 1909, Nr 40). A.

Przy zwężeniach cewki moczowej poleca Trautmann jako środek pomocniczy obok miejscowego leczenia śródżylne wstrzykiwania fibrolizyny. (Arch. f. Derm. u. Syph. 1909, 16. IV.). A.

U matołków (3 dzieci) uzyskał Bramann wybitną poprawę co do mowy i inteligencyi przez wszczepienie (przed rokiem) gruczołu tarczowego w jamę szpikową kości piszczelowej. (Deut. med. Wochs. 1909, Nr 40). A.

Wpływ formacyi geologicznych na występowanie wola badał Bläuel z kliniki Brunsa, lecz nie zdołał stwierdzić żadnego stałego stosunku. (Münch med. Wochs. 1909, Nr 1). A.

Zwierzęta połączone ze sobą sztucznie (parabiosis) nie posiadają bezpośredniej komunikacyi drogą naczyń krwionośnych. Przekonali się o tem Cristea i Denk zapomocą wstrzykiwania do naczyń krwionośnych jednego z połączonych zwierząt, hirudyny, wywołującej, jak wiadomo, wstrzymanie krzepliwości krwi. U drugiego zwierzęcia krzepliwość krwi pozostała niezmieniona. (Med. Klinik 1910, Nr 4). K.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Akademia Umiejętności w Krakowie.

Wydział matematyczno-przyrodniczy.

Posiedzenie d. 7. marca 1910.

1) Czł. Cybulski przedstawia pracę własną p. t.: **O stosunku prądów czynnościowych do stanu czynnego mięśnia.**

Na podstawie doświadczeń, wykonanych na sercu i mięśniu łydkowym żaby zapomocą galwanometru strunowego, stwierdza autor, że zmiana elektryczna, występująca w postaci obniżenia potencyału, zwykle poprzedza właściwy stan czynny, wyrażający się zmianą kształtu mięśnia. Jest to zjawisko chwilowe, trwające bardzo krótko i całkowicie przypadające na okres utajonego podrażnienia. Podczas właściwego stanu czynnego potencyał mięśnia wraca zazwyczaj do stanu pierwotnego. Z doświadczeń autora wynika, że powszechnie przyjęte mniemanie, jakoby każde miejsce czynne tkanki było ujemne w porównaniu do miejsc pozostających w spoczynku, nie jest zgodne z prawdą. Ujemność bowiem jest tylko objawem chwilowym, niejako momentem przygotowawczym, który poprzedza właściwy stan czynny, podczas właściwego zaś stanu czynnego czynna tkanka może nietylko nie być ujemną, ale nawet stać się dodatnią.

2) Czł. H. Hoyer przedstawia pracę p. Seweryna Udzieli p. t.: **O układzie limfatycznym larwy salamandry plamistej.**

3) Czł. M. Siedlecki przedstawia pracę p. Witolda Staniewicza p. t.: **Badania doświadczalne nad trawieniem tłuszczu u wymoczków.**

4) Czł. A. Wierzejski przedstawia pracę p. Stefana Kopcia p. t.: **O morfologicznych i histologicznych skutkach kastracyi i transplantacyi u motyli.**

5) Czł. E. Godlewski przedstawia pracę p. Heleny Krzemieniewskiej p. t.: **Wpływ składników mineralnych pożywki na rozwój azotobaktera.**

(Prócz tego przedstawiono 3 prace, których przedmiot przekracza ramy »Przeglądu lekarskiego«).

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dn. 2. marca 1910.

Przewodniczy r. dw. Prof. Wicherkiewicz. — Obecnych członków 36.

1) Kol. Eisenberg przedstawia **preparaty z przypadku zgorzeli prącia,** spostrzeganego na oddziele Prym. Borzęckiego. Preparaty, wykonane metodą tuszową, okazują liczne krętki (różne od krętowłosa bladego), zaś zabarwione według metody Giemsy, oprócz tego dość liczne sierpowate bakterye typu prątków wrzecionowatych (Corynebact. fusiforme, Bac. fusiformis ant., wrzecionowce Serkowski). Obraz ten spostrzegany bywa w przypadkach zgorzelinowego zapalenia gardła (angina Vincenti), zgorzeli policzków (noma), dziągny, zgorzeli szpitalnej; Prof. Bujwid spostrzegał go w plwocinie przy zgorzeli płuc, jak pokazuje to mikrofotogram z przed lat 15. Wszystkim tym sprawom wspólna jest zgorzel cuchnąca, co tłómaczy się gnilnym rozpadem białka, wywoływanym przez beztlenowce, wywołujące te sprawy, a spostrzeganym także i w hodowlach sztucznych. (Streszczenie własne).

W dyskusyi Prym. Borzęcki nadmienia, że chory dotyczący, przyjęty w dniu dzisiejszym, podaje, iż sprawa rozpoczęła się przed 2 tygodniami bez wiadomej mu przyczyny. Sprawa chorobowa przedstawia się jako zgorzel wilgotna, zajmująca napletek, który uległ częściowemu zniszczeniu. Przypadków zgorzeli tej postaci na częściach rodnych — bądź jak w danym przypadku z zajęciem skóry prącia, czy moszny — u ludzi przeważnie w młodszym wieku spostrzegał kol. B. kilka; jeden z nich dotyczył dziewczyny 17-letniej. W żadnym przypadku zgorzel nie zajęła ciał jamistych, jąder. Przy leczeniu przeciwgnilnem udawało się w krótkim czasie ograniczyć sprawę. Przyczyny w żadnym ze spostrzeganych przypadków nie można było wykazać. (Streszczenie własne).

Kol. D. Hirsch wspomina o podobnym przypadku ze swej praktyki.

2) Kol. Radliński przedstawia dziecko 2-letnie, któremu drogą **nacięcia przełyku** (oesophagotomia) usunął monetę dwuhalerzową, tkwiącą w przełyku na poziomie górnego brzegu mostka od 2 tygodni. Zasadniczo stosowana w klinice krakowskiej w przypadkach ciał obcych przełyku ezofagoskopia nie dała w tym przypadku wyniku pomyślnego, ponieważ rurka ezofagoskopu po wprowadzeniu do ciasnego dziecinnego gardła zatykała wejście do dróg oddechowych i występowało uniemożliwiające potrzebne rękoczyny duszenie się. Przypadek, interesujący ze względu na pomyślny przebieg, pomimo, iż należał do tak zw. »zaniedbanych« (2 tygodnie), jak również przez nieznaczność objawów miejscowych i ogólnych podczas 2-tygodniowego pozostawania monety w przełyku — stan ogólny dziecka był bezgorączkowy, dobry, połykanie możliwe, coprawda tylko płynów. (Streszczenie własne).

3) Kol. Morawski przedstawia chorą po **cięciu cesarskiem pozaotrzewnem** spos. Sellheima i podnosi zalety tej metody w przeciwieństwie do cięcia cesarskiego klasycznego, z których najważniejszą jest ominięcie jamy otrzewnej i ewentracyi tak wielkiej powierzchni otrzewnej, jaką przedstawia wytoczona przed powłoki brzuszne macica przy cięciu cesarskiem klasycznem. Powikłania, podczas operacyi zachodzące, jak otwarcie otrzewnej na małej przestrzeni i pęcherza, dadzą się przy dobrej technice ominąć, a w danym razie natychmiastowy szew zapobiega szkodliwym skutkom. (Streszczenie własne).

W dyskusyi Prof. Braun zapytuje prelegenta, jakie było wskazanie do przedstawionego cięcia cesarskiego pozaotrzewnego, o czem prelegent wspomnieć przeoczył. Jak wiadomo — z chwilą kiedy Saenger podał szew maciczny — cięcie cesarskie uległo przez to takiemu ulepszeniu, że zdawało się, iż w cięciu cesarskiem Saengera nic się już poprawić nie da. Tymczasem pokazało się, że jeszcze pewne modyfikacye dadzą się przeprowadzić, i tak aby zmniejszyć

krwotok po przecięciu macicy i ułatwić zagojenie się doraźne rany macicznej podał Fritsch radę, aby macicę otwierać cięciem poprzecznem w dnie macicy, a nie jak dotąd przecinano macicę podłużnie, następnie w najnowszych czasach starano się rozszerzyć wskazanie cięcia cesarskiego zachowawczego i na te przypadki, gdzie jest wskazanie względne do cięcia cesarskiego, a tego ostatniego nie można wykonać z powodu zakażenia macicy. Dotąd cięcie cesarskie zachowawcze wykonywano tylko w przypadkach aseptycznych, — jeżeli zaś był przypadek nieczysty, to choć było wskazanie względne do cięcia, nie wykonywano go z powodu infekcyi. Otóż toczą się obecnie doświadczenia, czy w takich przypadkach nieczystych nie dałoby się zastosować cięcie cesarskie zachowawcze, ale wykonane bez otwarcia jamy brzusznej czyli zewnątrzotrzewne. (Str. własne).

Kol. Morawski podnosi, że zakażenie może już objawiać się (gorączka, dreszcz), albo może dopiero być zaszczepione przez badanie wewnętrzne, więc jest poniekąd pojęciem względnem. Cięcie cesarskie klasyczne jest przeciwwskazane po częstych badaniach wewnętrznych i po pęknięciu pęcherza, przy cięciu pozaotrzewnem względy te nie wchodzą w grę. Dalej cięcie pozaotrzewne ma tę ogromną wyższość nad klasycznem, że przy pierwszem pozostawia się poród siłom natury dopóty, aż nie wystąpi wyraźne wskazanie do operacyi ze strony matki lub płodu, i przez to zdarza się czasem, że przy dużem zwężeniu miednicy, dzięki znacznej adaptacyi kości czaszki płodu, poród odbywa się siłami natury; przy cięciu klasycznem absolutnie tak długo czekać nie wolno. (Streszczenie własne).

Kol. Braun podnosi jeszcze, że przypadek przedstawiony kwalifikował się raczej do cięcia dawnego wśródotrzewnego, bo rodząca czekała na poród w klinice, nie była badana, a zatem czysta — chyba że skrupulatnie traktując ten przypadek uznano, że po otwarciu pęcherza mogło z pochwy nastąpić zanieczyszczenie.

4) Prof. G l i ń s k i przedstawił narządy jamy brzusznej ze zwłok 30-letniego mężczyzny (P. S. 172, 1910), przed 3 tygodniami operowanego z powodu zapalenia **wyrostka robaczkowego.** Przebieg pooperacyjny początkowo był zupełnie gładki i dopiero w ostatnich dniach wystąpiły ciężkie objawy ropnicze; 1. marca zejście śmiertelne. Badanie pośmiertne stwierdziło, iż rana operacyjna zachowywała się zupełnie prawidłowo, w okolicy kątnicy wytworzyły się zrosty, odgraniczające tę okolicę od reszty jamy brzusznej. W jednej z gałązek żyły krezkowej w sąsiedztwie kątnicy znajdował się skrzep stary, przechodzący w dalszym ciągu aż do głównego pnia żyły krezkowej górnej i do żyły wrotnej, wnikający także do jednej z gałęzi, wyprowadzających krew z dolnej części jelita czczego. Skrzep ten na rozległej przestrzeni uległ ropnemu rozmiękczeniu, co dało powód do niezliczonej ilości ropni wśród miąższu wątroby i do ropnego zapalenia ścian dolnego odcinka jelita czczego; to ostatnie zapalenie przeniosło się na otrzewnę, powodując obraz zupełnie świeżego rozlanego zapalenia otrzewnej. Przypadek zasługuje na uwagę ze względu na stosunkowo rzadkie zejście zapalenia wyrostka robaczkowego, które dało powód do »thrombophlebitis purulenta mesaraica« ze wszystkiemi następstwami i do zejścia śmiertelnego, mimo należycie wykonanego zabiegu operacyjnego i mimo zupełnie dobrego gojenia się samej rany. Obraz anatomiczny przemawia za tem, że operacya wykonana nieco wcześniej (przed zakażeniem skrzepu w żyle krezkowej) byłaby uratowała życie choremu. (Streszczenie własne).

W d y s k u s y i omawia Prof. Kader stronę kliniczną przypadku. K. operował w tym przypadku z rozpoznaniem »appendicitis acuta cum peritonitide diffusa«. Usunął wyrostek robaczkowy, ranę sączkował gazą [1]). Po tygodniowym pomyślnym przebiegu wystąpiły podniesienia ciepłoty, żółtaczka, objawy wzmagającego się zatrucia septycznego, któremu chory w końcu uległ. Przypadek należy do niestety u nas tak często skierowywanych do operacyi za późno. K. wspomina jeszcze o kilku przypadkach zapalenia wyrostka, operowanych w ostatnich tygodniach i okazuje wyrostek robaczkowy, zawierający pestki od winogron, z odleżynami na śluzówce, blizkiemi przedziurawienia, wydobyty u słuchacza medycyny, który wśród bardzo nieznacznych objawów bolów, usadowionych nie w okolicy kątnicy, ale bliżej ku śródbrzuszu (K. podnosi ten objaw charakterystyczny) i nieznacznego podniesienia ciepłoty bez wyraźnych objawów otrzewnych zachorował na 30 godzin przed operacyą. Wynik pomyślny. K. jest bezwzględnym zwolennikiem zabiegu wczesnego. (Streszczenie własne).

5) Przewodniczący 1) wita, jako gościa, kol. Veselyego z Luhaczowic, 2) zawiadamia, iż kol. Rosenhauch został przy głosowaniu przyjęty do Towarzystwa.

6) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

7) Na wniosek Prof. Glińskiego i Kadera odłożono odczyt r. dw. Prof. Browicza do następnego posiedzenia.

8) Przewodniczący zagaja d y s k u s y ę nad odczytem kol. B l a s s b e r g a: **O t. zw. artrytyzmie.**

Kol. Eisenberg krytykuje nieścisłość pojęcia artrytyzmu, jak się ono zarysowuje w poglądach autorów francuskich z mnóstwem cech niestałych. Także i twierdzenia co do dziedziczności tej skazy nie wydają mu się dostatecznie uzasadnione, wobec braku statystyk kontrolnych u zdrowych, a nadto wobec nierozwiniętego stanu genealogii lekarskiej wogóle. Wobec blizkiego związku, przyjmowanego przez autorów (Moro, Escherich) między skazą wysiękową wzgl. limfatyzmem, a zołzami, możnaby może wytłómaczyć rzadkie występowanie cięższych postaci gruźlicy u artrytyków (o ile ta pewna odporność naprawdę istnieje), tem, że ludzie tacy, nabywszy w wieku dziecięcym lekkie zakażenie gruźlicze w myśl nowszych badań, potem okazują pewną odporność wobec zakażeń powtórnych, o ile te nie są zbyt ciężkie. (Streszczenie własne).

Prof. Lewkowicz wskazuje, że gdy pojęcie skazy we Francyi stale się utrzymywało, w Niemczech pod wpływem powagi Virchowa, który wypowiedział twierdzenie, że niema skaz, istnieją tylko choroby komórek, starano się to pojęcie wyłączyć. Obecnie znów do tego pojęcia powracają także i Niemcy, a trzeba podnieść na chwałę pedyatryi, początek do tego dał profesor pedyatryi we Wrocławiu, Czerny, określając ściśle pojęcie kliniczne skazy wysiękowej. Skaza ta niewątpliwie wchodzi w skład francuskiego pojęcia artrytyzmu. Może się ona kombinować z innemi zboczeniami, zasadniczo jednak, według Czernego, wbrew temu, co mówił kol. Eisenberg, należy ją oddzielić od limfatyzmu, czyli stanu ciastowatego. Skaza wysiękowa cechuje się skłonnością do spraw wysiękowych na błonach śluzowych i skórze, limfatyzm tymczasem ciastowatem wejrzeniem, czyli pewną szczególną odmianą otyłości, oraz przerostem migdałków, grudek chłonnych, grasicy i śledziony. Dla obu spraw wspólnem ma być pewne zaburzenie w gospodarce tłuszczu (a nie ciał purynowych!) i można na nie wpływać korzystnie odpowiednią dyetą, ubogą w tłuszcz i nie tuczącą. Prof. Chlumskyemu odpowiada L. że próby tuberkulinowe należy uważać za zupełnie pewne, jeżeli się nie używa próby Moro, najmniej czułej, ale zaczyna od próby Pirquetowskiej pełną tuberkuliną i przechodzi w razie jej ujemnego wyniku do wstrzyknięcia podskórnego w celu stwierdzenia odczynu wkłucia. Kol. Borzęckiemu zaś, że w przypadkach gruźlicy daleko posuniętej próby rzeczywiście mogą wypaść ujemnie, co jednak nie umniejsza ich znaczenia rozpoznawczego. (Streszczenie własne).

R. dw. Prof. Wicherkiewicz: Artrytyzm i w oku objawiać się może pod najrozmaitszemi postaciami, a odznaczają się one wszystkie przebiegiem bardzo powolnym. Zda-

[1]) Przy operacyi stwierdzono w jamie brzusznej naloty ropno-włóknikowe i skleiny; przy badaniu pośmiertnem już ich nie było — być może zniknięcie to jest wyrazem leczniczego wpływu zabiegu i surowicy przeciwpaciorkowcowej.

rzają się zapalenia spojówki bez wydzieliny. Cała spojówka przekrwiona, a w gruczołach Meiboma występują przez spojówkę przebijające złogi dnawe. I rogówka w postaci zapaleń powierzchownych bez unaczynienia, lub z małem tylko, ulega wpływom artrytyzmu. Dalej zachodzą zapalenia tęczówki, jako przewlekłe surowicze lub plastyczne. Na twardówce pojawiają się guzy już to na powierzchni, jako t. zw. »scleritis tuberosa«, już na tylnej powierzchni, a w tym przypadku pozorować mogą albo narośle, albo odczepienia siatkówki. I zmiany siatkówkowe, zwłaszcza w postaci wynaczynień i przewlekłe zapalenia pochewki nerwowej z uciskiem na nerw wzrokowy nie należą do wyjątków co do etyologii skazy moczanowej. Może najczęściej jednak z wszystkich ocznych chorób wywołaną bywa zmianami artrytycznemi w tkankach gałkowych jaskra. Łatwo to pojąć, gdy sobie przypomnimy, iż samo ciałko rzęskowe, będące siedliskiem zmian dnawych, przez swe powiększenie i ucisk na drogi odpływowe, a dalej zatkanie kanału Schlemma złogami dnawymi, mogą napady jaskry wywołać wzgl. podtrzymywać. To też nic dziwnego, iż dawniej tę właśnie chorobę nazywano »ophthalmia arthritica«. Że skaza moczanowa niejednokrotnie wpływa na powstanie jaskry, to zdaniem W. nie ulega wątpliwości, lubo często i inne choroby konstytucyjne, jak kiła, cukrzyca, także ją wywołują lub w powstaniu jej wraz z artrytyzmem współzawodniczą, a uwzględnienie tych okoliczności usuwa rozwój jaskry, gdy dobrze wykonana operacya często nie była w stanie rozwoju powstrzymać. Na poparcie twierdzenia przytacza W. przypadki z praktyki (Streszczenie własne).

W dyskusyi zabierają jeszcze głos: Prym. Borzęcki, Prof. Chlumsky, kol. D. Hirsch.

Kol. Blassberg w odpowiedzi kol. Prof. Chlumskyemu i D. Hirschowi zaznacza, że artrytyzm nie wyłącza gruźlicy, lecz że gruźlica ma się, zdaniem klinicystów francuskich, rzadziej u artrytyków pojawiać i zwykła u nich łagodniej przebiegać. Temu należy może przypisać zjawisko, podnoszone przez Sokołowskiego, że u ubogich żydów, żyjących w złych warunkach higienicznych, sprzyjających gruźlicy, mimo to gruźlica jest rzadsza. W odpowiedzi kol. Eisenbergowi zaznacza, że wprawdzie klinicyści, zdaniem biologów, popełniają, słusznie czy niesłusznie, błąd, przez przyjmowanie dziedziczności zmian nabytych, ale sprawa ta przy artrytyzmie nie ma zasadniczego znaczenia, bo chodzi tu tylko o wrodzone stany, oraz o pojawianie się ich u licznych członków i pokoleń »rodziny«, klinicznie pojętej. Nadto podnosi B., że francuskiego artrytyzmu nie należy pojmować jako oddzielnej jednostki klinicznej, o wrzekomo nieuchwytnych objawach, lecz jest to cała grupa chorobowa o wspólnem znamieniu wrodzonego zaburzenia przeróbki materyi. W tym względzie schodzą się pojęcia francuskie z nowoczesnemi pojęciami klinicystów niemieckich, którzy coraz częściej podnoszą, że trudno przyjąć oddzielnie istniejące zaburzenia jednostronne przemiany materyi, np. purynowej, lub szczawianowej, zaburzenia wyłączne asymilacyi węglowodanów, tłuszczów i t. p., lecz że te poszczególne zaburzenia są tylko przejawami lub następstwami jednego ogólnego stanu wadliwego przeróbki materyi. Czerny, Feer i inni wprowadzają »skazę wysiękową« właśnie jako wyraz zaburzeń przemiany materyi u dzieci, które to pojęcie odpowiada francuskiemu artrytyzmowi, dla odróżnienia od zołzów czyli limfatyzmu natury gruźliczej. Z Polaków bardzo dobitnie podnosi to w swoich pracach Prof. Biernacki we Lwowie, który na podstawie ścisłych badań przemiany materyi dochodzi do wniosku, że nerwice czynnościowe nie są niczem innem, jak tylko wyrazem zaburzeń przemiany materyi. Ten pogląd zaznacza się również u Krafft-Ebinga, a w nowszych czasach u Bernheima i innych klinicystów. (Streszczenie własne).

Sekretarz: Dr Bujak.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne d. 1. lutego 1910.

1) Neugebauer przedstawił **wrzekomego obojnaka o płci zapoznanej** (erreur de sexe). 28-letnia wieśniaczka okazała się mężkim spodźcem (kryptorchismus dexter, hypospadiasis peniscrotalis). Siostra chorej zmarła na gruźlicę. N. jest zdania, że konicydencya wrzekomego obojnactwa z gruźlicą nie jest bynajmniej przypadkowa, a że zarówno gruźlica, jak i wrzekome obojnactwo są wyrazem zwyrodnienia ogólnego; — dążeniem przyrody jest, aby osobnik upośledzony nie mógł pozostawiać po sobie potomstwa.

2) Puławski: **Rokowanie i leczenie w chorobie Gravesa** (Basedowa). P. omówił najważniejsze objawy choroby, którą proponuje nazywać chorobą Gravesa, gdyż bezstronne przejrzenie aktów historyi tej choroby wykazuje, że pierwszym, który ją z całą świadomością opisał, był Robert Graves. P. opiera się nietylko na danych z piśmiennictwa, ale i na własnych 75 przypadkach, spostrzeganych w Nałęczowie w ciągu lat 7, a po części na 251 przypadkach, spostrzeganych w latach poprzednich przez lekarzy Nałęczowskich.

Z trójcy objawów klinicznych uważa P. za główny przyspieszenie tętna. Z innych objawów za najczęstsze uważa drżenie, wychudnienie, uczucie gorąca i obrzęki. Co do patogenezy choroby Gravesa, to za najprawdopodobniejszą uważa P. hypotezę Santhiers-Moebiusa, uzależniającą chorobę Gravesa od nieprawidłowej czynności gruczołu tarczowego. Chorobę Gravesa charakteryzują częste nawroty, jest ona nader przewlekła, a przypadki zupełnego wyleczenia należą do rzadkości.

Leczenie polega na psychoterapii, spokoju, odżywianiu, stosowania arszeniku, elektroterapii i hydroterapii. P. zastanawia się dłużej nad zupełnie u nas zaniedbanem leczeniem chirurgicznem (strumektomia). Leczenie to w rękach pierwszorzędnych chirurgów (głównie Kochera) daje znakomite wyniki, przy małej odsetce śmiertelności ($3^1/_2$% według ostatniej statystyki Kochera). W końcu omawia P. leczenie promieniami Röntgena, które należałoby jeszcze więcej wypróbować.

W dyskusyi zaznacza Pawiński, że przyspieszenie tętna uważa za objaw najpierwszy i najpewniejszy w chorobie Gravesa. Przypomina sobie przypadek, gdzie po roku niczem niewytłómaczonego przyspieszenia tętna wystąpiły objawy choroby Basedowa. Co się tyczy operacyi, to tam, gdzie niema ucisku ze strony gruczołu tarczowego, nie należy się spieszyć z operacyą, gdyż niezawsze po usunięciu wola znikają objawy chorobowe.

Kryński podkreśla, że w ciągu ostatniego dziesięciolecia chirurgia osiągnęła w leczeniu choroby Gravesa wyniki, więcej, niż zachęcające, jak tego dowodzą zestawienia wyników operacyjnych chirurgów, rozporządzających wielkim tego rodzaju materyałem, jak Kocher, Riedel, Landström, Rehn. W tych wszystkich przypadkach, gdzie pomimo leczenia tętno się nie zwalnia i wynosi około 100 i wyżej, gdzie obwód szyi, choć powoli, lecz stale wzrasta, gdzie dołączają się objawy oczne, tam należy stanowczo przejść jaknajprędzej do zabiegu operacyjnego. Niestety pogląd ten u nas ma dotychczas bardzo niewielu zwolenników pomiędzy internistami.

Czarkowski Józef podaje, że w ostatnich latach spostrzegał 5 przypadków choroby Gravesa, operowanych przez siebie. Wynik zabiegu był świetny. Wybitna poprawa nastąpiła zaraz po operacyi.

Dydyński zwraca uwagę na przestrach, który w etyologii choroby Basedowa odgrywa znaczną rolę. Co się tyczy chirurgicznego leczenia, to widział wielu chorych Kochera podczas pobytu u niego w zakładzie. Zaznacza, że Kocher przed operacyą stosuje fosforan sodowy w ilości 6 do 8 grm. dziennie w ciągu miesiąca. W przypadkach Kochera poprawa następowała, wbrew temu, co spostrzegał Czarkow-

ski, dopiero w jakiś czas po operacyi, a nie zaraz bezpośrednio po zabiegu.

Jakowski zabiera głos w sprawie stosowania w chorobie Gravesa przetworów grasicy. Od kilku lat stosuje te przetwory i conajmniej w 10 przypadkach widział wyraźną poprawę.

Sawicki Bronisław podkreśla, że na sprawę operacyjnego leczenia choroby Gravesa zapatrują się w Niemczech dość sceptycznie. Przytacza swój przypadek, gdzie operował chorą z powodu wola, a w $^1/_2$ roku potem u chorej tej rozwinęła się typowa choroba Gravesa. Tad. Wilczyński.

Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu.

Wydział lekarski.

XIII ogólne naukowo-administracyjne posiedzenie połączonych wydziałów lekarskiego, przyrodniczego i farmaceutycznego w dniu 24 kwietnia (7 maja) 1909 roku.

Obecnych członków 27, gości 5; przewodniczący prezes prof. Zaleski. Protokóły z posiedzeń 20 lutego (5 marca) i 13/26 marca 1909 r. przyjęto.

Prezes podaje do wiadomości, że odczyt p. Barylskiego, wobec choroby prelegenta, dojść do skutku nie może.

I. Dr Eliasson odczytuje rzecz p. t.: **Nowa metoda badań za pomocą odruchów warunkowych i zastosowanie jej do badania narządów zmysłowych (słuchu).** We wszystkich dziedzinach wiedzy przyrodniczej istnieje oddawna ściśle przedmiotowa metoda badania. Wyjątek stanowi dziedzina, zajmująca się badaniem czynności wyższych ośrodków, oraz narządów zmysłowych zwierzęcia. Krok naprzód stanowi metoda odruchów warunkowych. Punktem wyjścia było dawno znane w nauce i w życiu powszedniem zjawisko wydzielania się śliny psychicznie. Taki ślinotok uważa prof. Pawłow za odruch. Lecz odruch ten warunkowy odznacza się pewnemi właściwościami, które odróżniają go od zwykłego odruchu; aby ten odruch przyszedł do skutku, potrzebne są pewne szczególne warunki, gdy natomiast zwykły, znany nam odruch jest bezwarunkowy. Aby otrzymać odruch warunkowy, niezbędne jest wywołanie odruchu bezwarunkowego. Drugą oznaką odruchu warunkowego jest nietrwałość — gaśnięcie odruchu warunkowego. Gaśnięcie ma ogromne znaczenie dla ustroju. Dla utworzenia się odruchów warunkowych niezbędne jest jednoczesne podrażnienie dwóch ośrodków kory: ślinowego i jeszcze jakiegokolwiekbądź (np. słuchowego, wzrokowego). Wtedy toruje się pomiędzy niemi droga (Bahnung). Dzięki temu wszelkie zjawisko świata zewnętrznego może stać się czynnikiem, wywołującym ślinotok. Bołdyrew np. otrzymał ślinotok na dźwięk dzwonka. Odruchy warunkowe mają być nietylko ślinne, lecz i odruchowe, ale znaczenie metodologiczne posiadają tylko odruchy warunkowe ślinne. Po wyrobieniu warunkowych, u 4 psów na różne dźwięki, autor zajął się zbadaniem, jak odróżniają psy tony muzyczne; okazało się, że dźwięki, różniące się nawzajem o $^1/_2$ tonu, psy odróżniają. Odruch ślinny na dźwięk, który specyalnie kombinowano z wlewaniem rozczynu kwasu solnego lub karmieniem proszkiem mięsnym, autor nazywa głównym. Odruchy na inne tony nazywa autor dodatkowymi. Odruchy dodatkowe mogą być otrzymane na dźwięki, różniące się od tonu głównego nie więcej niż $1^1/_2$ oktawy. Jeżeli robić z psem doświadczenia w ten sposób, żeby ton główny ciągle łączyć z wlewaniem kwasu solnego lub karmieniem proszkiem mięsnym, a inne tony puszczać w ruch, nie kombinując ich, to w ciągu kilku dni odruchy dodatkowe znikają, tj. ślina wydziela się wyłącznie na ton główny i słuch psa zdaje się absolutnym. To udoskonalenie trwa bardzo długi czas. Doświadczenia z melodyą dały następujące wyniki: 1) pies odróżnia prawdziwą melodyę od fałszywej, 2) pies wyróżnia ton, na który otrzymywał kwas solny lub proszek mięsny, w szeregu innych tonów, tworzących melodyę. Postronne dźwięki hamują odruch warunkowy. Hamowanie jest tem większe, im większa jest siła dźwięku postronnego. Dźwięk muzyczny hamuje odruch warunkowy w większym stopniu, niż dźwięk niemuzyczny. Jeżeli wyrobić odruch warunkowy na pewien dźwięk i potem doświadczeń zupełnie zaprzestać, to po upływie roku odruch warunkowy jeszcze nie znika. (Streszczenie własne).

Dyskusya: — Prof. Zaleski zaznacza, że wpływy odruchowe inne, jak np. narządu powonienia dawno już są znane i dawno już były badane. Byłoby do życzenia, żeby prelegent zechciał przeprowadzić pewną równoległą między swemi zupełnie nowemi badaniami odruchowemi co do narządu słuchu i dawnemi, co do odruchów innego charakteru i pochodzenia. — Dr. Wierciński mówił mniej więcej w tymże kierunku i przytoczył odpowiednie przykłady. — Prof. Merczyng zaznacza na wstępie, iż nie jest lekarzem i nie zna fizyologii, więc może zrobić tylko kilka uwag z punktu psychofizyki. Fechner, jak wiadomo, wykrył prawo, iż jeżeli podrażnienie wzrasta w stosunku geometrycznym, to odczuwanie (percepcya) rośnie tylko w stosunku arytmetycznym. Wobec tego byłoby rzeczą zajmującą sprawdzić, czy odczuwanie różnych tonów, zaznaczone w pracy prelegenta, nie daje możności zbadać, o ile dla różnych tonów zależność psychofizyczna zmienia się u zwierząt. — Prelegent odpowiada, iż różnicy w percepcyi nie zauważył. — Profesor Merczyng przypomina, iż w tej sprawie wyszła praca z pracowni prof. Mierzejewskiego, której autor dowodził, iż różnicę w percepcyi zauważył; nie pamięta tylko nazwiska autora. — Dr Sowiński: Czytając część ogólną i zastanawiając się nad teoryami, prelegent wyliczał różnych autorów, zupełnie jednak nie wspomniał o znanym polskim fizyologu prof. Popielskim, który również był uczniem Pawłowa. Tem bardziej należało to uczynić, iż obecnie wyszła z jego pracowni praca Dr Mazurkiewicza p. t. »Części stałe i teorya wydzielania soku trzustkowego«. (»Rocznik lekarski«). — Prelegent tłómaczy to opuszczenie tem, iż krytyka poglądów nie wchodziła w zakres jego pracy. — Prezes w imieniu Zgromadzenia dziękuje za zajmujący odczyt.

Druga część odczytu pod tyt. »Przyczynek do sprawy czynności ośrodka słuchowego kory« została odroczona do następnego posiedzenia.

W części administracyjnej posiedzenia 1) dopełniono losowania, z wyniku którego ustępują z komisyi rewizyjnej: Dr. Wierciński i p. Wachowski. Wybory zaś dwóch nowych członków odbędą się na następnem posiedzeniu. 2) Dokonano wyborów na czł. korespondentów »Związku«: Dra Herynga, Dra Wolfheima i Dra Harajewicza. 3) Prezes podaje do wiadomości, iż w tych dniach odbył się jubileusz 25-letniej działalności członka »Związku« lek. dentysty Totwena, przyczem prezes w imieniu »Związku« złożył jubilatowi pozdrowienia. Przyjęto do wiadomości. 4) Profesor Merczyng odczytuje odezwę z prośbą o przyjęcie udziału w uczczeniu prof. Witkowskiego, mającem się odbyć w dniu, w którym prof. Witkowski wygłosi pierwszy wykład w nowym gmachu. W dniu tym ma być złożony fundusz stypendyjny jego imienia, przeznaczony dla ucznia Uniwersytetu Jagiellońskiego, poświęcającego się specyalnie studyom w zakresie fizyki. 5) Wiceprezes komitetu budowy Szpitala Polskiego podaje do wiadomości, iż przedstawienie operowe dało czystego zysku na rzecz szpitala 1264 rub. 60 kop.; sama zaś p. Sembrich-Kochańska ofiarowała 300 rub. Pieniądze zostały złożone skarbnikowi komitetu budowy szpitala Drowi Hattowskiemu. Prezes w imieniu »Związku« składa podziękowanie: Drowi Zakrzewskiemu i jego małżonce i administratorowi p. Kuźnickiemu. Dr. Zakrzewski dziękuje wszystkim kolegom, którzy raczyli zająć się sprzedażą biletów, a mianowicie: prof. Zaleskiemu, Ziemackiemu, Drowi Popławskiemu, Kozłowskiemu, Wilamowskiemu, Marcinkiewiczowi, Ulińskiemu, Wilamowskiemu, jak również p. Leśniewskiej, pp. Jabłońskim i księgarni polskiej. 6) Prof. Zaleski wnosi, ażeby złożyć podziękowanie w imieniu »Związku« Drowi Chabłowskiemu, który ofiarował 200 rub. na drukowanie prac »Związku«. Uchwalono prosić prezesa o złożenie podziękowania. 7) Prezes podaje do wiadomości

iż naczelnik miasta Petersburga w d. 9 marca 1909 roku zatwierdził odbitkę pieczęci i żetonu »Związku«. 8) Prezes podaje do wiadomości, iż na ostatniem swem posiedzeniu kółko młodzieży polskiej w Akademii lekarsko - wojskowej utworzyło biuro pracy i zwraca się do »Związku« o poparcie. Oferty należy kierować pod adresem stud. Adamowicza, Udzielnyj prosp. Nr. 31. 9) Sekretarz Doc. Sowiński podaje do wiadomości, że obecnie wysłał ostatni protokół do druku za rok ubiegły. Wobec tego, iż każdy protokół bywa drukowany w ilości 200 egz., przeto zapytuje, jak ma postąpić z protokółem roku bieżącego i czy i w tym roku Zgromadzenie upoważnia go do układów z Redakcyą »Przeglądu lekarskiego«. Wobec sprzecznych zdań, wypowiedzianych przez prof. Zaleskiego, Doc. Sowińskiego, prof. Ziemackiego, dra Ulińskiego, uchwalono ostateczną decyzyę odroczyć do następnego posiedzenia. 10) Prezes podaje do wiadomości, iż oddział Banku Warszawskiego w Petersburgu zawiadamia komitet budowy Szpitala Polskiego, iż obecnie na rachunek bieżący będzie liczyć tylko 3%.

Sekretarz: Zdzisław Sowiński.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Kongres higieny szkolnej w Paryżu. Krajowy Komitet galicyjski, działający w porozumieniu z »Komitetem Towarzystw polskich«, a mający samoistny swój oddział w Krakowie pod przewodnictwem r. dw. Prof. Browicza, ogłasza odezwę, zapraszającą wszystkie krajowe instytucye i towarzystwa, oraz osoby, interesujące się sprawą higieny szkolnej, do udziału w kongresie, który się odbędzie w Paryżu od 2. do 7. sierpnia 1910, i w połączonej z kongresem wystawie, urządzonej w czasie od 2. do 26. sierpnia 1910.

Opłata członka zwyczajnego, którym może być każdy, interesujący się higieną szkolną, wynosi 24 kor., członka nadzwyczajnego (żony i dzieci członków zwyczajnych) 12 kor. Wszystkie francuskie Towarzystwa kolejowe przyznały uczestnikom kongresu 50% opustu na przestrzeni od granicy francuskiej do Paryża i napowrót do tej samej stacyi granicznej. Celem uzyskania takiej zniżki należy wnieść prośbę przed 1. lipca b. r. pod adresem sekretarza generalnego kongresu (Dr L. Dufestel, Paris, Boulevard Magenta 10). Zgłoszenia członków wraz z opłatą mają być przesłane do Paryża najpóźniej do 1. lipca 1910. Druków na zgłoszenie uczestnictwa w kongresie, jakoteż programu kongresu dostarczy na żądanie sekretarz Komitetu krajowego, Dr Adolf Kuhn (Lwów, Namiestnictwo).

Referaty i wykłady na posiedzeniach kongresu mogą odbywać się we wszystkich językach europejskich; Komitet paryski uprasza jednak, aby używano przedewszystkiem języka francuskiego, niemieckiego lub angielskiego. Rękopisy referatów należy do 1. maja 1910 przesłać na ręce sekretarza generalnego (Dr Dufestel); rękopisy te nie mogą zawierać więcej słów aniżeli 5.000, a wraz z niemi należy przesyłać krótkie wyciągi (500 do 1000 słów). Dowolnie zgłoszone wykłady muszą być przesłane generalnemu sekretarzowi do 1. czerwca 1910 w rękopisach o najwięcej 2000 słowach z wyciągiem o najwięcej 300 słowach.

Wystawa z kongresem połączona odbędzie się w wielkim pałacu sztuki (Champs-Elysées, avenue d'Antin). Osoby, instytucye i korporacye, zamierzające wziąć udział w wystawie, zechcą zgłosić się do sekretarza Komitetu krajowego Dra Kuhna o dostarczenie regulaminu wystawy wraz z formularzem na prośbę o przyjęcie przedmiotów na wystawę. Formularze dokładnie wypełnione prześlą wystawcy najpóźniej do 15. maja 1910, jeden do paryskiego Komitetu wystawy, drugi pod adresem: Dr Leon Schedlbauer, c. k. radca ministeryalny (Wien I., Minoritenplatz 5), trzeci pod adresem sekretarza Komitetu krajowego Dra Kuhna. Przedmioty należy wysłać do Paryża tak, aby w czasie między 10. a 15. lipca 1910 znajdowały się na stacyi towarowej w Paryżu. Wystawcy ponoszą koszta sporządzenia przedmiotów wystawowych, opakowania i przesyłki ich do Paryża, a z powrotem od granicy francuskiej do miejsca pochodzenia. (przewóz koleją z Paryża do granicy francuskiej będzie bezpłatny), koszta przewiezienia ze stacyi towarowej w Paryżu do pałacu wystawy i napowrót, koszta rozpakowania i ponownego zapakowania, ustawienia w gmachu wystawy, wreszcie opłatę miejsca na wystawie (za 1 m² powierzchni poziomej 38 kor. 40 h., za 1 m² powierzchni na ścianie 24 kor.).

Odezwę krajowego Komitetu podpisali: przewodniczący Dr Ignacy Dembowski, wiceprezes honorowy austr. Komitetu dla kongresu higieny szkolnej w Paryżu, i sekretarz Dr Adolf Kuhn, c. k. krajowy inspektor sanitarny.

Z ramienia »Komitetu Towarzystw polskich« ogłasza redakcya broszury p. t. »Les écoles polonaises et leurs conditions hygieniques« odezwę, w której, wskazując na poważny udział Polski w III kongresie międzynarodowym higienistów szkolnych (jeden referat urzędowy, 12 wykładów, przedstawicielstwo Polski, w stałym Komitecie międzynarodowym, dwóch honorowych przewodniczących sekcyjnych, w publikacyach równouprawnienie z organizacyami państwowemi), pisze, co następuje: »Za najważniejszy jednak szczegół swej działalności uważa Komitet wydanie broszury ilustrowanej o szkolnictwie polskiem, zredagowanej w języku francuskim, a przeznaczonej do rozdania uczestnikom Kongresu i do rozsyłki dla bibliotek, instytucyi naukowych zagranicznych i t. p., tak, że przypuszczalny nakład będzie wynosił 5000 egz. Znakomitym przykładem wydawnictw tego rodzaju są broszury o szkołach szwedzkich i finlandzkich, rozdane na ostatnim Kongresie (w Londynie). Dają one sposobność przedstawienia rzeczy dokładniejszego i bardziej wszechstronnego, niż referaty lub odczyty, również jak i eksponaty na wystawie, poza tem zaś pozostają jako dokument jednolity i trwały. Dla nas zaś broszura ta będzie miała wartość podwójną. Wraz bowiem z przedstawieniem poważnego już dziś dorobku naszego na polu fizycznej strony wychowania, jako tło konieczne do zrozumienia rzeczy damy pogląd na szkolnictwo polskie wogóle, a tem samem na całokształt stosunków, panujących na ziemiach polskich. Ważne swe zadanie spełni broszura tylko wtedy, jeśli redakcya znajdzie odpowiednią pomoc u społeczeństwa. Zwracamy się zatem do wszystkich pp. wychowawców, nauczycieli, lekarzy i przyjaciół młodzieży, aby zechcieli łaskawie: 1) w miarę możności odpowiedzieć na zawarte w dołączonym do odezwy kwestyonaryuszu pytania, i odpowiedzi swe przesłać wprost na ręce redaktora broszury, Dra Eugeniusza Piaseckiego, docenta pryw. uniwersytetu we Lwowie, ul. Trzeciego Maja 2. 2) Odpowiedzi ugrupować w porządku pytań kwestyonaryusza i przy każdej odpowiedzi przytoczyć na czele liczbę pytania. Redakcya pragnie uzyskać jak najwierniejsze tło faktycznego stanu sprawy; na tem tle jednak uwypukli się oczywiście przedewszystkiem szczegóły dodatnie, i dlatego w rzeczach, które ich zdaniem zasługują na podniesienie, pp. współpracownicy uczynią dobrze, przekraczając ramy postawionych pytań. 3) Również niezmiernie wdzięczni będziemy za wszelkie materyały drukowane (broszury, sprawozdania, statuty), plany, szkice sytuacyjne, fotografie i klisze. 4) Prosimy też o podanie, zaraz po otrzymaniu odezwy, adresów innych osób, którym należałoby przesłać kwestyonaryusz wraz z określeniem zakresu ich kompetencyi. Termin ostateczny nadsyłania odpowiedzi: koniec marca b. r. Lista pp. współpracowników będzie umieszczona na wstępie broszury. Pytania w rubrykach IX. i X. kwestyonaryusza (gry ruchowe, boiska) są rozmyślnie traktowane szerzej od reszty, gdyż temat ten ma być, prócz odpowiedniego rozdziału w broszurze, opracowany ponadto we formie odczytu w sekcyi IV. kongresu. Prosimy też o możliwie dokładne wyczerpanie przedmiotu w tym dziale«. Odezwę tę imieniem »Komitetu Towarzystw polskich« podpisali: prezes Prof. Dr K. Twardowski i sekretarz Dr E. Piasecki.

Stosunki lekarskie w Stanach Zjednoczonych Ameryki półn. są po dziś dzień niejednolite z powodu różnego postępowania różnych Stanów przy nadawaniu prawa praktyki. Ilustracyą tego jest list, skierowany do jednego z kolegów w Galicyi. Autor listu, ukończywszy w Austryi 6 klas gimnazyalnych, przed paru laty dostawszy się do Ameryki, został — asystentem zakładu położniczo-ginekologicznego (zapewne prywatnego), a po dwu latach tego zajęcia został dopuszczony do egzaminów lekarskich, które składał w jednem z wielkich miast wschodnio-amerykańskich (gdzie zatem wymagania są stosunkowo znaczne) — przez tłómacza. Uzyskawszy dyplom, uprawniający do praktyki, przeniósł się do innego Stanu, tam jednak zażądano powtórzenia egzaminów, tym razem po angielsku, albo przedstawienia dyplomu uniwersytetu europejskiego. Otóż autor listu prosi ni mniej, ni więcej, jak, żeby mu wyrobić dyplom austryacki. — Ciekawe jest bądź co bądź, że i dziś jeszcze pomimo znacznego podniesienia się poziomu studyów lekarskich w Ame-

ryce można rzekomo, według twierdzenia autora listu, uzyskać dyplom bez ukończenia studyów średnich, bez studyów przygotowawczych, a tylko po dwu latach praktyki, — w dodatku, składając egzamina przez tłómacza. Ciekawsze zaś jeszcze, że autor listu mniema, iż w Europie można sobie »wyrobić« dyplom bez egzaminów i że nie wie nawet, o ile wyższych kwalifikacyi i o ile dłuższych regularnych studyów trzeba u nas na to, by być do egzaminów dopuszczonym. R.

Miejsce dla lekarza. Mieszkańcy miasteczka Założiec w powiecie brodzkim w Galicyi, odczuwają brak drugiego lekarza. Miasteczko samo liczy 10.000 mieszkańców, ludność okoliczna zamożna i leczy się chętnie. Oprócz praktyki prywatnej miałby drugi lekarz dochody z praktyki sądowej; w przyszłości spodziewane jest utworzenie okręgu sanitarnego. Ar.

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 13. III. do 19. III. 1910 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Buczacz (Koropiec 2, Barysz 7, Hrehorów 3, Nowosiółka ad Koropiec 1), Czortków (Bazar 1, Czortków 3, Wygnanka 1), Grybów (Czyrna 1), Horodenka (Czortowiec 2), Jaworów (Jaworów 1, Młyny 6), Lisko (Hoszowczyk 2), Nadwórna (Kamienna 2), Peczeniżyn (Ruszor ad Kosmacz 1), Podhajce (Wiśniowczyk 2), Śniatyn (Zabłotów 4, Zebranówka 1, Serafińce ad Kniaże 5), Stanisławów (Stanisławów 1, Knihinin wieś 1), Stryj (Podhorce 1), Tłumacz (Tłumacz 1), Zborów (Kudobińce 1, Grabkowce 2), i o jednym przypadku ospy pow. Drohobycz (Medenice 1).

Dr T.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 13. III. do 19. III. 1910 zgłoszono przypadków: błonicy 9 † 3 (w tem obcych 6 † 3), krztuśca 1, nagmin. zapalenia przyusznic 9, płonicy 13 † 1 (4 † 1), odry 1, duru brzusznego 5 † — (3 † —), róży 1 † 1.

Dr Janiszewski.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Jak już donieśliśmy, uchwaliła Rada miejska w d. 17. III. b. r. reorganizacyę miejskiej służby zdrowia. Uchwałę, która z nieznacznemi tylko zmianami wprowadza w życie projekt, wypracowany przez miejski Urząd zdrowia, poprzedziła obszerna dyskusya, w której przemawiali: Prof. Pareński, adw. Landau, Prof. Bandrowski, Prof. J. Nowak, Dr Lustgarten, Prof. Bujwid, Prof. Ponikło, adw. Gertler, Prof. Domański i i., a która dowodzi, że reprezentacya miasta przykłada do reform sanitarnych należytą wagę i dokładnie zdaje sobie sprawę ze swoich w tym względzie zadań. Zaznaczyło się to najwybitniej w sprawie ustanowienia lekarzy szkolnych, która zdawała się iść w odwłokę wobec proponowanego we wniosku sekcyi skarbowej odwołania się do pomocy kraju i rządu; tu uczyniła Rada krok niezmiernie doniosły, tworząc lekarzy szkolnych bez względu na te ewentualne subwencye już od 1 września 1910. Należy również podnieść z uznaniem żądanie, podniesione przez wielu mowców, aby jaknajrychlej została opracowana szczegółowa instrukcya dla lekarzy miejskich i szkolnych; naczelny lekarz miasta, Dr Janiszewski, zapewnił, że żądanie to będzie wkrótce spełnione, a zarazem zapowiedział załatwienie sprawy pomnożenia liczby lekarzy policyjnych (rządowych, co przysporzyłoby miastu kilku jeszcze funkcyonaryuszy sanitarnych), oraz sprawy nocnych dyżurów lekarskich (z czem zbiegło się wniesione na temże posiedzeniu Rady podanie Towarzystwa ratunkowego o subwencyę (7200 kor.) na stałe dyżury lekarskie).

Nowy ustrój służby sanitarnej nietylko czyni zadość ustawie, przepisującej jednego lekarza miejskiego na 15.000 mieszkańców (a więc w »Wielkim Krakowie« 9—10 lekarzy), ale licząc się z istotnemi potrzebami miasta na przyszłość, stwarza prócz posady lekarza naczelnego w randze VII, 12 posad lekarskich (9 lekarzy dzielnicowych, 1 asystent Urzędu zdrowia, 1 bakteryolog, czuwający zarazem nad dezynfekcyą, 1 lekarz przytułków miejskich, z tego w randze VIII — 3, w IX — 6, w X — 2, 1 posada kontraktowa z płacą 2400 kor.), nadto 8—10 lekarzy szkolnych (dla szkół ludowych i wydziałowych) z remuneracyą po 1600 kor., wreszcie 9 sanitaryuszy. Posady lekarzy miejskich uchwaliła Rada nadać tymczasowo już od 1. IV. br., oddając nominacye w ręce Prezydenta miasta. — Z uznaniem podnieść należy, że także obecne prowizoryczne obsadzenie posad lekarzy miejskich będzie dokonane drogą publicznego konkursu, którego termin oznaczono do d. 8. kwietnia b. r. włącznie.

— »Lecznica związkowa«, założona przez konsorcyum, złożone z 25 osób, głównie z lekarzy, została poświęcona d. 19. III. b. r. przy udziale zaproszonych przedstawicieli Prezydyum miasta, Wydziału lekarskiego, Towarzystw lekarskich i licznego grona lekarzy, wśród których byli obecni dyrektorzy i prymaryusze szpitali krakowskich, przedstawiciele lekarzy wojskowych i t. d. Po poświęceniu Zakładu przemawiali Prof. Kader, Prof. Cybulski i Dr Kwaśnicki, poczem odbyło się zwiedzanie Zakładu. Lecznica, zbudowana przez arch. radcę Stryjeńskiego, urządzona na 40 chorych, odpowiada istotnie pod każdym względem współczesnym wymaganiom i w niczem nie ustępuje zakładom zachodnio-europejskim ani pod względem komfortu i wygody, ani co do urządzeń lekarskich. Zastosowano w niej mnogie postępowe urządzenia techniczne i zaopatrzono ją we wszelkie środki nowoczesnego leczenia. Lecznica posiada dwie sale do operacyi chirurgicznych, osobną salę opatrunkową, sale porodowe, oddział mechanoleczniczy i ortopedyczny, hydropatyczny, stałą kąpiel, gabinet rentgenowski i elektrodyagnostyczny, oddział do zachowawczego leczenia chorób kobiecych, pokoje do cystoskopii, wziernikowania okulistycznego, cieplarkę dla noworodków i pracownię chemiczno-bakteryologiczną. Jako wyraz postępu i starannego obmyślenia całości i szczegółów tego rodzaju zakładu, zasługiwałaby lecznica na dokładny opis z planami i objaśnieniami fachowemi. Za myśl szczęśliwą uznać należy przyjęcie zasady, że każdy lekarz może w lecznicy umieścić swego chorego, a każdy chory ma zupełną swobodę wyboru ordynaryusza także z poza grona założycieli i stałych lekarzy zakładu. Z tego względu jest nowa lecznica poniekąd instytucyą użyteczności publicznej, dotychczas bowiem niejednokrotnie odczuwać się dawał brak zakładu, gdzieby każdy lekarz mógł pomieszczać chorych, wymagających większych wygód i komfortu, a potrzebujących leczenia zapomocą kosztowniejszych, tylko w zasobnych zakładach istniejących urządzeń.

Dyrekcyę »Lecznicy związkowej« tworzą: Prof. Dobrowolski, Dr Jan Landau i Dr Tymoteusz Piotrowski (kierownik Zakładu). Do Rady nadzorczej wchodzą: Prof. N. Cybulski (prezes), Prof. Kader, Prof. Rosner, Dr Akerman i Dr Mańkowski.

— Dr Szymon Adler, lekarz w Monasterzyskach, obchodzi 21. IV. rzadki jubileusz półwiekowej pracy lekarskiej. Obchodem jubileuszowym zajmuje się komitet pod przewodnictwem Dra Borysiewicza.

Warszawa. Na posiedzeniu naczelnych lekarzy szpitali warszawskich w magistracie w d. 15. III. b. r. uchwalono na stanowisko ordynatora oddziału chirurgicznego w szpitalu Dz. Jezus po ś. p. Karczewskim polecić z pośród 12 kandydatów Dra Fr. Kijewskiego, dotychczasowego ordynatora szpitala św. Rocha; na miejsce po Dr Kijewskim zaproponowano Dra Borsuka, ordynatora szpitala Wolskiego, a na miejsce po Dr Borsuku — Dra Leśniowskiego.

— Prezesem komitetu gospodarczego Zjazdu chirurgów polskich, mającego się odbyć w październiku, jest Prof. L. Kryński.

— Władze szpitalne rozesłały ordynatorom szpitali okólnik, zalecający m. i. rozpoczynanie zajęć szpitalnych przed godz. 10 rano. Okólnik ten, jak podaje »Gaz. lek.« przyjęto wogóle bardzo życzliwie, jako zarządzenie pożądane.

— Komisya Petersburskiego Towarzystwa pedyatrycznego, zajmująca się sprawą ochrony zdrowia dzieci robotników fabrycznych, prosi za pośrednictwem »Gaz. lek.« lekarzy fabrycznych, inspektorów itd., w Królestwie o nadsyłanie danych dla odczytu na Zjeździe Pirogowskim, co do szczegółów następujących: 1) Śmiertelność robotnic z chorób połogowych 2) Śmiertelność dzieci robotnic w 1-szym roku życia. 3) Przepisy, dotyczące robotnic ciężarnych (czy i kiedy zwalniane są od pracy, czy są pozbawione zarobku). Pomoc położnicza. 4) Protektorat dzieci; do jakich robót przyjmowane są ciężarne robotnice; długość połogowej przerwy w pracy. 5) Przytułki dla dzieci w fabrykach. Śmiertelność. 6) Sale do karmienia piersią w fabrykach. 7) »Kropla mleka«. 8) W jaki sposób zachęca się do karmienia piersią. Listy adresować należy: Dr Szengelidze, Petersburg, Gagarinskaja 24.

Z różnych stron. Porządek dzienny ogólnego Zgromadzenia dorocznego Polskiego Związku lekarzy i przyrodników w Petersburgu w d. 5/18. III. b. r. obejmował wykłady mag. farm Hoszowskiego: »O solach kwasu celulozo-ksantogenowego i ich zastosowaniu praktycznem« i Prof. Dra S. Zaleskiego: »Badania

nad promieniotwórczością wód mineralnych«, a w części administracyjnej utworzenie Wydziału technicznego Związku, sprawozdanie doroczne i wybory Rady Związku na r. 1910.

Wynik dokonanych na zgromadzeniu tem wyborów jest następujący: Prezesem »Związku« obrany został Prof. Czeczott, skarbnikiem Dr Uliński, bibliotekarzem Dr Jastrzębski; w wydziale lekarskim: wiceprezesem Prof. Ziemacki, sekretarzem naukowym Doc. Sowiński, sekretarzem administrac. Dr Wilamowski; w wydziale technicznym: wiceprezesem inż. jenerał Kątkowski, zastępcą inż. Peretiatkowicz, sekretarzem inż. Kotarski, zastępcą inż. Korsak; w sekcyi przyrodniczej: wiceprezesem: Prof. Merczyng, sekretarzem p. Honowski. Wobec tego, iż inne sekcye niedawno zostały utworzone, wyborów w nich ponownie nie dokonywano. Członkiem honorowym »Związku« został obrany były prezes Prof. Zalески.

— Zgromadzony dotąd w ciągu 2 lat przez Polski Związek lekarzy i przyrodników w Petersburgu fundusz na budowę szpitala polskiego dochodzi 6000 rb.

— Sprawozdania i rozprawy zeszłorocznego międzynarodowego Zjazdu lekarskiego w Peszcie rozesłane zostaną uczestnikom Zjazdu w kwietniu r. b. Oprócz sprawozdań ogólnych i sprawozdań ze swojej sekcyi otrzyma każdy uczestnik dziełko o ochronie dzieci na Węgrzech, wydane przez ministerstwo spraw wewn.

— W Monachium obchodzono 50-letni jubileusz istnienia t. zw. kursu operacyjnego dla bawarskich lekarzy wojskowych Kurs, założony 7. III. 1860 dla kształcenia lekarzy wojskowych w chirurgii polowej, z czasem rozwijał się coraz bardziej i obecnie jest poważną istytucyą, kształcącą lekarzy wszechstronnie, obejmującą nietylko gałęzie medycyny praktycznej, ale i nauki teoretyczne. Kurs ten wykształcił już około 1000 lekarzy wojskowych. X.

Mianowani: Higienista Prof. Neumann z Heidelberga profesorem w Giessen; patolog Prof. Borst z Würzburga profesorem w Monachium; chirurg Doc. Heineke profesorem nadzw. w Lipsku.

Zmarli: Dr Stanisław Steiner, starszy lekarz salinarny, wicemarszałek Rady powiatowej w Wieliczce.

Redakcya otrzymała: Skórczewski: Wpływ kąpieli gazowych mineralnych na krążenie krwi. 1910. — Bujwid: 1) Cholera w Petersburgu. 2) Przenikliwość bakteryi chorobotwórczych do gruntu ze względu na jego porowatość w zastosowaniu do budowy studzien powierzchownych. »Zdrowie« 1909. — Otwarcie nowej kliniki pedyatrycznej Uniwersytetu lwowskiego. Kraków 1910. (Artykuły Prof. Raczyńskiego i Dra Progulskiego). — Grossek: Uwagi o leczeniu ludu. »Głos lek.« 1910. — Witold Orłowski: Rukowodstwo k' kliniczeskomu izsledowaniu moczu. Z. I. Kazań 1910. — Franke: 1) O znaczeniu czynności naczyń obwodowych przy niewyrównaniu krążenia i o t. zw. kompenzacie obwodowej. 2) O leczeniu przewlekłej niedomogi mięśnia sercowego. »Tyg. lek.« 1909. — Franke i Sabatowski: Über den Nachweis des proteolytischen Fermentes. »Centralbl. f. inn. Med.« 1909. — Korczyński L.: 1) Kilka uwag o rozwoju i higienie narządu krążenia. »Zdrowie« 1909. 2) Kilka uwag o kiłowych schorzeniach narządu krążenia. Kraków 1910. 3) Ein Beitrag zur Kenntniss der Autointoxicationen vom Intestinaltractus. »Oest. Ärzte-Ztg.« — Regulamin komisyi przemysłowo-lekarskiej Towarzystwa lekarskiego lwowskiego. — XXXVII. Sprawozdanie Towarzystwa opieki szpitalnej dla dzieci w Krakowie za r. 1909.

Bibliografia. Behla: **Die Bestätigung der künstlichen Züchtung des Krebserregers sowie weitere geschwulststatistische Mittheilungen über Familien-Ehegatten- und endemischen Krebs.** Berlin 1910, str. 50. Richard Schoetz. 1·50 Mrk.

Autor zyskał pewien rozgłos, jako jeden z bezwzględnych zwolenników i najwytrwalszych szermierzy pasorzytowej teoryi raka, uporczywie obstający przy swoich zapatrywaniach. Zrazu dowodził Behla swojej tezy drogą statystyczną, niewątpliwie w zastosowaniu do etyologii raka i odległą i niepewną. Statystyki bowiem raka, o ile obejmują większy materyał, chromają na punkcie pewności rozpoznania (nawet w Niemczech tylko 2% wszystkich zmarłych bywa sekcyonowanych). A przyjmując nawet wyniki statystyczne i bez tego zastrzeżenia, niema jeszcze żadnej podstawy, by z gromadnego występowania raka w pewnych miejscowościach, domostwach, rodzinach, wnosić, iż te »endemie« są dowodem działania pasorzyta, a nie innych jakichś czynników przyczynowych. Behla zestawia w swojej ostatniej broszurze wszystkie te »endemie«, twierdząc, że prócz »domów rakowych« (Krebshäuser), są nawet mieszkania »rakowe«. W drugiej części broszury streszcza B. wyniki swych prób wyhodowania domniemanych pasorzytów raka; mają nimi być śluzowce (myxomycetes). Wstrzyknięcie hodowli (wraz z tłuczonem szkłem!) do jamy otrzewnej myszy wywoływać miało rozwój guzów, złożonych z rozmaitych tkanek (łącznej, śródbłonkowej i t. p.). B. wysila się na wykazanie zapomocą teoretycznych rozumowań, że guzy te (prawdopodobnie ziarniniaki!) są już dowodem przyczynowej roli owych śluzowców w powstawaniu raka. Z.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung. Redaktor: Dr D. Sarason, Monachium. 1910. Zesz. III. Lehmann. (Rocznie 16 Mrk.).

Trzeci zeszyt pomysłowego tego wydawnictwa obejmuje przegląd nowszych zdobyczy w nauce o chorobach trawienia, przemiany materyi i krwi. Prof. Fleiner w rozprawce p. t. »Morphologie und Physiologie des Magens und ihr Einfluss auf die funktionelle Diagnostik«, dotknąwszy rozwoju narządu trawienia i jego nerwów, omawia postać, wielkość i położenie żołądka, jego ruchy, wydzielanie soku żołądkowego i trawienie żołądkowe, a następnie kliniczne sposoby badania czynności ruchowej i wydzielniczej żołądka itd. Prof. Lüthje daje rzecz p. t. »Einleitender Überblick über die chemischen und physiologischen Grundlagen der Stoffwechsellehre«, obejmującą sprawę przerobu białek, węglowodanów, tłuszczów, wzajemnego ich stosunku, dynamicznego znaczenia pokarmów i izodynamii, oraz drugą rozprawkę, dotyczącą nowszych badań w zakresie cukrzycy. O chorobach krwi wreszcie pisze Prof. Erich Meyer, rozpatrując sprawę krwistości (plethora) i niedokrwistości, znaczenie określania hemoglobiny, oraz stosunek polycytemii do innych chorób. Z.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę dn. 30. marca 1910 o g. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym wykład Dra R. Spiry: »Choroby uszne a porażenie twarzy«.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Mercurocreme pakowano poprzednio 1) w tuby dozwalające użyć dowolną ilość, przeznaczone zatem dla chorych inteligentnych, 2) w paczki podzielone, dla mniej inteligentnych, po 3 gr. $33^1/_3$% kremu.

Na żądanie lekarzy wprowadzono obecnie jeszcze paczki podzielone następująco:

Mercurocreme normale 10 dawek à 3 gr. $33^1/_3$% Hg.
Mercurocreme mite 10 dawek à 3 gr. $22^1/_3$% = 2 gr. $33^1/_3$% Hg.
Mercurocreme forte 10 dawek à $3^1/_2$ 50% = 5 gr. $33^1/_3$% Hg.

Obok tego opakowania pozostawiono także dawne w tubach. L. W.

Salossit. Organiczne, łatwo przyswojeniu ulegające połączenie fosforu z alkaliami ziemnemi (calcium, magnesium) w postaci łatwo rozpuszczalnego przetworu cukru mlecznego, bez smaku. Stwierdzono, że u dzieci zmniejsza się po zażywaniu salossitu pocenie się, tkliwość kości i napady laryngospastyczne, a z czasem znikają te objawy. W przypadkach wybitnych zniekształceń i zgrubień kości w okolicy stawów i przy niedostatecznem skostnieniu zostaje sprawa po kilku tygodniach powstrzymana. Cofanie się sprawy, nagół bardzo powolne, idzie szybkiem tempem po zażywaniu salossitu, szczególniej na żebrach. Zmniejszają się częściowo także zniekształcenia, a wykluwanie się zębów zbliża się do typu normalnego. Podobnie, jak przy krzywicy, działa salossit korzystnie przy zmiękknieniu kości. Ms. W.

Nowo-pyrenol. Dr Baedeker. (Aerztliche Rundschau Nr 8, 1910). Nowo-Pyrenol (Neu-Pyrenol) różni się od pyrenolu specyalnym sposobem otrzymywania, skutkiem czego zawiera paradioksybenzol, związek, wywołujący obniżenie ciepłoty, a zarazem przeciwzapalny i wykrztuśny. Wynika z tego, że wartość lecznicza pyrenolu równa się bezwarunkowo wartości Nowo-Pyrenolu, o ile ten ostatni nie przewyższa nawet pyrenolu, znanego ogólnie ze swych wybitnych własności leczniczych. Lecz właśnie zalety pyrenolu stały się powodem licznych bezwartościowych naśladownictw, co spowodowało potrzebę opatentowania tego środka pod nazwą »Neu-Pyrenol«, przyczem równocześnie ulepszono sposób jego otrzymywania, dodając mu czynnik wykrztuśny (związek kwasu tymolobędźwinowego). — Autor stwierdził licznemi doświadczeniami, że Nowo-Pyrenol jest równowartościowym przetworem z pyrenolem, i uważa go za skuteczny w leczeniu odoskrzelowego zapalenia płuc u dzieci, zwłaszcza po chorobach zakaźnych, a także w przypadkach zapalenia opłucnej i dychawicy. Przy stosowaniu Nowo-Pyrenolu stwierdził B. łatwe i szybko występujące wykrztuszanie, lekkie podniecenie czynności serca i działanie kojące. Ze względu, że Nowo-Pyrenol pod wielu technicznymi względami przewyższa pyrenol, zaleca B. stosowanie go w miejsce dawnego pyrenolu.

H. W.

Eglatol. Kilka doświadczeń w cierpieniach umysłowych, Dr Boeker. (Moderne Medizin Nr 11, 1910). Wartość lecznicza eglatolu polega na tem, że przez otrzymanie jego udało się częściowo uwolnić znane połączenie wodnika chloralu z antypiryną od szkodliwych działań ubocznych na serce, zapomocą dołączenia mentolo-uretanu i kofeiny. — Porównując eglatol z wodnikiem chloralu, przekonano się, że 1 gram eglatolu (zawierającego tylko 30% wodnika chloralu) znacznie silniej działa, niż 1 gram wodnika chloralu lub 2 gramy paraldehydu, podawanych jako dawka jednorazowa dla wywołania snu.

Eglatol stosować można niezależnie od rodzaju stanu podrażnienia, jako środek nasenny, a najwyraźniej skuteczność jego ujawnia się w lekkich i średnio-ciężkich stanach podrażnienia. — Szkodliwych działań ubocznych nie zauważono; przytem należy nadmienić, że trująca dawka eglatolu bardzo jest daleką od zwyczajnych, wystarczających dawek, tak że Werner stosował eglatol skutecznie w podrażnieniach średniego stopnia w dawkach 2—3 kaps. przez czas długi. Stosowanie wodnika chloralu w takich ilościach byłoby bardzo niebezpieczne.

Hr. W.

Feolathan. Dr Ruckica. (Z oddz. chor. wewn. Prof. Dra L. Korczyńskiego w Sarajewie). Przyczynek do leczenia żelazem. (Oesterr. Aerzte-Ztg. Nr 4, 1910). Ze względu na uszkodzenia zębów przez przetwory żelaza, podawane w stanie płynnym, zasługują przetwory żelaza w formie stałej na większe rozpowszechnienie. Jeżeli zaś płynne przetwory żelaza częściej od stałych bywają stosowane, to z przyczyny ich łatwiejszego wchłaniania przez żołądek, a udzielenie tej zalety przetworom stałym dotychczas się nie udawało. — W tym kierunku szczęśliwej próby dokonano, otrzymując »Feolathan«. Autor stosował ten przetwór w licznych, a nieraz ciężkich przypadkach niedokrwistości i błednicy i przedstawia liczne historye chorób, z których wynika, że pigułki z feolathanem (wyrabiane w fabryce Goedecke & Co. w Berlinie Nr 24) doskonale przez żołądek i jelita są znoszone, że zawartość hemoglobiny zwiększają na równi z przetworami płynnymi i znacznie podnoszą apetyt. Stosowano 3 razy dz. à 3 pig.

Autor jest zdania, że feolathan w niczem nie ustępuje co do wartości innym przetworom żelaza i zaleca jego stosowanie.

H. W.

Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich im. Edw. Korczyńskiego w Krakowie.

Zgłaszający się **wprost do Administracyi Wydawnictwa** (Dr P. B. Korolewicz, Kraków, Klinika lekarska) nabywać mogą za gotówkę i za nadesłaniem 30 hal. na przesyłkę pocztową następujące dzieła po cenach:

Jurasz: Laryngoskopia i choroby krtani (cena księgar. 4 kor. 50 hal.) za 1 kor.

Widmann: Choroby serca i tętnic (3 kor. 70 h.) 1 kor.

Krówczyński: Syfilidologia (10 kor.) 2 kor.

Obaliński: Wykłady z zakresu chorób dróg moczowych męskich (3 kor. 60 h.) 1 kor.

Zuliński: Higiena szkolna (2 kor.) 1 kor.

Pieniążek: Laryngoskopia, oraz choroby krtani i tchawicy wraz z uzupełnieniem (9 kor.) 2 kor.

Smoleński: Hydroterapia (5 kor.) 2 kor.

Harajewicz: Gimnastyczne leczenie chorób niewieścich (80 hal.) 50 hal.

Rozprawy z zakresu medycyny praktycznej (Serya I. i II.) (12 kor.) 2 kor.

Gluziński: Zarys ogólnej patologii i terapii gorączki (3 kor.) 1 kor.

Pisek: Terapia chorób serca i naczyń krwionośnych. Część I. (7 kor.) 4 kor.

Jaworski: Podręcznik chorób żołądka i dyetetyki szczegółowej, cena 11 kor.

Wachholz: Podręcznik medycyny sądowej 15 kor.

L. Korczyński: Zarys balneoterapii i balneografii krajowej (12 kor.) 9 kor.

Spira: Krótki zarys nauki o chorobach usznych (10 kor.) 7 kor.

Jordan i Dobrowolski: Nauka o położnictwie 18 kor.

Biuro Redakcyi i Administracyi: Kraków, Kopernika 15. Klinika lekarska.

Rok XLIX. Kraków, dnia 2. kwietnia 1910. Nr 14.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z kliniki laryngologicznej Prof. Pieniążka w Krakowie.

Guzkowe ostre zapalenie języka.

(Glossitis papulosa acuta).

Podał

Dr Antoni Pachoński,

asystent kliniki.

Pierwszy przypadek tej rzadkiej choroby języka opisał P. Michelsohn w r. 1890 [1]), a niemal równocześnie spostrzegano takiż sam przypadek na klinice Mikulicza [2]). Przypadek zatem, który miałem sposobność spostrzegać na klinice laryngologicznej Prof. Pieniążka, byłby trzecim z dotychczas ogłoszonych.

Przypadek ten przedstawia się następująco:

Dnia 25. lipca 1909 zgłosiła się na klinikę Wiktorya P., lat 28, żona wieśniaka z Rzozowa. Pięć dni temu w czasie jedzenia obiadu zwróciło jej uwagę palenie w ustach i zawadzanie, ale nieznaczne tak, że dopiero na czwarty dzień nie mogła połykać. Już w pierwszym dniu widziała w lustrze takie zmiany na języku, jakie są obecnie; nie zmieniły się one, ale tylko pomnożyły. Na trzeci dzień popołudniu dostała dreszczów, później wystąpiło uczucie gorąca i silne poty; chora była wówczas już tak osłabiona, że musiała położyć się do łóżka. Następnego dnia nie mogła już nic stałego przełykać, tylko płyny, i to z wysiłkiem, nie tyle z powodu bolów, jak raczej z tego powodu, że językiem nie mogła przesunąć pokarmu ku tyłowi; przytem płyny często wylewały się nosem. Przyjęto chorą na klinikę w piątym dniu choroby.

Chora nigdzie się nie leczyła. Jako dziewczyna i mężatka (od 5 lat) była zawsze zdrowa. Rodziła cztery razy siłami natury, na czasie, dzieci żywe. Pierwszych troje dzieci zmarło w dwa tygodnie do siedmiu miesięcy po porodzie. Przyczyny śmierci pierwszego dziecka nie umie chora podać, drugiemu łuszczyła się skóra na całem ciele i twarzy, jakby po oparzeniu, trzecie zmarło nagle wskutek duszności. Czwarte ma obecnie 6 miesięcy i jest zdrowe. Czy była szczepiona krowianką, nie umie chora podać, a śladów po szczepieniu brak.

Stan obecny: Chora średniego wzrostu, zbudowana i odżywiona dobrze. Tętno 92, oddechów 36, ciepłota 38·2.

Na brodzie znajduje się guzek wielkości grochu, na środku pokryty cienkim, ściśle przylegającym strupkiem, jakby zaschłym płaskim pęcherzykiem. Strupek otoczony jest nieco wynioślejszym od niego, żywo czerwonym rąbkiem. Poza odbarwieniem skóry (vitiligo) w obrębie potylicy i karku, zresztą nigdzie na skórze żadnych zmian niema. Źrenice oddziaływają prawidłowo. Zakończenia nerwów w obrębie twarzy przy ucisku nie są bolesne, czucie wogóle bez zmian. W płucach lekka rozedma przybrzeżna, w obu szczytach wydech przedłużony i zaostrzony bez żadnych rzężeń. Serce, narządy jamy brzusznej bez zmian, w sutkach mleko.

Błona śluzowa warg i dziąseł zmian nie przedstawia. Język dość silnie zaczerwieniony, obrzękły, z wyraźnymi odciskami zębów, zwłaszcza po bokach. Chora może go tylko nieco przed zęby wysunąć. Na grzbietnej jego powierzchni dość liczne guzki, częścią pojedynczo rozmieszczone, częścią zlewające się z sobą (na środku bliżej korzenia języka), na samym korzeniu guzki drobne. Guzki mają wielkość grochu, lub małej fasoli, są okrągłe lub owalne, wyraźnie sklepisto wzniesione nad powierzchnię języka. Powierzchnia guzków zmacerowana, szaro-żółtawa, daje się dość łatwo częściowo zetrzeć. Sam środek guzków przedstawia powierzchowny ubytek, nieregularnie ząbkowany, przeświecający z głębi lekko różowo. Przy dotykaniu stwierdza się, że guzki są twarde, a stwardnienie to o wyraźnych zarysach podstawy wyczuwa się dokładnie tylko w powierzchownej warstwie języka, nie sięga zaś ono zupełnie w głąb. Guzki przy ugniataniu nie są bolesne, ale zaledwie nieco tkliwe. Podniebienie miękkie żywo czerwone, ale nie w całości, lecz zaczerwienienie to ma postać nieregularnej figury. Zaczerwienienie obejmuje również gardło i wejście do krtani; wnętrze krtani zmian nie przedstawia.

Badanie bakteryologiczne guzków, wykonane uprzejmie przez Doc. Drobę, wykazało w preparacie obfite gronkowce obok nielicznych różnorodnych innych drobnoustrojów. Na agarze wyrosła obficie czysta hodowla gronkowca złocistego (staphylococcus pyogenes aureus). Na surowicy Löfflera wyrósł również prawie w czystej hodowli i bardzo obficie gronkowiec złocisty.

Leczenie: płukanie perhydrolem, a później kwasem borowym.

29. VII. Obrzęk języka w znacznej części ustąpił. Odciski zębów wyrównały się. Zaczerwienienie języka, podniebienia i gardła zmniejszyło się. Guzki oczyszczają się od brzegów; zaczyna się to przeważnie od jednego bieguna, a nie od całego obwodu. Przedni guzek, który oczyścił się zupełnie, a raczej miejsce, w którem był ten guzek, przedstawia się obecnie jako żywo czerwony powierzchowny ubytek owalny o brzegach nierównych, ząbkowanych, cienkich, bez żadnego podminowania. Nacieku w tem miejscu nie wyczuwa się już zupełnie. Guzek na lewym brzegu języka przy zębach trzonowych oczyścił się w przedniej połowie i wygląda w tej połowie tak, jak wyżej opisany, a tylna połowa jest jeszcze wyniosła i nacieknięta, twarda, jak w początkach. Chora już połyka dobrze, a tylko przy jedzeniu doznaje pieczenia w miejscach owrzodziałych. Stan bezgorączkowy.

31. VII. Guzki w przeważnej ilości oczyściły się i teraz miejsca te są przy dotykaniu bolesne. Od brzegów

---

[1]) Berliner klin. Wochs. 1890, S. 1094.

[2]) Mikulicz und Kümmel, Krankkeiten des Mundes. Wyd. II. nowo opracowane przez Kümmla w r. 1909.

ubytków posuwa się nieregularną linią ku środkowi nabłonek zgrubiały, białawy. Zaczerwienienie z podniebienia i wejścia do krtani ustąpiło.

6. VIII. Guzek na przodzie prawie już pokryty nabłonkiem. Guzki na środku języka nieco wyniosłe, nieczyste, chociaż i tu widoczne jest posuwanie się nabłonka od przodu. Bolesności niema.

17. VIII Na korzeniu języka jest jeszcze mała przestrzeń, nie pokryta nabłonkiem, reszta zagojona zupełnie.

Zbierając pokrótce cechy, charakterystyczne dla tej jednostki chorobowej, widzimy, że u kobiety, przedtem wogóle, a obecnie poza zmianami w jamie ustnej, zupełnie zdrowej, wystąpiły wśród objawów ogólnych, jak dreszcze, podniesienie ciepłoty, ogólne niedomaganie, guzki na błonie śluzowej języka, i to wyłącznie mimo swej mnogości tylko do języka ograniczone; inne części błony śluzowej jamy ustnej i gardła były zupełnie wolne. Guzki były barwy szarawo-żółtej, wysterczały na kilka milimetrów ponad powierzchnię błony śluzowej i okazywały w samym środku nieregularny, różowo z głębi przeświecający ubytek, jakby nadżerkę. Ani samoistnie, ani przy obmacywaniu nie są te guzki bolesne, tylko zaledwie tkliwe. Guzki te występują na tle zaczerwienionego obrzękłego języka. Zmiany chorobowe wybitne, uderzające temi cechami, rozmiarami i siedzibą przerażające chorą, a jednak, jeśli można się tak wyrazić, niewinne, nie sprowadzające żadnych dalszych następstw. Po paru dniach ciepłota, nie wznosząca się zresztą wyżej ponad 38° C i parę dziesiętnych, spada do poziomu prawidłowego i przy obojętnem leczeniu guzki szybko się oczyszczają. Wybitna wyniosłość ustępuje miejsca powierzchownemu, żywo-czerwonemu i bolesnemu ubytkowi, który od brzegów szybko się pokrywa, tak, że po pewnym czasie na miejscu dawnego guzka, widzimy tylko białawo-różową plamkę. Plamka ta obok odmiennego zabarwienia odbija jeszcze od swego bezpośredniego otoczenia gładkością. Nie widać w tem miejscu charakterystycznej nierówności, pochodzącej od brodawek językowych, czyli sprawa chorobowa zakończyła się pozostawieniem delikatnej blizny.

Początek choroby dość nagły, przebieg, przynajmniej w pierwszych dniach, gorączkowy z dreszczami, przemawia za sprawą zakaźną. Czy guzek, który w przebiegu sprawy wystąpił u chorej na brodzie i z którego przy badaniu bakteryologicznem wyrosła również czysta hodowla gronkowca złocistego, należy przyjąć jako przeszczepienie się sprawy chorobowej z języka na skórę, czy też za sprawę samoistną, trudno rozstrzygnąć. Cechami zewnętrznemi odpowiada on niesztowicy (impetigo) na skórze, a to wcale nie wyłącza możliwości wspólnego tła z guzkowem zapaleniem języka, bo przez niesztowicę w znaczeniu ogólnem rozumiemy w dermatologii tylko objaw chorobowy, który jednakże może w poszczególnych przypadkach mieć tło różne. Rozstrzygnięcie byłoby możliwe dopiero po znalezieniu drobnoustroju swoistego dla ostrego guzkowego zapalenia języka; drobnoustroju takiego na razie nie znamy. Ani badanie mikroskopowe skrawków w przypadku Michelsohna, ani hodowla w naszym przypadku nie zdołały go wykazać.

Powyżej skreślony obraz zmian chorobowych, mimo całej wybitności cech, które chorobie tej zapewniają w patologii miejsce odrębnej jednostki chorobowej, z powodu swej rzadkości naprowadza w pierwszej chwili na myśl inne choroby, z jakiemi na błonie śluzowej jamy ustnej częściej się spotykamy, jako to: pryszczykowe zapalenie ust (stomatitis aphthosa), kiłę, a nawet ospę, której niektórzy powstawanie guzkowego zapalenia języka przypisują. Atoli w naszym przypadku trudno dopatrzeć się uzasadnienia tego zapatrywania. Chora wprawdzie, jak się zdaje, nie była szczepiona krowianką, (sama nic nie umie podać o szczepieniu, a znaków po szczepieniu nigdzie wykazać nie można), ale od szeregu lat nie zdarzył się we wsi i okolicy żaden przypadek ospy. Obraz i przebieg zmian są w obu chorobach zupełnie odmienne. Osutka ospowa na błonach śluzowych dochodzi w rozwoju swoim tylko do okresu pęcherzyków. Pęcherzyki nie przechodzą już w krosty, ale pękają, tworząc owrzodzenia, otoczone przekrwionym rąbkiem, czego wszystkiego w danym przypadku nie było. Wreszcie, co już Michelsohn podniósł, nie znamy przypadków ospy błon śluzowych bez równoczesnej osutki na skórze, a przy osutce na błonie śluzowej jamy ustnej nigdy nie ogranicza się ona do samego tylko języka, ale występuje także i na ścianach gardła, na błonie śluzowej policzków i t. d.

Znacznie częstsze i większego uwzględnienia w różniczkowaniu wymagające jest zapalenie pryszczykowe ust (stomatitis aphthosa), a jednak i tu nie trudno jest wykazać znamienne różnice.

Zapalenie pryszczykowe ust (stomatitis aphthosa maculofibrinosa) przedstawia się jako plamki (wskutek osadzenia się włóknika w warstwie nabłonkowej) płaskie, szaro-żółtawe, nie wystające, albo wystająee tylko bardzo nieznacznie nad powierzchnię błony śluzowej, otoczone rąbkiem (halo) zapalnym, samoistnie i przy dotykaniu bardzo bolesne. Przy ostrem guzkowem zapaleniu języka mamy wyraźne guzki (papulae), półkulisto wysklepione, wyniosłe ponad powierzchnię, bez rąbka zapalnego, na tle jednostajnie przekrwionego i obrzękłego języka (odciski zębów), samoistnie niebolesne, przy dotykaniu zaledwie tkliwe. Upośledzenie połykania i utrudnienie w mowie następuje tam z powodu bolów, tu z powodu upośledzenia ruchów obrzękłego języka. Chora nie może połykać, bo trudno jej obrzękłym językiem przenieść pokarmy ku tyłowi. Plamki przy pryszczykowem zapaleniu ust występują wszędzie na błonie śluzowej jamy ustnej, a na języku tylko na jego końcu i brzegach. Wykwity przy guzkowem zapaleniu języka zajmują tylko i wyłącznie język, i to jego grzbiet i korzeń, a nie spotykamy ich na błonie śluzowej warg, policzków i reszty jamy ustnej.

Badanie bakteryologiczne na razie nie pozwala na zróżniczkowanie obu spraw. Gronkowiec złocisty, wyhodowany z wykwitów guzkowego zapalenia języka, prawdopodobnie nie jest swoistym dla tej sprawy chorobowej. Takie same czyste hodowle gronkowca złocistego wyhodowano niejednokrotnie i przy pryszczykowem zapaleniu ust, a jednak klinicznie obie sprawy przedstawiają się całkiem różnie, czyli gronkowiec złocisty, wspólny dla obu spraw, nie może być uważany za swoisty dla którejkolwiek z nich.

Od zmian kiłowych na błonach śluzowych różnią się dostatecznie wykwity przy guzkowem zapaleniu języka swoją postacią, wyglądem, zmieniającem się z dnia na dzień, objawami towarzyszącymi, jak gorączka w początku cho-

roby i obrzęk języka, brakiem jakichkolwiek zmian kiłowych w innych miejscach ustroju, a wreszcie szybkiem wygojeniem się przy leczeniu zupełnie obojętnem.

Z kliniki chorób wewnętrznych Prof. Dra K. Wagnera w Kijowie.

W sprawie wpływu wstrzykiwań podskórnych żelatyny przy schorzeniach nerek.

Podał

Dr Jan Studziński.

(Ciąg dalszy).

Grupa II.

4. Gruźlica płuc. Zwyrodnienie skrobiewate narządów, w szczególności nerek. A. D. lat 33 przyjęty do kliniki dyagnostycznej 18. XI. 1902. Od dwu mniej więcej lat uskarża się na kaszel, krwioplucia, czasami dość znaczne, i częstą gorączkę. Objawy te ostatnimi czasy wzmogły się, oprócz tego powstała jeszcze duszność, osłabienie i stałe rozwolnienie.

Skóra i widzialne błony śluzowe bardzo blade. Podściółka tłuszczowa skąpa. Nad obydwoma szczytami płuc stłumienie, oddech oskrzelowy, miejscami z odcieniem dzbanowym, z obfitemi dźwięcznemi wilgotnemi, średnio bańkowemi rzężeniami; w innych miejscach oddech szorstki, z rozsianemi furczeniami i wilgotnemi drobno i średnio bańkowemi rzężeniami. Granice stłumienia serca prawidłowe. Tony serca czyste, głuchawe. Brzuch miernie wzdęty, niebolesny. Wątroba wystaje na 3 palce z pod łuku żebrowego, zbita, gładka; śledziona wystaje na $2^1/_2$ palca, zbita, brzeg zaokrąglony. Moczu na dobę 2000 ctm. sz., c. g. 1009, odczyn słabo kwaśny. Barwa według Vogla II, białko $2^0/_{00}$, w osadzie niewielka ilość wałeczków szklistych i woskowatych (1—2 w preparacie), zrzadka nabłonek nerkowy, ciałek białych krwi 3—4 w polu widzenia, ciałek czerwonych niema. Wypróżnienie płynne, 3—5 razy na dobę, niebolesne. W plwocinie mnóstwo laseczników gruźliczych i włókien sprężystych. Podano węglan gwajakolu (0,3) z kodeiną (0,015) 3 razy dnia, oprócz tego azotan bizmutowy (0,3) z makowcem (0,01).

Do 12. XII. bez zmiany, 12. XII. wieczorem — dość znaczne krwioplucie, 13. XII. w plwocinie znaczna domieszka krwi. Moczu na dobę 3200 ctm. sz. c. g. 1006, białka $1^0/_{00}$, w osadzie te same zmiany, co i poprzednio. 14 XII. moczu 2000 ctm. sz. c. g. 1007, białka $2^0/_{00}$, w osadzie zmiany te same. Wstrzyknięto pod skórę brzucha 50 ctm. sz. $3^0/_0$ rozczynu żelatyny. Ku wieczorowi dość znaczne podniesienie się ciepłoty, lecz chory i bez tego cały czas gorączkuje wieczorami. 15. XII. Moczu 3000 ctm. sz., c. g. 1006, białka $1,5^0/_{00}$, w osadzie wałeczki szkliste i woskowate (1—2 w preparacie), miejscami spotyka się ziarniste; krwinek białych 2—4 w polu widzenia, czerwonych niema Miejsce wstrzykiwania nieco obrzmiałe, zaczerwienione, mocno bolesne. 16. XII. Moczu 3000 ctm. sz., c. g. 1007, białka $2^0/_{00}$, osad bez zmiany. Obrzmienia i zaczerwienienia w miejscu wstrzykiwania mniejsze. Plwocina bez domieszki krwi. 17. XII. Moczu 2800 ctm. sz. c. g. 1006, białka $2^0/_{00}$, osad bez zmiany. Obrzmienie i zaczerwienienie na miejscu wstrzykiwania niema. 18. XII. Moczu 3000 ctm. sz., c. g. 1006, białka $1^0/_{00}$, osad bez zmiany. 19. XII. Moczu 2700 ctm. sz., c. g. 1007, białka $1,25^0/_{00}$, osad bez zmiany. 20. XII. Moczu 3000 ctm. sz., c. g. 1006, białka $1,5^0/_{00}$, w osadzie wałeczki szkliste i woskowate (1—2 w preparacie) bardzo rzadko ziarniste; krwinek białych 2—4 w polu widzenia, czerwonych niema.

W danym przypadku wstrzykiwanie żelatyny nie wywarło żadnego wpływu, ani na ilość i ciężar gatunkowy moczu, ani na ilość białka i składników morfotycznych.

5. Miąższowe i śródmiąższowe przewlekłe zapalenie nerek. Przewlekłe zapalenie prawego stawu nadgarstkowego. B. P., lat 23., przyjęty do kliniki dyagnostycznej 23. XI. 1902. W kwietniu silnie się przeziębił po łaźni, w maju powstały obrzęki, początkowo na twarzy; mocz w tym czasie był ciemny, lecz bez widocznej domieszki krwi. Chory kilkakrotnie leczył się w szpitalu, gdzie obrzęki ustępowały, lecz po wyjściu ze szpitala znowu zjawiały się. Wyskoku nadużywał. Kiły miał nie przebywać. Staw nadgarstkowy obrzękły i bolesny prawie od pół roku.

Prawy staw nadgarstkowy nieco zgrubiały, ruchomość ograniczona, przy ruchach daje się słyszeć w nim chrzęst; zgrubienie rozszerza się po części i na kiść ręki. Skóra i widzialne błony śluzowe blade. Niewielki obrzęk całego tułowia i kończyn. Przy opukiwaniu płuc odgłos jawny, granice prawidłowe, brzegi ruchome; przy osłuchiwaniu oddech pęcherzykowy, z rozsianemi wilgotnemi, drobno i średnio bańkowemi rzężeniami. Granice stłumienia serca: prawa na lewej linii mostkowej, górna na 4 żebrze, lewa na linii sutkowej; tony czyste, drugi ton nad tętnicą główną wzmocniony. Tętno 84 w minucie, miernie napięte. Narządy jamy brzusznej zmian nie wykazują. Moczu na dobę 2100 ctm. sz., c. g. 1009, odczyn kwaśny, barwa według Vogla III. przezroczysty, białka $5^0/_{00}$, cukru niema; w osadzie znaczna ilość wałeczków szklistych i niewielka drobno i grubo ziarnistych, z rzadka wałeczki nabłonkowe, dość dużo nabłonka nerkowego; ciałek białych krwi 5—8 w polu widzenia, czerwonych nie znaleziono.

Od 23. XI. do 27. XI. obrzęki stopniowo zmniejszają się, pozostały tylko na twarzy, krzyżach i goleniach, wszakże nieznaczne.

W danym przypadku pierwsze i trzecie wstrzykiwanie nie miało szczególnego wpływu ani na ilość i ciężar właściwy moczu, ani na ilość białka i składników morfotycznych; po drugiem wstrzyknięciu żelatyny daje się zauważyć pewne zwiększenie się ilości białka, niewielkiego wszakże stopnia. Jakby zmniejszenie się ilości białka po trzeciem wstrzyknięciu żelatyny w porównaniu z pierwszemi dwoma daje się wytłómaczyć przez to, że 3-cie wstrzykiwanie zrobiono prawie w 3 miesiące po pierwszych dwóch, kiedy stan chorego już znacznie poprawił się w klinice.

6. Przewlekłe miąższowe zapalenie nerek. Szcz. P., lat 50, przyjęty do kliniki dyagnostycznej 7. I. 1903 r. Przed rokiem po zaziębieniu się powstały u chorego obrzęki na twarzy i kończynach: lekarze rozpoznali zapalenie nerek. Przy odpowiedniem leczeniu chory po 2 miesiącach uważał się za zdrowego, lecz już w grudniu roku zeszłego znowu zjawiły się obrzęki, ilość moczu zmniejszyła się, zjawiło się ogólne osłabienie, zmęczenie, brak łaknienia. Wyskoku nie nadużywał. Kiły miał nie przebywać.

Skóra i widzialne błony śluzowe blade; podściółka tłuszczowa mierna, niewielka nabrzmiałość twarzy i niewielkie obrzęki goleni i stóp. Płuca zboczeń nie przedstawiają. Słumienie serca w granicach prawidłowych; tony czyste, wzmocnienia tonów niema. Narządy jamy brzusznej bez zmiany. Moczu na dobę 1000 ctm. sz., c. g. 1.018, odczyn kwaśny, barwa według Vogla III., białka $8^0/_{00}$, cukru niema; w osadzie znaczna ilość wałeczków szklistych i ziarnistych, a także nabłonka nerkowego, ciałek białych krwi 2—4 w polu widzenia, czerwonych nie znaleziono.

Zalecono wanny, dyetę mleczną i przebywanie w łóżku. Od 7. I. do 25. I. obrzęki przeszły, stan podmiotowy zadowalniający. 26. I. 850 ctm. sz, c. g. 1.019, białka $8^0/_{00}$, w osadzie wałeczków i nabłonka nerkowego mniej, niż przy wstąpieniu. 27. I. moczu 1000 ctm. sz, c. g. 1.018, białka $7,5^0/_{00}$, osad bez zmiany. 28. I. moczu 800 ctm., c. g. 1.020, białka $9^0/_{00}$, osad bez zmiany. 29. I. moczu 700 ctm. sz.,

TABLICA II.

Data	Ilość wstrzykniętej żelatyny	Badanie moczu: Dobowa ilość moczu ctm. sz.	Ciężar gatunkowy	Ilość białka ‰	Elementy morfotyczne	Uwagi
28/XI		1600	1.010	7·5		
29/XI		2000	1.009	8		
30/XI		1500	1.010	10		
1/XII		1800	1.010	9·5		
2/XII	50 ctm. sz 3%	1400	1.011	10	Dużo wałeczków szklistych i drobnoziarnistych, rzadko nabłonkowe; nabłonek nerkowy w niewielkiej ilości; ciałek białych krwi 5—6 w polu widzenia, czerwonych nie znaleziono.	Przez 5 godzin po wstrzyknięciu żelatyny dreszcze, ból głowy; ciepłota 39·2°.
3/XII		2000	1.009	7	» »	W okolicy wstrzyknięcia znaczne zaczerwienienie, obrzmienie i bolesność.
4/XII		1500	1.010	6·5	» »	Obrzmienie i zaczerwienienie mniejsze.
5/XII		1600	1.010	7	» »	» »
6/XII		1300	1.011	10	» »	Zaczerwienienia i obrzmienia na miejscu wstrzyknięcia niema.
7/XII		1300	1.012	9	» »	
8/XII—12/XII						Stan podmiotowy zadowalniający, obrzęków niema.
13/XII	50 ctm. sz. 3%	2200	1.010	8	Wałeczki szkliste i drobnoziarniste 1—3 nie w każdem polu widzenia, nabłonkowe rzadko, nabłonek nerkowy w skąpej ilości; ciałek białych krwi 3—8 w polu widzenia, czerwonych nie znaleziono.	Przez 6 godzin po wstrzyknięciu ciepłota 38·3°.
15/XII		1600	1.012	7·5	» »	Objawy miejscowe, jak poprzednio.
16/XII		1700	1.012	9·5	» »	
17/XII		1900	1.011	11	» »	
18/XII		1700	1.012	10	» »	
19/XII		2200	1.009	8	» »	
20/XII 1902 — 10/III 1903						Stan podmiotowy dobry, obrzęków niema.
11/III	50 ctm. sz. 3%	1900	1.010	4	Wałeczki szkliste i drobnoziarniste 1—2 nie w każdem polu widzenia, nabłonkowych nie spostrzega się; nabłonka nerkowego mało; ciałek białych krwi 1—4 w polu widzenia, czerwonych nie znaleziono.	Przez 6 godzin po wstrzyknięciu ciepłota 38·3°.
12/III		1700	1.010	3·5	» »	Objawy miejscowe, jak poprzednio.
13/III		1600	1.010	4	» »	
14/III		1600	1.011	4	» »	

c. g. 1.020, białka 8‰, osad bez zmiany. 30. I. moczu 900 ctm. sz., c. g. 1.019, białka 8‰, osad bez zmiany. 31. I. moczu 800 ctm. sz., c. g. 1.020, białka 8‰, w osadzie wałeczki szkliste, drobno i gruboziarniste (2—4 w polu widzenia), przybłonka nerkowego mało; ciałek białych krwi 2—4 w polu widzenia, czerwonych nie znaleziono. Za zgodą chorego wstrzyknięto pod skórę brzucha 50 ctm. sz. 3% rozczynu żelatyny. Po 4 godzinach podniesienie się ciepłoty ciała do 37·9°. 1. II. moczu 1000 ctm. sz., c. g. 1.018, białka 7‰, w osadzie bez zmiany. W okolicy wstrzyknięcia zaczerwienienie, obrzmienie i bolesność. 2. II. moczu 900 ctm. sz., c. g. 1.018, białka 8‰, w osadzie bez zmiany. 3. II. moczu 1.300 ctm. sz., c. g. 1.016, białka 6‰, w osadzie wałeczków nieco mniej. Zaczerwienienia i obrzmienia w okolicy wstrzyknięcia niema 4. II. moczu 1.100 ctm. sz., c. g. 1.017, białka 6,5%. 5. II, moczu 1000 ctm. sz., c. g. 1.019, białka 7‰, w osadzie wałeczki szkliste, drobno i gruboziarniste (0—2 w polu widzenia) nabłonka nerkowego mało, ciałek białych krwi 2—4 w polu widzenia, czerwonych nie znaleziono. Chory opuścił klinikę.

W danym przypadku poprawa stanu chorego szła stopniowo naprzód i wstrzykiwanie żelatyny nie zwiększyło odsetka białka i składników morfotycznych w osadzie. Na ilość i ciężar właściwy moczu wstrzykiwanie wpływu nie wywarło. Odczyn ogólny i miejscowy po wstrzykiwaniu zaznaczony niewybitnie.

7. Stwardnienie naczyń. Zapalenie przewlekłe mięśnia sercowego. Rozedma płuc. Nerki zastoinowe.

P. J., lat 71, przyjęty do kliniki dyagnostycznej 17. I. 1903 roku. Od pół roku chory zaczął uskarżać się na duszność, z początku tylko po szybszem chodzeniu, a potem coraz częściej. Ostatnimi czasy dołączyło się bicie serca i obrzęk nóg. Kaszle oddawna. Całe życie był zdrów. Wyskoku nie nadużywał.

Ostatnie członki palców rąk pałeczkowato zgrubiałe. Skóra i widzialne błony śluzowe blade z odcieniem siniczym. Podściółka tłuszczowa mierna. Obrzęk stóp i goleni. Granice płuc obniżone o jedno żebro. Odgłos przy opukiwaniu klatki piersiowej jawny. Oddech pęcherzykowy z niewielką ilością rozsianych suchych i wilgotnych drobno i średnio bańkowych rzężeń. Granice stłumienia serca: górna u górnego brzegu 5. żebra, prawa na lewej linii mostkowej, lewa na 2 palce na wewnątrz od linii sutkowej. Tony czyste, głuchawe, drugi ton nad tętnicą główną wzmocniony. Tętno 84 w minucie, twarde, przepuszczalne

Stwardnienie tętnic obwodowych III. stopnia. Wątroba i śledziona wystają na 3 palce z pod łuku żebrowego, zbite. Moczu na dobę 1000 ctm. sz., c. g. 1.020, odczyn kwaśny, barwa według Vogla III., cukru niema, ślady białka; w osadzie nic chorobowego. Od 18. I. do 25. I. obrzęki ustępują dość szybko. Duszność mniejsza; tętno prawidłowsze. 26. I. moczu 1000 ctm. sz., c. g. 1.018, białka 0,03‰. 28. I. moczu 1.700 ctm. sz., c. g. 1.018, białka 0,03‰. 29. I. moczu 2.100 ctm. sz., c. g. 1.015, białka 0,03‰, w osadzie spotyka się wałeczki szkliste, 1—2, nie w każdym preparacie, ciałek białych krwi 2—8 w polu widzenia, czerwonych nie znaleziono. Obrzęki tylko koło kostek. Stan podmiotowy zadowalniający. Za zgodą chorego wstrzyknięto 50 ctm. sz. 3% rozczynu żelatyny. Po 6. godzinach podniesienie się ciepłoty ciała do 38·°2; niewielki ból głowy. 30. I. moczu 2000 ctm. sz., c. g. 1.015, białka 0,05‰, osad bez zmiany; na miejscu wstrzyknięcia żelatyny zaczerwienienie, obrzmienie i bolesność. 31. I. moczu 1600 ctm. sz., c. g. 1.017, białka 0,04‰, w osadzie nic chorobowego. 1. II. 1800 ctm. sz., c. g. 1.016, białka 0,05‰. 2. II. moczu 2100 ctm. sz., c. g. 1.015, białka 0,03‰, w osadzie nic chorobowego.

W danym przypadku nie daje się zauważyć wpływu wstrzyknięcia żelatyny ani na ilość i ciężar właściwy moczu, ani na ilość białka i składników morfotycznych.

8. Przewlekłe zapalenie miąższowe i śródmiąższowe nerek. Przewlekły nieżyt jelit grubych.

T. A. lat 22, przyjęty do kliniki szpitalnej 18. II. 1906 r. Po raz pierwszy przed 3 laty po zaziębieniu obrzękły mu nogi i brzuch. Wskutek leczenia wszystko wkrótce ustąpiło, lecz ku końcowi roku zeszłego obrzęki powstały znowu. Chory uskarża się na ból głowy, osłabienie, bicie serca i duszność, jednakże podaje, że zawsze po szybszem chodzeniu doznaje silnego bicia serca. Wyskoku nie nadużywał. Kiły miał nie przebywać. W ostatnim roku cierpi prócz tego na biegunkę (stolce 2—4 razy dziennie). Skóra i widzialne błony śluzowe blade z niewielkim odcieniem siniczym. Podściółka tłuszczowa mierna; znaczne obrzęki na kończynach dolnych i dolnej połowie tułowia, niewielkie na twarzy. Płuca bez zmiany. Granice stłumienia serca: górna na 4. żebrze, prawa na palec w prawo od prawej linii mostkowej, lewa na palec na wewnątrz od linii sutkowej. Tony czyste, głuche. Tętno 76 w minucie, miękkie, słabo napełnione. Brzuch wzdęty, niebolesny; w jamie brzusznej daje się zauważyć płyn wolny, którego górna granica sięga do pępka. Wątroba wystaje na 2 palce z pod łuku żebrowego, miękka; śledziona macalna u łuku żebrowego — miękka. Moczu na dobę 700 ctm sz., c. g. 1.014, odczyn kwaśny, zabarwienie według Vogla II. białka 4‰, cukru niema. W osadzie niewielka ilość wałeczków szklistych (3—4 w preparacie), zrzadka nabłonek nerkowy, ciałek białych krwi 2—3 w polu widzenia, czerwonych nie znaleziono. Wypróżnienia płynne, zawierają dobrze przetrawione włókna mięsne, tkankę roślinną i niewielką ilość śluzu. Jaj czerwi nie znaleziono. Zalecono wanny 30°—32° R po 10—15 minut; wewnątrz napar gorzykwiatu (5·0: 150·0) z kofeiną (0·3) i mleko. Od 19. II. do 1. III. obrzęki stopniowo zmniejszają się, głowa chorego nie boli, apetyt dobry. Od 2. III. do 11. III. obrzęki jeszcze mniejsze; przesięku w jamie brzusznej niema. Prawa granica stłumienia serca cofnęła się do linii środkowej; szmerów niema. Mleko pije chory z obrzydzeniem, wskutek czego zaczęto podawać rosół z kury. Rozwolnienie, jak przedtem. 12. III. moczu 700 ctm. sz., c. g. 1.016, białka 7‰, w osadzie bez zmiany. 13. III. moczu 800 ctm. sz., c. g. 1.016, białka 7‰. 14. III. moczu 1000 ctm. sz., c. g. 1.016, białka 8‰, osad bez zmiany. 16. III. moczu 700 ctm. sz., c. g. 1.016, białka 10‰, osad bez zmiany.

17. III. moczu 1000 ctm. sz., c. g. 1.015. białka 11‰, w osadzie wałeczki szkliste (1—2 w preparacie), rzadko nabłonek nerkowy, ciałek białych 2—3 w polu widzenia, czerwonych nie znaleziono. Za zgodą chorego wstrzyknięto 50 ctm. sz. 4% rozczynu żelatyny. Po 6 godzinach podniesienie się ciepłoty ciała do 39,°8, dreszcze, pałanie, silny ból głowy. 18. III. moczu 800 ctm. sz., c. g. 1.016, białka 13‰, w osadzie 3—4 wałeczki szkliste w preparacie, rzadko nabłonek nerkowy. Na miejscu wstrzyknięcia, rozlane obrzmienie, zaczerwienienie i bolesność. Podmiotowo chory bardzo przygnębiony. 19. III. moczu 800 ctm. sz., c. g. 1.016, białka 16‰, w osadzie wałeczki szkliste (5—6 w preparacie) i drobnoziarniste (3—4 w preparacie), rzadko nabłonek nerkowy. Ciałek białych krwi 2—3 w polu widzenia, czerwonych nie znaleziono. Zaczerwienienie i obrzmienie na miejscu wstrzyknięcia, jak wczoraj; stan podmiotowy zły. 20. III. moczu 1000 ctm. sz., c g. 1.015 białka 8‰, osad bez zmiany. Zaczerwienienie i obrzmienie w granicy wstrzykiwania mniejsze. 21. III. moczu 1000 ctm. sz., c. g. 1.014, białka 6‰, w osadzie wałeczki szkliste (4—5 w preparacie) i drobnoziarniste (1—2 w preparacie), rzadko nabłonek nerkowy. Nieznaczne jeszcze obrzmienie na miejscu wstrzyknięcia, bolesność wszakże dość znaczna. 22. III. moczu 1.100 ctm. sz., c. g. 1.015, białka 7‰, osad bez zmiany. 23. III. moczu 1.200 ctm. sz., c. g. 1.015, białka 11‰, w osadzie wałeczki szkliste (3—4 w preparacie) i drobnoziarniste (0—2 w preparacie), rzadko nabłonek nerkowy, ciałek białych krwi 2—3 w polu widzenia, czerwonych nie znaleziono.

W danym przypadku wstrzykiwanie żelatyny nie wywarło żadnego wpływu na ilość i ciężar właściwy moczu. Odsetkowa zawartość białka pozostała prawie w tych granicach, w jakich była przed wstrzyknięciem, natomiast po wstrzyknięciu zjawiły się w osadzie wałeczki drobnoziarniste, których przedtem nie było, ilość zaś szklistych nieco zwiększyła się. W danym przypadku należy jeszcze zwrócić uwagę na bardzo znaczny odczyn ustroju ogólny i miejscowy na podskórne wstrzyknięcie żelatyny.

(C. d. n.).

Z oddziału chirurgicznego szpitala św. Aleksandra w Łodzi.

W sprawie urazów jamy brzusznej.

Podał

Dr Henryk Goldberg,

ordynator szpitala.

Ciężkie urazy jamy brzusznej pod wpływem zgniecenia nie należą do rzadkości. Bezpośrednią przyczyną takiego urazu bywa zgniecenie buforami wagonów, przysypanie ziemią i t. d. Zewnętrznych oznak albo nie znajdujemy zupełnie, lub też są one nader słabo wyrażone; natomiast wyraźne objawy ciężkiego wstrząsu wskazują odrazu na groźne niebezpieczeństwo. Wstrząs ten bywa wywołany bądź to ogólnym urazem układu nerwowego, bądź działaniem na poszczególne jego części, np. wstrząśnieniem mózgu lub urazem splotu słonecznego (plexus solaris), nakoniec obfitem krwawieniem wewnętrznem, wywołanem przez rozdarcie narządów jamy brzusznej. Z narządów tych najczęściej zmiażdżeniu ulegają narządy miąższowe, więc wątroba, śledziona i nerki, znacznie rzadziej przewód pokarmowy, bardzo ruchomy. elastyczny i przykryty siecią. Wielkie znaczenie ma przytem czczość lub wypełnienie żołądka i jelit treścią płynną lub gazami. Narządy, zawarte w klatce piersiowej i miednicy, ulegają sile miażdżącej zwykle dopiero wtedy, gdy kościec ulega złamaniu.

Przypadek, o którym wspomnieć zamierzam, cechuje się rzadkim mechanizmem uszkodzeń jamy brzusznej.

W sierpniu 1909 r. przyniesiono do szpitala św. Aleksandra mularza, który został przysypany ziemią przy kopaniu fundamentów. Stwierdzono objawy silnego wstrząsu:

bladość powłok, źrenice zwężone, chory przytomny, lecz podniecony, tętno drobne, silne bóle w jamie brzusznej bez wyraźnego umiejscowienia. W dwie godziny po urazie wystąpiło odbijanie; jednorazowe wymioty. Na powłokach — prócz nieznacznych zdarć naskórka ściany brzusznej — uszkodzeń nie widać. Kości czaszki, kończyn, klatki piersiowej i miednicy nienaruszone. Krwioplucia, ani odmy podskórnej niema. Bębnicy brzucha nie znać; obmacywanie brzucha bolesne, wywołuje natychmiast skurcz mięśni brzusznych. Z ujścia cewki moczowej wypływa kroplami krew; przez cewnik, założony do pęcherza, wydobyła się nieznaczna ilość moczu krwawego. Wobec braku objawów złamania miednicy i wyników zgłębnikowania wyłączono pęknięcie cewki i rozpoznano uszkodzenie pęcherza moczowego.

Operacya w uśpieniu. Cięcie podłużne nad spojeniem łonowem, koło 10 ctm. Po obnażeniu luźnej tkanki łącznej przedpęcherzowej pokazało się, iż była ona naciekła krwią. Pęcherz moczowy skurczony, schowany poza spojeniem łonowem; ściana jego tylna i dno również zgrubiałe i krwią naciekłe; nigdzie niema śladów rozdarcia błony surowiczej. Widocznie zatem pod wpływem urazu nastąpiło pęknięcie błony śluzowej i mięśnej. Dodać należy, iż o stanie napełnienia pęcherza przed wypadkiem danych nie było.

Oględziny dostępnych pętli jelit i sąsiedniej otrzewnej nie wykazały treści pokarmowej, wobec czego miano już przystąpić do zaszycia jamy brzusznej, gdy niespodziewanie ukazał się kawałek niestrawionej bułki. Natychmiast cięcie skórne zostało przedłużone, a przy oględzinach powtórnych pętli jelit znaleziono dwa rozdarcia leżące obok siebie koło 2—3 ctm. każde, w części jelita sąsiadującej z krezką. Dodać należy, iż pętle jelit zawierały bardzo niewiele treści pokarmowej. Prawdopodobnie zatem rozdarcie jelit nastąpiło wskutek przyciśnięcia pustych pętli do kręgosłupa.

Operowany zmarł po upływie kilku godzin. Sekcyi nie było.

Prócz powyższego widziałem trzy przypadki przywalenia ziemią lub gruzem, wszystkie zakończone śmiertelnie.

W r. 1903, na wiosnę, przy budowie drogi Krugobajkalskiej, obsunęła się warstwa ziemi, ściętej pod kątem koło 45°, i przywaliła siedzącego u podnóża robotnika, zasypując go całkowicie. Po odkopaniu pokazało się, że poszkodowany miał zerwane całe sklepienie czaszki, tak iż pozostała tylko podstawa twarzy.

Drugi przypadek widziałem w grudniu 1909 r. Przy nowobudującej się fabryce zawalił się dach żelazno-betonowy, zupełnie już wykończony, poddany próbom wytrzymałości 3 tygodnie temu. 12 robotników uszło cało, dwóch jednak gruz i odłamy betonu przysypały do tego stopnia, iż trzeba ich było odkopywać łopatami i drągami żelaznymi. Obydwóch odkopano bez najmniejszych oznak życia, jednego w godzinę, drugiego w 1½ po wypadku. Żadnych uszkodzeń zewnętrznych nie zauważyłem; kościec nienaruszony. Sekcyi nie było, o urazie przeto narządów wewnętrznych mówić nie mogę. Źrenice miernie rozszerzone, twarz sinawa, nieznaczna ilość śluzu koło otworu nosa i ust, obrzęków twarzy lub szyi, ani wynaczynień na spojówce oka nie widziałem. Przypuszczam, że w danym przypadku śmierć nastąpiła po części wskutek wstrząsu, po części zaś uduszenia.

Tych kilka przypadków wskazuje, jak różne mogą być przyczyny śmierci przy przywaleniu.

Nadesłane przez Komitet łódzki 30. XII. 1909

Oceny i sprawozdania.

Jahreskurse für die ärztliche Fortbildung in zwölf Monatsheften. Redaktor Dr. J. Sarason. Monachium. Lehmann.

Mamy przed sobą drugi zeszyt wydawnictwa (obacz: »Przegląd lekarski« 1910 nr. 4), obejmujący w części pierwszej wykłady Ortnera z dziedziny chorób narządu krążenia, a mianowicie 1) czynnościową dyagnostykę serca, 2) o stwardnieniu tętnic, 3) o związku gruczołu tarczowego ze stanem serca, a w drugiej części profesor Brauer z Marburga omawia 4) chirurgiczne leczenie chorób płuc.

W praktyce lekarskiej często ciężkie anatomiczne zmiany w sercu uchodzą badającemu, a dopiero nagły zgon wyjaśnia sprawę. Z drugiej strony lekarz często staje wobec pytania, czy dany objaw sercowy jest tylko czynnościowym i polega tylko na tle nerwowem, czy zachodzą organiczne zaburzenia, czy przy zakaźnej chorobie stan serca jest naruszony, czy można poddać chorego większemu zabiegowi chirugicznemu i uśpieniu. Dlatego b a d a n i e s p r a w n o ś c i s e r c a zaprząta w ostatnich czasach żywo umysły. Na pracę serca składa się ilość wpędzanej do naczyń krwi, oraz suma napotkanych oporów. Mierzenie zachowania się serca wobec oporów daje nam obraz jego sprawności. Zadanie to spełnia sfigmografia, sfigmomanometrya, sfigmotachografia (mierzenie szybkości prądu krwi) pletysmografia, sfigmobolometrya Sahliego (mierzenie żywej siły fali tętna), oznaczanie ortodiagraficzne granic serca oraz analiza objętości gazów we krwi. W praktyce jednak dostępne jest głównie badanie parcia krwi i częstości tętna. Do badania parcia krwi służy najbardziej dziś rozpowszechniony tonometr Gärtnera, oraz przyrząd Riva-Rocciego, poprawiony przez Recklingshausena. Parcie manometryczne, konieczne do zniesienia tętna w tętnicy, ściśniętej przez manszet, nazywa się maksymalnem czyli skurczowem. Różnica wysokości między skurczowem a rozkurczowem parciem krwi zwie się amplitudą, czyli parciem tętna, a średnia arytmetyczna obu tych cyfr zwie się średnią parcia.

Przy powstawaniu parcia krwi odgrywają prócz centralnej pędzącej siły serca rolę także inne czynniki, jak stan elastyczności naczyń, przepełnienie krwi kwasem węglowym (przy duszności i zastojach), obfite spożycie pokarmów, przyjmowanie znacznej ilości płynów, położenie ciała, stan przepony oraz podniecenie psychiczne. Nowsza metoda Katzensteina, aczkolwiek spotkała się również z zarzutami (Janowski, Hooke i Mende) ma tę zaletę, że jest prosta i w praktyce da się łatwo wykonać nawet u ciężko chorych. Mierzy się przy tem bezpośrednio opór w naczyniach przy uciskaniu palcami obu tętnic udowych przez 2—2½ minut, oznaczając liczbę tętna oraz parcie tętnicze (tonometrem Gärtnera) podczas uciskania tętnicy i bezpośrednio potem. W stanie prawidłowym parcie podnosi się o 5—15 mm. rtęci, a liczba tętna zostaje takasama lub zmniejsza się. Przy przeroście serca, ale w stanie sprawności, następuje podnoszenie się parcia o 15—40 mm. rtęci, a liczba tętna zostaje również niezmienioną lub zmniejsza się. Przy lekkiej niedomodze serca parcie zostaje niezmienione, a tętno niezmienione lub przyspieszone, przy ciężkiej niedomodze parcie obniża się, a tętno przyspiesza. — Koranyi podał inny sposób badania niedomogi serca. Opierając się na zjawisku, że przy niedomodze zmniejsza się ilość moczu i odsetkowa zawartość Na Cl, a zgęszczenie podnosi punkt zamarzania moczu, wskazał, że $\frac{\triangle \text{ (punkt zamarzania)}}{\% \text{ Na Cl}}$ jest wskaźnikiem dla stanu serca.

Ortner podaje w końcu prosty sposób dla upewnienia się, czy zaburzenia w rytmie serca (arythmia, bradycardia) są tylko czynnościowemi i odruchowemi, czy organicznemi. Jeżeli wstrzykniemy choremu podskórnie 0·0007 — 0·001 atropiny, a zaburzenia znikną, to polegają one tylko na nerwowem podrażnieniu nerwu błędnego.

2) S t w a r d n i e n i e t ę t n i c należy do najczęstszych chorób człowieka i według wiadomości współczesnych nie jest ono wyłącznie chorobą wieku starszego, lecz zdarza się także w średnim wieku i u dzieci. Pod stwardnieniem tętnic należy rozumieć anatomicznie (według Marchanda) zgrubienie ścian tętniczych, a zwłaszcza błony wewnętrznej,

połączone ze zwyrodnieniem tłuszczowem i ze zwapnieniem oraz stwardnieniem błony wewnętrznej i środkowej, jakoteż towarzyszące sprawy zapalne i produktywne. Klinicznie przejawia się to sztywnością, twardością i pokręceniem naczyń, oraz następczem upośledzeniem czynności. Przyczyny jednolitej niema. Wahania w parciu krwi grają ważną rolę w powstawaniu stwardnienia tętnic. Dalej mają znaczenie pewne zatrucia, jak adrenaliną, nikotyną, alkoholem i herbatą. Z kolei wchodzą w grę dziedziczność, ciężka praca, choroby przysadki mózgowej i pewne zaburzenia przemiany materyi (dna, cukrzyca). Neurastenia z powodu wahań w napięciu naczyń może być przyczyną, lecz może być też skutkiem stwardnienia tętnic. W pewnym związku pozostaje czynność gruczołów płciowych, urazy, dyeta mięsna, choroby zakaźne ostre i kiła. Stwardnienie tętnic, rozwinąwszy się raz, nie jest uleczalne, lecz może przez usunięcie przyczyny być powstrzymane w rozwoju. Stwardnienie nie obejmuje zazwyczaj w równym stopniu wielkich obszarów naczyniowych i stąd pochodzi, że u 90% osobników, niem dotkniętych, nie można (o ile nie ma powikłań, zwłaszcza ze strony nerek) stwierdzić wzmożonego parcia. — Głównym objawem są zaburzenia ogólne naczynioruchowe; stąd pochodzi ta zmienność obrazu. Najczęściej są wszelako dotknięte: serce, mózg i nerki. Dość częste bywa nierównomierne stwardnienie tętnic w jamie brzusznej.

3) Wpływ gruczołu tarczowego na serce zależy od jego położenia anatomicznego oraz od jego czynności. Nadto gruczoł tarczowy, jako bardzo silnie ukrwiony przez tętnice, oraz leżący w łożysku żyły głównej górnej, oddziaływać musi wybitną zmianą czynności na zaburzenia centralnego narządu krążenia.

Mechaniczny ucisk wola na tchawicę wywołuje rozszerzenie prawego serca przy równoczesnym braku zapadania się żył szyjnych. Jest to tak zwane »pneumiczne« czyli »mechaniczne serce wole«, znane też jako »serce wole Rosego«. Towarzyszą mu zazwyczaj objawy ścieśnienia tchawicy, jak zaciąganie do środka, świst, duże wole, oraz właściwe objawy przy badaniu endolaryngealnem i przy radioskopii. »Serce wole tyreotoksyczne Krausa« przedstawia zazwyczaj przerost lewej połowy, a ma źródło we wzmożonej czynności gruczołu tarczowego. Na takiej wzmożonej czynności gruczołu tarczowego polega: a) »Struma basedowiana«, tj. wole przy chorobie Basedowa, b) »Struma basedoficata«, tj. zwyczajne wole, które następowo sprowadziło objawy choroby Basedowa, c) serce wole tyreotoksyczne, d) »Thyreoidismus arteficialis« przez wewnętrzne podawanie gruczołu tarczowego. Według Hoffmanna na powstanie pełnego obrazu choroby Basedowa złożyć się muszą dwa czynniki, tj. wygórowana czynność gruczołu tarczowego, oraz obniżenie czynności nadnercza.

4) Prof. Brauer w pierwszej części swej pracy omawia naukowe podstawy chirurgii płuc. Głównie przy pomocy promieni Röntgena można ustalić siedzibę i wielkość ogniska chorobowego. W ostatnich czasach różne zabiegi pozwalają nam opanować niebezpieczeństwa, zachodzące przy operacyach płucnych. Do niebezpieczeństw tych należy aspiracya plwociny, krwotoki w płucach, wpływ operacyi na stosunki w krążeniu, zakażenie opłucnej, odruchy opłucnej, oraz zatory powietrzne. Bardzo ważny postęp w tej dziedzinie stanowi podane przez Sauerbrucha postępowanie dla uniknienia różnicy w parciu, która się wytwarza, jeżeli powierzchnia opłucnej nagle zostanie poddana parciu atmosferycznemu. (T. zw. Druckdifferenzverfahren). Unika się wpływu szkodliwego albo wytwarzając rozrzedzenie ponad klatką piersiową (t. zw. Unterdruck), lub też wywołując w drogach oddechowych parcie zwiększone (t. zw. Überdruck). Zapadnięcie się płuc, otrzymane przez zabieg chirurgiczny, oraz nieruchomość zapadłego płuca wyzyskano celowo do stworzenia korzystnych warunków dla leczenia. Nadto Freund podał zabiegi, zmierzające do zmiany typu oddychania i wpływające na czynność mechanizmu oddychania, korzystne przy rozedmie płuc oraz w początkowej gruźlicy. Bronchoskopia, wprowadzona przez Kiliana, umożliwiła rozpoznawanie i leczenie ciał obcych i zwężeń w grubszych oskrzelach. Dzięki nowym zabiegom chirurgicznym dostępne są leczeniu ostre ropne i zgorzelinowe ogniska w płucach, o ile ich siedziba jest dokładnie oznaczona.

Do leczenia spraw przewlekłych w płucach (ropne lub zgorzelinowe zapalenia oskrzeli, ropnie lub ogniska zgorzelinowe, rozszerzenia oskrzeli) służą odpowiednio zastosowane do poszczególnych przypadków następujące zabiegi: a) zapadnięcie się płuc, wywołane przez sztuczną odmę lub resekcyę żeber, b) założenie przetoki oskrzelowej, c) znaczne wycięcie płuc. — Przy ciężkiej, ale głównie jednostronnej gruźlicy płuc stosuje się leczenie przez wywołanie zapadnięcia się schorzałego płuca. Brauer omawia szczegółowo mechaniczne działanie oraz technikę powyższych zabiegów, z których część sam obmyślił lub sam odpowiednio zastosował. Aczkolwiek w tej nowej dziedzinie są jeszcze niektóre sprawy niewyjaśnione i nie wszystkie poglądy zgodne, to jednak w licznych przypadkach osiągnięto znaczne korzyści. Zabiegów tych na razie w praktyce ogólnej stosować nie można, tylko w zakładach. Określenie wskazania do operacyi, ocena przebiegu oraz ostatecznego wyniku zależy od ścisłego rozpoznania w każdym przypadku i wymaga szczególnego wykształcenia i ciągłej wprawy u danego lekarza internisty, na którym głównie ciąży skierowanie chorego do danego zabiegu. Dr. Blassberg.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

A. Lemierre i P. Abrami. **Żółtaczka pneumokokowa** (Presse médic. Nr 10 1910). Autorowie opisują trzy przypadki zapalenia płuc z żółtaczką: w dwóch za życia stwierdzili we krwi obecność pneumokoka, w trzecim przypadku dało badanie krwi zapomocą hodowli wynik ujemny, zaś badanie żółci, dobytej po śmierci z pęcherzyka żółciowego, we wszystkich trzech wykazało obecność dwoinki Talamon-Fraenkla. Wyniki badania wątroby i dróg żółciowych tych chorych pozwalają na twierdzenie, że żółtaczka w toku zapalenia płuc, będącego również przejawem, czy też punktem wyjścia zakażenia krwi pneumokokiem, powstaje drogą krwi. Z zupełnego odbarwienia stolców możnaby było sądzić, że zakażenie pneumokokiem wywołało ciężkie zapalenie głównych dróg żółciowych i że przyczyna zatrzymania żółci leżała poza wątrobą. Jednakże szczegółowe badanie dróg żółciowych nie wykryło żadnej przeszkody dla odpływu żółci. Żółć, znajdowana w pęcherzyku żółciowym, była prawie zupełnie odbarwiona i tem się tłómaczą odbarwione stolce. Przyczyna leżała w samym miąższu wątroby. Fakt ten może służyć za podporę zapatrywań Widala i Abramiego, że żółtaczka zakaźna jest wynikiem zapalenia miąższu wątroby (hepatitis), a nie przewodów żółciowych (angiocholitis). Jeśli wtedy bywają zmiany także i w drogach żółciowych, to są one wtórne. Dalej należy zaznaczyć, że jeśli w trakcie zapalenia płuc pojawia się żółtaczka, to prawie zawsze tylko u tych chorych, których wątroba przedtem była nieprawidłowa. Być może, że w przypadkach posocznicy pneumokokowej, ciężkiej i długotrwałej, może się zjawić żółtaczka, ale wątpliwą jest rzeczą, by się zjawiała w toku zwykłego zapalenia płuc u ludzi, których wątroba nie była dotąd żadnemi zmianami dotknięta. Przekonujące są pod tym względem wszystkie trzy spostrzeżenia autorów: we wszystkich w wątrobie stwierdzono marskość (wyskok). Możliwą jest rzeczą, że diplokok, krążący we krwi chorych na zapalenie płuc, wydziela się przez wątrobę i nie pozostawia w wątrobie, dotąd zdrowej, żadnego śladu, a natomiast w wątrobie poprzednio schorzałej wywołuje zmiany zapalne, przejawiające się w postaci żół-

taczki. Żółtaczkę w toku zapalenia płuc tłómaczą zatem autorowie lokalizacyą posocznicy pneumokokowej w wątrobie. Zwykle w toku zapalenia płuc zjawia się taka lokalizacya posocznicy pneumokokowej; nasuwa się jeszcze pytanie, czy w poszczególnych przypadkach nie może pneumokok, krążący w krwi, odrazu i wyłącznie usadowić się w wątrobie, jak się czasem usadawia w nerkach, stawach lub oponach mózgowych. Wiadomo, że zdarzają się zapalenia pęcherzyka żółciowego, wywołane przez pneumokoki, a zjawiające się bez zapalenia płuc. Nie można więc zaprzeczyć, że i niektóre żółtaczki nieżytowe lub zakaźne łagodne mogłyby być lokalizacyą czysto wątrobną posocznicy pneumokokowej. Stahr.

Hecker. **Przyczynek do rychłego rozpoznania odry.** (Münch. med. Wochschr. 12. X. 1909). Wprawdzie objaw Koplika pozwala na rychłe rozpoznanie odry, jednakże pod względem ochronnym nie ma on doniosłego znaczenia, gdyż nierzadko zjawia się ledwo w przeddzień osutki na skórze, a nawet nieraz z nią równocześnie. Z chwilą zaś pojawienia się plam Koplika, mamy przed sobą chorego już właściwie z rozwiniętą chorobą, w okresie zatem, kiedy choroba jest bardzo zakaźna. Jeśli chodzi o prędkie a skuteczne oddzielenie chorych, jak to bywa szczególnie pożądane w zakładach, mieszczących dużo dzieci, a więc np. szkołach, szpitalach lub przytułkach, to objaw Koplika nie wiedzie pewnie do celu. Combe zwrócił uwagę, że leukopenię w okresie wybuchu odry wyprzedza hyperleukocytoza w okresie wylęgania, a więc nawet przed zjawieniem się osutki. Otóż Hecker istotnie stwierdza leukocytozę w okresie wylęgania, ale leukocytoza ta nie jest trwała, a przeciwnie w 3 lub 4 dni przed zjawieniem się plam Koplika można stwierdzić wyraźną leukopenię, która się jeszcze zwykle potęguje w czasie występowania osutki. Leukopenia ta występuje czasami nawet 10 do 11 dni przed plamami Koplika, ustępując czasem i na kilka dni miejsca hyperleukocytozie lub prawidłowej ilości krwinek białych. Obok tych wahań w ogólnej ilości ciałek białych stwierdza H. także zmniejszenie się ilości limfocytów. Objaw ten, limfopenia, bywa stałym w okresie osutkowym, a przeważnie wyraźnym także w czasie wylęgania, a więc już na 3—5 dni przed objawem Koplika. Ta zwiastunowa limfopenia, a w drugim rzędzie leukopenia, stwierdzone przed wybuchem osutki, ułatwiałyby w wysokim stopniu wczesne rozpoznanie odry. Stahr.

Puterman i Breszel. **Przyczynek do wrzodziejącego zapalenia gardła, wywołanego przez laseczniki wrzecionowate** (angina ulcero-membranosa Plaut-Vincent). (Gazeta lek. 1909, Nr 16). Autorowie opisują 2 przypadki zapalenia wrzodziejącego migdałków, z których jeden zasługuje na wzmiankę z tego powodu, że wystąpił w połączeniu z błonicą. Po wstrzyknięciu surowicy przeciwbłoniczej laseczniki Löfflera znikły, krętki jednakowoż i laseczniki wrzecionowate pozostały, znikły zaś dopiero po kilku dniach pod wpływem stosowania błękitu metylowego. Wieser.

W. Zinn. **Leczenie schorzenia na glistnicę robaczkową** (oxyuris vermicularis). (Therap. Monatsh. 1910, Nr 1). Z. osiąga pewne i rychłe wyniki następującem leczeniem: I. dzień: lekka i płynna papkowata dyeta, popołudniu: »Calomel., Pulv. tuber. jalap. aa 0·5«, wieczorem lawatywa z 1—$2^1/_2$ litrów ciepłej wody mydlanej. II. dzień: rano filiżanka czarnej kawy; o godzinie 8. 10. i 12. po jednym proszku: Rp. »Santonin. 0·05, Calomel 0·1«. Popołudniu o godzinie 2. dwie łyżki oleju rącznikowego, który ewentualnie można drugi raz powtórzyć. III. dzień: płynna i papkowata dyeta, rano wanna, przedpołudniem i popołudniu po lawatywie z 1—$1^1/_2$ litra 0·2—0·5% ciepłego roztczynu mydła lekarskiego. IV. i V. dzień: to samo. Dokładne odkażanie rąk i okolicy odbytu po każdem oddawaniu stolca. Fels.

R. Lepine. **Radioterapia, a choroba Basedowa.** (Revue de méd. 1910, Nr 1). Szczegółowe badanie jednego przypadku chorobowego u człowieka w związku z poprzedniemi badaniami autora na zwierzętach, doprowadziły go do następujących wyników: 1) U człowieka, który okazywał bicie serca, oraz lekki stopień wysadzenia oczu, pod wpływem podawania niewielkiej dawki jodu rozwinął się wybitny obraz choroby Basedowa. 2) Ilekroć przednią część szyi po izolowaniu poddano u tegoż osobnika działaniu promieni Roentgena, tylekroć stosunek kwasu fosforowego do mocznika w moczu zwiększał się. Zjawisko to powtarzało się po każdem naświetlaniu i dało się stwierdzić również u zwierząt. Dr. Blassberg.

Pedyatrya.

Berliner. **Przyczynek do leczenia krztuśca; leczenie maścią chininową na drodze nosowej.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 7). Od 2 lat leczy B. krztusiec w ten sposób, że 3—4 razy dnia poleca wprowadzać pręcikiem do nosa 10—15% maść chininową, poczem dziecko kładzie się na wznak, by maść dostała się do tylnych części nosa. Już po 3—4 dniach skutek jest widoczny, zwłaszcza u małych dzieci. — Leczenie to wymaga cierpliwości ze strony rodziców. K.

Marfan. **Badania anatomiczne nad zmianami w kościach krzywiczych.** I. Zmiany widzialne gołem okiem i przez lupę (Journ. de phys. et de path. gen. 1909, Nr 4). IV. Istota zmian kostnych w krzywicy (tamże, Nr 6). Marfan i Baudouin. II. Zmiany mikroskopowe w okresie początkowym krzywicy (tamże, Nr 5). III. Zmiany mikroskopowe w okresie pełnego rozwoju (tamże, Nr 5).

Wszystkie te artykuły stanowią jedną całość i obejmują próbę wyjaśnienia etyologii krzywicy. — Istnieje trojaki pogląd na przyrodę zmian kostnych w krzywicy. Zwolennicy pierwszego poglądu uważają zmiany te za wynik odwapnienia kości pod wpływem zwiększonej ilości kwasów w ustroju, t. j. pod wpływem »skazy (dyskrazyi) kwasowej«. Zdanie to ma już teraz bardzo niewielu zwolenników. Według drugiej teoryi, podtrzymywanej przeważnie przez badaczy niemieckich i włoskich (Grandis i Mainini, Pacchiani, Heubner, Stölzner, Pfaundler), istotę zmian krzywiczych stanowi niedostateczne zwapnienie nowo powstającej tkanki kostnej. Komórki kostne wytwarzają tkankę kostnawą, pozbawioną zupełnie lub prawie zupełnie wapna i niezdolne są do przerobienia jej na właściwą tkankę kostną. Wobec tego, że stara tkanka kostna ulega przytem nadal wessaniu, jak w stanie zdrowia, to zrozumiałem staje się rozrzedzenie istoty podstawowej kości. Zgrubienie nasad kości długich wyjaśnia się mechanicznie ugniataniem rozrzedzonej kości. Nakoniec trzecia teorya uważa zmiany krzywicze za wynik sprawy swoistej, pewnego rodzaju ostrego rozrzedzającego zapalenia szpiku kostnego (Virchow, Baginsky, Kassowitz, Ziegler). Kassowitz uważa za najważniejsze objawy sprawy chorobowej przekrwienie kości i zwiększone unaczynienie. Ziegler przypuszcza, że sprawa zapalna przeważnie ogranicza się do tkanki łącznej szpiku. Zdaniem Marfana poglądy te nie obejmują całokształtu zmian, gdyż nie zwracają uwagi na zmiany w samym szpiku, które właśnie przeważają w tej sprawie. W przebiegu sprawy chorobowej rozróżnia M. 2 okresy. W okresie pierwszym, początkowym, najważniejszym czynnikiem jest nieprawidłowe bujanie komórek szpiku. Rozmnażające się komórki wypełniają nietylko oczka sieci substancyi gąbczastej i końce kanału trzonu kości, ale pojawiają się i tam, gdzie w stanie prawidłowym znaleść ich nigdy nie można: w otoczce chrząstki przerosłej, w kanałach Hawersa, w przestworach substancyi zbitej, czasami w okostnej. To nieprawidłowe bujanie komórek hemolimfatycznych i obfitsze unaczynienie zdają się powstrzymywać pojawienie się nowych warstw kostnych, a ponieważ prawidłowa sprawa wessania (resorbcyi) kości trwa dalej, więc kość musi się rozrzedzać. Ale w miarę, jak krzywica postępuje, zdolność rozrodcza komórek wyczerpuje się. Pojawia się wtedy (drugi okres) tkanka włóknista o komórkach

wrzecionowatych i gwiaździstych. Ilość komórek zmniejsza się, a tam, gdzie sprawa chorobowa osiągnęła stopień najwyższy, niema ich wcale. Gdy szpik stał się już włóknistym, powstaje na nowo sprawa kostnienia, ale przebiega nieprawidłowo: zamiast tkanki kostnej powstaje tkanka kostnawa. Komórki chrząstki silnie rozmnażają się, wchodzą w pas kostnienia i wytwarza się wtedy linia łamana zamiast prostej, jak w stosunkach prawidłowych, i pomieszanie tkanek w pasie kostnienia i w jego sąsiedztwie. Bujaniem komórek chrząstki łatwo objaśnia się zgrubienie nasad kości długich. We wszystkich okresach krzywicy można zauważyć, że sprawa dystroficzna w kościach towarzyszy podrażnieniu szpiku kostnego. Badania M. doprowadzają go do przekonania, że owe zmiany w kościach znajdują się w zależności od zmian irytacyjnych szpiku i chrząstki przynajmniej w przeważnej swej części.

Zastanawiając się nad przyczynami podrażnienia szpiku dochodzi M. do wniosku, że mogą one być rozmaite; najważniejszemi zaś są: krwotoki, zakażenia i intoksykacye, jeżeli trwają dostatecznie długo i z dostatecznem natężeniem. Otoż ze swoich spostrzeżeń przekonał się M., że w krzywicy prawie zawsze można znaleść jakąś sprawę przewlekłą zakaźną lub intoksykacyjną. Aby wystąpiła krzywica, potrzeba, aby przyczyna podziałała w pewnej określonej fazie kostnienia kości, a mianowicie w czasie między ostatniemi miesiącami życia wewnątrzmacicznego, a drugim rokiem; następnie konieczne jest jeszcze pewnego rodzaju usposobienie, karmienie sztuczne, dziedziczność (częstość krzywicy w pewnych rodzinach t. zw. artrytycznych lub zwyrodniałych).

Jeszcze na jedno zwraca M uwagę. Krzywicy często towarzyszą obrzmienia narządów hemolimfatycznych: polyadenia, przerost migdałków, śledziony, grasicy. Przyczyną tego jest to, że u dzieci narządy krwiotwórcze nie są tak zróżniczkowane i na wszelkie wpływy szkodliwe oddziaływają wszystkie razem. Można więc powiedzieć, że krzywica jest to choroba ogólna, wywołująca zmiany anatomiczne przeważnie w kościach i tkankach hemolimfatycznych.

L. Mańkowski.

Wł. Schoenaich. **Leczenie czynnościowe popłoniczego zapalenia nerek u dzieci.** (Przegląd pedyatryczny 1909, T. I., Z. VI.). Na zasadzie spostrzeżeń, zebranych w szpitalu Maryi-Anny w Łodzi u kilkuset dzieci w okresie popłoniczym doszedł autor do wniosku, że leczenie czynnościowe ostrego zapalenia nerek powinno mieć za zadanie: 1) jak największe ograniczenie wprowadzania do ustroju składników źle wydzielanych przez nerki w okresie ostrego zapalenia, a to w celu oszczędzania chorego narządu, 2) przyspieszenie wydzielania tych składników z ustroju. Wobec tego podawano chorym pokarmy pozbawione soli kuchennej o niewielkiej zawartości białka, zatem pokarmy mleczno-roślinne. Zazwyczaj dawano chorym 500 gr. mleka dziennie, ograniczając do minimum picie wody. Ubogie w chlorki odżywianie stosowano też i przed stwierdzeniem zapalenia nerek; miało to na celu nie zmniejszenie odsetka zapalenia nerek w przebiegu płonicy, lecz złagodzenie jego objawów, szczególniej obrzęków w samym początku choroby, co też stwierdzają przytoczone przez autora dane. Dla przyspieszenia wydzielania płynów i szkodliwych składników z ustroju chorego S. stosował godzinne kąpiele o ciepłocie 34—35° C. i otrzymywał bardzo dodatnie wyniki; zwiększenie ilości moczu po kąpieli w porównaniu z ilością przed kąpielą wahało się w poszczególnych przypadkach od kilkudziesięciu % do 1600%. Wyniki te tłómaczy S. zgodnie z poprzednimi badaczami powiększeniem się nerki podczas kąpieli i szybszym obiegiem krwi w tym narządzie, co pociąga za sobą wzmożenie się ilości moczu. Leczenie napotne, uciążliwe dla chorych, należy natomiast ograniczyć do cięższych przypadków, w których wybitne obrzęki, wywołujące bolesne napięcie skóry i uciskające naczynia, utrudniają krążenie krwi. Jeszcze energiczniej występuje S. przeciw stosowaniu środków przeczyszczających w celu odciągania płynów ustroju. Przy krwiomoczu stosował S. dyetę suchą, ograniczając ilość płynów do 500 cm^3, by, wywołując wybitne zgęstnienie krwi, podnieść jednocześnie jej krzepliwość. Podkreślić należy, że przy omawianem leczeniu zapalenia nerek nie stosowano żadnych środków farmakologicznych. Że nie wypadło to bynajmniej ze szkodą chorych, świadczy fakt, że wszystkie dzieci opuściły szpital z zupełnem wyleczeniem czynnościowem. M. Michałowicz.

Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

(Chirurgia).

Złamanie obojczyka leczy Romer w następujący sposób: Nieco powyżej brodawki sutkowej zakłada trzy pasy plastra, z których środkowy biegnie przez miejsce złamania aż do kąta łopatki, a dwa boczne częściowo go pokrywają; czwartym paskiem okrąża staw barkowy. Rękę umieszcza na pętli i ostrożnie miesi. Po 8 dniach usuwa się pętlę. Od 14. dnia ruchy. Plastry zatrzymuje się zwykle 3 tygodnie. (Lancet 1909, 13. III.). A.

Przy złamaniach kończyn górnych dobre usługi oddają szyny wyciągowe, działające automatycznie. Podał je (na wzór szyn Suppingera) Hofman. (Münch. med. Wochs. 1909, Nr 46). A.

Podskórne zranienie żyły podobojczykowej przy składaniu złamanego obojczyka spostrzegał Frank. Duży krwiak ustąpił sam zwolna. (Münch. med. Wochs. 1909, Nr 50). A.

Pęknięcie tętnicy pachowej wskutek brutalnych prób odprowadzenia zwichnięcia barku przez laika spostrzegał Hoffmann. W następstwie wytworzył się tętniak. Podwiązanie tętnicy podobojczykowej, wycięcie tętniaka, wyleczenie zupełne. Dotąd opisano 57 podobnych pęknięć tętnicy pachowej przy próbach odprowadzania. (Deut. Zft. für Chir. 1909, 99). K.

Przygojenie prawie zupełnie odciętego przedramienia uzyskał Jianu. Kończyna wisiała tylko na kawałku skóry. J. zeszył najpierw mięśnie po zewnętrznej stronie, potem wklinował w siebie kości, następnie zeszył zginacze, nerwy, tętnicę promieniową, w końcu skórę. Odcięcie nastąpiło w dolnej $^1/_3$ przedramienia. (Spitalul 1909, 12). A.

Złamanie uda u noworodków leczy się najlepiej podług Zancariniego przez umocowanie nóżki całej na brzuszku dziecka tak, że przednia część uda leży na brzuchu, goleń na klatce piersiowej, a stopa nad ramieniem. Opatrunek zmienia się celem miesienia codziennie. (Münch. med. Wochs. 1909, Nr 46). K.

Przy zgorzeli starczej polecają Armour i Smith wykonanie połączenia żylno-tętniczego. Przecina się żyłę i tętnicę udową i zeszywa potem górny odcinek tętnicy z dolnym żyły i naodwrót. Wprawdzie w jednym przypadku autorów nie uchroniła ta operacya chorego od odjęcia kończyny, ale niemniej należałoby nie zaniechać dalszych prób. (Lancet 1909, 25. IX.). A.

Przy leczeniu stopy płaskiej nie należy nigdy podług Muskala postępować szablonowo, stosując wkładki, lecz najpierw starać się o przywrócenie prawidłowego położenia stopy, t. j. supinacyi, przesunięcia osi stopy i wzmocnienia mięśni. Przypadki ciężkie wymagają operacyi. M. postępuje zwykle w ten sposób, że poddaje stopę przez $^1/_4$ godziny przekrwieniu czynnemu (choćby gorące mydlane kąpiele) lub biernemu (opaska), a potem wykonuje bierne ruchy supinacyjne, zalecając chorym chodzenie na zewnętrznym brzegu stopy z palcami, zwróconymi zupełnie prosto. Potem zakłada M. opatrunek plastrowy, utrzymujący

stopę w dobrem położeniu, zmieniając go ewentualnie co 14 dni, przyczem dopiero wtedy do chodzenia daje odpowiednie wkładki. (Zeitschr. f. ärzt. Fortbld. 1909, Nr 14). A.

Pień nerwu trójdzielnego dośrodkowo poza zwojem Gassera przeciął z dobrym skutkiem Payr. Operacya ta jest mniej niebezpieczna od wyjęcia zwoju, nie może uszkodzić zatoki jamistej, ani nerwów mięśni ocznych i nie występują po niej zaburzenia oczne, jak n. p. zajęcie rogówki i t. p. Cięcie płatowe z podstawą na łuku jarzmowym, podwiązanie tętnicy oponowej średniej i po podciągnięciu za zwój przecięcie nerwu na brzegu piramidy kości skalistej. (Tow. lek. Greifswald 1909, VI.). A.

Złączenie nerwów z dobrym wynikiem wykonał w 7 przypadkach Tubby. Zwłaszcza znakomity był wynik przez połączenie porażonego nerwu twarzowego z podjęzykowym. Współruchy ustępują zwolna; na zupełny wynik trzeba czekać nieraz 2—4 lat. (Lancet 4. 1909, IX.). A.

Przy nerwobolach poleca González leczenie podane przez Corchera w r. 1907, polegające na wprowadzaniu 1000—1500 cm^3 tlenu w okolicę samego nerwu. Sposób ten wiedzie rychło do celu. Na 33 przypadków uporczywej rwy kulszowej w 21 uzyskano szybkie zupełne uleczenia. (Rev. d. med. et chir. prat. 1909, 11. 8.). A

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dn. 9. marca 1910.

Przewodniczy r. dw. Prof. Wicherkiewicz, później Prof. Bochenek. — Obecnych członków 48.

1) Protokół poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Przewodniczący odczytuje zaproszenie na zwiedzenie »Lecznicy związkowej«.

3) R. dw. Prof. Browicz wygłasza odczyt: **Wyniki i znaczenie przeszczepień raka.**

W dyskusyi przemawiali: Prof. Kostanecki, Dr Eisenberg, Prof. Kader. — Następnie Prof. Dobrowolski w odpowiedzi na pytanie, postawione przez Prof. Kostaneckiego, zaznacza co następuje: 1) Wczesne okresy osiedlenia się na otrzewnej zapłodnionego jajka ludzkiego nie są znane. Na otrzewnej znajduje się tak przy ciąży macicznej, jak i jajowodowej, odczyn pod postacią zmian w nabłonkach otrzewnej, które przybierają cechy komórek doczesnej, względnie syncytyum. 2) Zmniejszenie dopływu krwi do podścieliska tkanek, w których buja rak, jak wykazują doświadczenia ginekologów, nie wstrzymuje wcale bujania raka, gdyż podwiązanie obu tętnic nasiennych i obu tętnic macicznych przy raku macicy, nie nadającym się do doszczętnego operacyjnego leczenia, zupełnie nie wstrzymywało dalszego bujania tkanki rakowej. (Streszczenie własne).

R. dw. Prof. Browicz wyjaśnia w odpowiedzi, że sposób szerzenia się raka odbywa się, według nowszych poglądów, zarówno drogą naczyń chłonnych, jak i krwionośnych. Komórki nabłonkowe prawidłowe niszczeją w obcym ustroju (komórki wątroby, kosmków), a chociażby grupa takich komórek rozmnożyła się, to nie stanowiłaby jeszcze utkania raka, o którem decyduje dopiero, oprócz charakteru samych komórek, wzajemny ich stosunek do siebie i do tkanki otaczającej. Wpływ odżywienia odgrywa znaczną rolę w rozwoju raka, stąd przerzuty rozwijają się tam, gdzie znajdują odpowiednie odżywki (Wuchsstoffe), tak np. nowotwory tarczycy tworzą z pewnem upodobaniem przerzuty w szpiku kostnym.

Kol. Wojciechowski zauważa, że podwiązywanie naczyń stosowano w zaniedbanych rakach macicy nie celem powstrzymania rozwoju nowotworu, lecz tylko objawu t. j. krwotoku, — co nie daje odpowiedzi, ściśle dostosowanej do pytania Prof. Kostaneckiego i niema znaczenia dla tego zagadnienia. (Streszczenie własne).

Kol. Koźniewski: Nawiązując do uwagi Prof. Browicza, że 4% rozczyn eteru, wstrzyknięty do nowotworu, pobudza jego wzrost, gdy natomiast inne czynniki (chemiczne i mechaniczne) wykazują hamujące działanie, — oraz do uwagi Prof. Kostaneckiego, że traktowanie eterem komórek prawidłowych wpływa często wybitnie na sposób ich dzielenia się (zamiast mitozy występuje amitoza i t. p.), — wspomina mowca o pracy Löwa i Emmericha (referowanej w Biochemisches Centralblatt t. VIII), którzy wykryli w eterze, używanym do doświadczeń biologicznych, obecność enzymów utleniających (peroksydaz). Wobec tego, że przy szybkim wzroście czy to tkanek prawidłowych, czy nowotworów, spostrzega się wzmożenie spraw oksydacyjnych, zachodzi ewentualność, że działanie eteru na te właśnie sprawy wpływa, nie zaś na hypotetyczne związki lipoido-białkowe, którą to możliwość przyjmuje kol. Eisenberg; — związków takich nie znamy, więc roztrząsanie warunków stałości lub rozpadu ich jest conajmniej przedwczesne. (Streszczenie własne).

Prof. Godlewski zwraca uwagę, że eter niema żadnych wyłącznych swoistych właściwości, lecz że w sposób zupełnie analogiczny działają wszystkie hemolitycznie czynne substancye (chloroform, alkalia, podniesiona ciepłota, surowice krwi obcych gatunków i t. d.). Akcya oksydacyjna ma tu niewątpliwie znaczenie, ale nie jest wywołana oksydazami, specyalnie w eterze mieszczącemi się. (Streszczenie własne).

W dalszym ciągu dyskusyi zabierali jeszcze głos: Prof. Chlumsky i Dr Eisenberg. Sekretarz: Dr Bujak.

Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu.

Wydział lekarski.

VI. Posiedzenie naukowo - administracyjne połączonych wydziałów lekarskiego, przyrodniczego i farmaceutycznego z dnia 1 (14) maja 1909 r.

Obecnych członków — 30, gości — 8. Przewodniczy prof. Zaleski.

Protokół z posiedzenia w dniu 24. IV. (7. V.) 1909 r. przyjęto.

I. P. Bronisław Barylski wygłosił rzecz p. t.: **Wata hygroskopijna z lnu, jako najnowszy wytwór przemysłu włóknistego** (z pokazami).

Prelegent zaznaczywszy na wstępie, iż wyrobem waty hygroskopijnej z lnu zajęło się pewne stowarzyszenie akcyjne, w którem główny udział biorą Polacy z p. Nowickim na czele, mniema, iż należy tę sprawę poddać najpierw pod sąd w Towarzystwie naukowem polskiem, jakiem jest »Związek«. Prelegent przytoczył sposoby, w jaki otrzymują watę z lnu, zaznaczył, że bardzo dobrą dla wyrobu tej waty jest woda Newska wobec słabej mineralizacyi, bo jeżeli woda jest zła, to wata żółknie lub w każdym razie traci swoją białą barwę. Dalej podał prelegent różnicę między watą obecnie używaną, a watą, z lnu; zaznaczył, że wata z lnu jest znacznie tańsza, a jeżeli zważyć, iż w Rosyi corocznie zużytkowują do 200,000 pudów waty, 150,000 pudów materyału pyroksylinowego i że przy sprowadzaniu z zagranicy (z Niemiec) opłaca się cło po 8 rub. 50 kop. za pud, to już te liczby świadczą dostatecznie, jak wielkie powodzenie i doniosłe znaczenie powinienby mieć wyrób tej waty w państwie. Prócz tego prelegent odczytał odezwę o wacie z lnu, wydaną przez prof. Ziemackiego, z której to odezwy widać, że prof. Ziemacki już w ciągu kilku miesięcy prowadził doświadczenia nad tą watą w swej klinice. Z doświadczeń tych wynika, że ciężar gatunkowy jest wyższy od ciężaru waty bawełnianej, wata nie jest tak hygroskopijna, nie jest tak biała. Mimo to zwraca uwagę na taniość. Wata z lnu jest odpowiednia na podścielisko do opatrunków, do szyn, do opatrunków ogrzewających, do okła-

dów. Wyjałowienie jej jest równie łatwe, jak i waty bawełnianej.

Dyskusya: — P. Chrzanowski zwraca uwagę, iż znajdują się w tej wacie węzełki.— Prelegent: Jest to 3. gatunek waty; w najlepszym zaś gatunku, którego Zgromadzeniu przedstawić nie mogłem, tych stron ujemnych niema.— P. Chrzanowski. Do próby wartościowej waty używają następującego sposobu: biorą kawałek waty mocno skręcony i rzucają do wody; jeżeli on prędko tonie, jest to dowodem dobrego gatunku waty. — Prelegent rzuca do szklanki z wodą kawał skręconej waty; wata szybko utonęła. Prócz tego dodaje, że elementaryzacya Nowickiego była dotąd zupełnie nieznana i waty tym sposobem wyrabianej również niema. — P. Małachowski: Wobec tego, iż ilość zużytkowanej w Rosyi waty, jak to wynika z liczb przytoczonych przez prelegenta, jest nieznaczna w stosunku do całej produkcyi lnu w Rosyi, więc przemysł ten, aczkolwiek bardzo pożyteczny, szerokiego znaczenia dla kultury lnu w Rosyi mieć nie może. Co do tego, iż wynalazek ten należy jakoby do p. Nowickiego, jak to twierdzi prelegent, to należy zaznaczyć, że sposoby wyrobu waty z lnu są oddawna znane, w dowód czego odczytuje mówca depeszę z roku 1902, przesłaną przez włościan jednego z siół przemysłowych (Spas — Klipiki), w której włościanie ci uskarżają się na konkurencyę w ich przemyśle, jaką wytworzył wyrób waty lnianej. Również wskazuje mówca i na inne wynalazki w tej dziedzinie; okazało się, iż w tej sprawie już oddawna pracują inni i osiągnęli znacznie lepsze wyniki, aniżeli p. Nowicki.— Prelegent dodaje, że wata lniana już obecnie jest o 5 rub. tańsza na pudzie od zwykłej waty, a wkrótce będzie jeszcze tańsza. — Dr. Święcicki zapytuje, jaka jest różnica we własnościach fizycznych pomiędzy watą z lnu, a bawełnianą.— Prelegent: W odezwie prof. Ziemackiego jest na to odpowiedź; wata ze lnu jest nierówną, wobec czego podraźnia skórę i ogrzewa. — Dr. Święcicki: Te własności fizyczne można określić w kaloryach; wata, która ogrzewa jest gorsza i to stanowi wielką stronę ujemną, wata zaś, która chłodzi jest lepsza. — Prof. Zaleski prosi o wyjaśnienie 1) czy przeprowadzono badania nad zastosowaniem omawianej waty do wyrobu pyroksyliny, oraz jakie są tych badań wyniki; 2) czy uwzględniono konkurencyę, jaką stanowić może tak zw. wata drzewna, nad wyrobem której już przeprowadzono podobno badania, między innemi w Moskwie, i która przedstawiać może tę samą celulozę o tych samych własnościach. Tkaniny z tej t. zw. wiskozy już są tu rozpowszechnione. — Prelegent zaznacza, że próby co do wyrobu pyroksyliny z tej waty prowadzi rządowa fabryka melinitu na Ochcie.— Prof. Zaleski: Jeżeli przyjąć poprawkę, wniesioną przez p. Małachowskiego, który również specyalnie pracował w tej dziedzinie, to w każdym razie »Związek« powinien określić swoje stanowisko względem tego wynalazku polskiego.

Na prośbę prelegenta obrano komisyę, która ma orzec, czy omawiana wata ze lnu rzeczywiście zasługuje na uznanie. Do składu komisyi weszli: prof. Raczyński (prezes komisyi), a jako członkowie komisyi: Dr. Białobłocki, p. Chrzanowski, p. Komodzińska, p. Małachowski, Doc. Sowiński i Dr. Święcicki.

W dalszym ciągu dyskusyi zauważa Dr. Święcicki, że badania materyału opatrunkowego już są opracowane przez dra Preobrażeńskiego; w danym razie potrzebne jest badanie ściśle fizyczne, opracowane laboratoryjnie.— Prof. Zaleski: Wśród nas jest prof. Merczyng i p. Borowik, laborant przy katedrze fizyki w Uniwersytecie tutejszym, którzy w danej sprawie okazaliby wielką pomoc. — Zgromadzenie zaprasza prof. Merczynga i p. Borowika do przyjęcia również udziału w komisyi. — Prelegent p. Barylski dziękuje za to ułatwienie, które nastąpi wobec wyboru komisyi. — Prezes w imieniu Zgromadzenia składa prelegentowi podziękowanie za zajmujący odczyt.

II. Dr. Maksymilian Eliasson odczytał rzecz p. t.: **Przyczynek do sprawy czynności ośrodka słuchowego kory**. (Rzecz wydrukowana w postaci rozprawy dokt. za rok 1909. Petersburg). Prezes w imieniu Zgromadzenia dziękuje za zajmujący odczyt. Wobec spóźnionej pory odczyty Dra Zawiszy i Doc. Orłowskiego odroczono do jesieni.

W administracyjnej części posiedzenia: 1) Dokonano wyborów nowych członków. Rzeczywistymi członkami »Związku« jednomyślnie zostali obrani: Dr. Alfred Szylling z Warszawy, Michał Gałwiałło mag. farmacyi, Stanisław Borowik laborant przy katedrze fizyki na Uniw. Petersburskim i prof. Instyt. górniczego Karol Bohdanowicz. 2) P. Szabłowski wyraża życzenie wzięcia udziału w komisyi, którą utworzono dla oceny wartościowej waty ze lnu. Zaproszono. 3) W myśl §§ 26 i 27 ustawy »Związku« przystąpiono do wyborów 2 nowych członków do komisyi rewizyjnej na miejsce dwóch wylosowanych. Zostali obrani (na miejsce Dra Wiercińskiego i p. Wachowskiego) przez aklamacyę: Dr. Eliasson i p. A. Lipiński farm. 4. Dr. Hattowski odczytuje sprawozdanie z bilansu kapitału na rzecz szpitala polskiego: kapitał ten wynosi 3968 rubli 35 kop. co stanowi w papierach procentowych obecnie 4600 rubli. Odczyt Dra Herynga przyniósł straty 29 rub. 42 kop. Prócz tego Dr. Hattowski prosi »Związek« o plenipotencyę na rozporządzanie temi sumami w celach jaknajkorzystniejszego ulokowania. »Związek« uchwalił wydać plenipotencyę. 5. Prezes odczytał list od Dra Wolfheima, który dziękuje za gościnne przyjęcie i przesyła datek w kwocie 10 rub. na szpital polski.

VII posiedzenie Wydziału lekarskiego w d. 30. X. (12. XI.) 1909 r.

Obecnych członków 23, gości 5. Przewodniczy prezes prof. Zaleski.

Protokół ostatniego posiedzenia z dnia 1 (14) maja przyjęto.

I., Dr. Wacław Zawisza odczytuje rzecz p. t.: **Badania moczu przy gruźlicy nerek** (Rzecz wydrukowana w »Gazecie lekarskiej« 1909 Nr. 50.)

Dyskusya: Prof. Ziemacki zaznaczywszy, iż odczyt prelegenta odkrywa nowe horyzonty w tak zawiłej sprawie, jaką jest gruźlica nerek, dodaje, iż oddawna sam zwrócił również uwagę, że ciałka ropne zupełnie inaczej wyglądają i w zupełności podziela zdanie prelegenta. Gruźlica nerki może przedstawiać się różnorodnie: często gruźlica rozwija się w nerce niewątpliwie, a mimo to sposoby chemiczne i drobnowidowe nie stwierdzają żadnej zmiany w moczu. Otóż w rozpoznawaniu gruźlicy nerek należy uciekać się do wszystkich sposobów, jak np. odczyn Calmetta, Pirqueta i t. p. Mówca przytacza jeden przypadek gruźlicy obydwu nerek; mocz był zupełnie czysty; chora zmarła wskutek nagłego bezmoczu. Sekcya wykazała, że nerki były zupełnie zniszczone sprawą gruźliczą. Wtedy lasecznika Kocha jeszcze nie znano, (było to w r. 1880).

Doc. Orłowski zapytuje prelegenta, czy te zmiany ciałek białych w moczu, swoiste dla gruźlicy nerek, spostrzegano w limfocytach, czy też w ciałkach wielojądrzastych neutrofilnych.

Prelegent odpowiada, że zmianom ulegają ciałka ropne.

Prof. Ziemacki zaznacza, że istnieje różnica pomiędzy ciałkami ropnemi przy zapaleniach zwykłych i zapaleniach pochodzenia gruźliczego i przypuszcza, iż przy gruźlicy nerek te ciałka niby-ropne są limfocytami. Popiera swe zdanie tem, że w ropniach gruźliczych znajduje się pepsyna (badania przy gruźlicy kości); również pepsyna znajduje się w naczyniach chłonnych (np. w przewodzie chłonnym piersiowym), wobec czego mówca przypuszcza, iż przy gruźlicy nerek również ma się do czynienia z »lymphorrhoea«.

Prelegent: W ciałkach ropnych przy gruźlicy muszą zachodzić dość poważne zmiany: jeżeli zwyczajne ciałka ropne dodamy do moczu gruźliczego, to zniekształtnienie tych ciałek nie nastąpi.

Dr. Uliński przytacza przypadek gruźlicy jajnika. Nerki badano zapomocą cewników; w otrzymanym moczu przy

badaniu drobnowidowem stwierdzono obecność laseczników Kocha, wobec czego ustalono rozpoznanie gruźlicy prawej nerki. Chora zmarła. Sekcya wykazała ogniska gruźlicze tylko w lewym jajniku, nerka zaś była zupełnie niezmieniona. Otóż mówca zapytuje, w jaki sposób możnaby objaśnić te wyniki badania drobnowidowego moczu.

Dr. Wierciński tłómaczy ten przypadek przerzutem przez moczowód.

Prof. Zaleski zapytuje prelegenta, czy uwzględniał wpływ różnych czynników chemicznych na ciałka ropne. Należałoby zastosować odpowiednie badania na zwierzętach.

Prezes w imieniu Zgromadzenia dziękuje prelegentowi za nader pouczający odczyt.

II., Doc. Zenon Orłowski wypowiedział rzecz p. t.: **W sprawie odczynu Cammidgea.** Prelegent badał mocz co do odczynu Cammidgea u 1 zdrowego osobnika i 19 chorych. U zdrowego, jak również i u 13 chorych odczyn Cammidgea dał wyniki dodatnie. Jeden z tych chorych zmarł; dokonane badanie pośmiertne trzustki wykazało zupełnie prawidłowy jej stan. U 7 osób ilość otrzymanego osazonu była nieco większa, wobec czego powiodło się również określić i punkta topliwości; w 2 przypadkach punkta te były 200 i 195°C, a w 5 innych 180—185°C. Wobec niewielkiej ilości otrzymanych osazonów trudno było przeprowadzić bardziej szczegółowe badania. Na podstawie otrzymanych danych doszedł prelegent do następujących wniosków: 1) Odczyn Cammidgea nie może mieć obecnie rozstrzygającego znaczenia rozpoznawczego przy chorobach trzustki, gdyż odczyn ten daje wyniki dodatnie tak u chorych, jakoteż i zdrowych. 2) Prawdopodobnie w różnych przypadkach otrzymuje się różne osazony. Otóż zadaniem badaczy nie powinna być statystyka obecności tego odczynu w zdrowym lub chorym ustroju, lecz różniczkowanie osazonów drogą ścisłych badań chemicznych samego osazonu i moczu, z którego osazon otrzymano. W ten sposób może uda się stwierdzić, iż przy chorobach trzustki wydziela się jakaś substancya, która daje pewny osazon, charakterystyczny tylko dla chorób trzustki. 3) Odczyn Cammidgea może mieć obecnie znaczenie tylko w chemii przemiany materyi w ustroju człowieka i w tem najprawdopodobniej leży także jego przyszłość (Streszczenie własne).

Dyskusya: Dr. Wierciński podnosi znaczenie badań prelegenta wobec zupełnie nowego kierunku, jaki prelegent nadaje temu odczynowi.

Prof. Zaleski: Po odczycie doc. Smoleńskiego również o odczynie Cammidgea już wywiązała się dyskusya i, o ile pamiętam, Dr. Orłowski zapatrywał się sceptycznie na ten odczyn. Praca Smoleńskiego ma wielkie znaczenie, więc należy tu zaznaczyć, iż sprawa, poruszona przez naszego rodaka już znalazła oddźwięk również u członka naszego Dra Orłowskiego, który też udał się do sposobu Smoleńskiego. Co do tablicy skręcania (polaryzacyi), tu przedstawionej, można przypuszczać, iż te pierwsze osazony były mniej krystalizowane, wobec czego różnią się między sobą stopniem topliwości. Również barwa tych osazonów jest niejednakowa.

Prelegent: Punkta topliwości określono wspólnie z p. Smoleńskim.

Prezes podnosi naukowe znaczenie pracy prelegenta, dodając, że ujemny wynik ma często większe znaczenie, aniżeli dodatni, i w imieniu Zgromadzenia dziękuje za nader pouczający odczyt.

W części administracyjnej posiedzenia: 1) Odczytano odezwę od studentów Akademii wojskowo-lekarskiej z prośbą o poparcie nowoutworzonego biura pracy. Przyjęto do wiadomości. 2) Odczytano list od dra Chłapowskiego (z Poznania) z prośbą o poparcie sprawy postawienia w Poznaniu tablicy pamiątkowej naszemu najznakomitszemu lekarzowi epoki odrodzenia, Józefowi Strusiowi. Uchwalono otworzyć listę składek. 3) Towarzystwo S-go Wincentego à Paulo zwraca się do »Związku« o pomoc dla Józefa Kowalskiego w sprawie nogi sztucznej. Przyjęto do wiadomości. 4) Toż samo Towarzystwo zwraca się do »Związku« z prośbą o pomoc dla b. Dr. Józefa Zaleskiego. Ponieważ Dr. Zaleski był niegdyś lekarzem w Szkole przy kościele św. Katarzyny, uchwalono znieść się w tej sprawie z Rz.-kat. Towarzystwem Dobroczynności. 5) Prezes podaje do wiadomości, iż otrzymał podziękowanie dla całej komisyi zdrowotnej od Administracyi Rz.-kat. Towarzystwa Dobroczynności za trudy, położone przez komisyę w walce z epidemią cholery w instytucyach, podległych rzeczonemu Towarzystwu. 6) Omawiano sprawę odczytów i ich porządku; ogólne pierwsze powakacyjne posiedzenie wyznaczono na d. 13. listopada st. st. 7) Prof. Merczyng zdał sprawę z wrażeń, jakie na niego sprawiły nowe filtry, ustawione na stronie Wyborskiej i Petersburskiej. Nowy projekt nie sprawił na mówcę dodatniego wrażenia. 8) Wobec mających powstać wydziałów technicznego i dentystycznego proszono o szersze kooptowanie nowych członków. 9) Sekretarz Doc. Sowiński podaje do wiadomości, iż otrzymał z Krakowa odbitki protokołów posiedzeń »Związku« za rok 1908. Sekretarz: Zdzisław Sowiński.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Izba lekarska wschodnio-galicyjska ogłasza, co następuje:

»W drugiej połowie kwietnia b. r. przystąpi Izba do rozdania 763 kor., jako trzeciej części kwoty, nadesłanej ze Związku Towarzystw lekarskich. — Uprawnione do otrzymania zapomóg wdowy i sieroty po lekarzach, którzy mieszkali w obrębie Izby lekarskiej wsch.-galic., zechcą wnieść najdalej do 15. kwietnia b. r. należycie udokumentowane podania do Izby lekarskiej (ul. Dominikańska, l. 11). — Prezydent, Dr Festenburg«.

Ankietę w sprawie lekarzy szkolnych urządził Wydział Izby lekarskiej we Lwowie z udziałem Prof. Kucery, Panka, Szpilmana, Dra Kaczorowskiego, Hornunga, Serbeńskiego, Zgórskiego i Doc. Piaseckiego. Na posiedzeniu w d. 23. III. b. r. podnoszono jednomyślnie, że obowiązki, nałożone przez rząd na lekarzy seminaryów nauczycielskich wymagają 5—6 godzin pracy dziennie, że więc lekarze ci powinni mieć pobory i prawa innych profesorów seminaryów. R.

Do Związku krajowego lekarzy przystąpili z Krakowa: Dr Franciszek Bernaciński, Dr Władysław Bujak, Dr Stanisław Flaschen, Dr Edmund Rosenhauch, Dr Aron Schwarzbart, Dr Jan Stopczański, Dr Tadeusz Żeleński. W.

Wydział Związku krajowego lekarzy wybrany na Walnem Zgromadzeniu w dniu 12. marca b. r., ukonstytuował się w następujący sposób: 1) Administracyę znaczków receptowych będzie nadal prowadzić Dr Władysław Żydłowicz (Kraków, ul. Floryańska 22), 2) Oddział należytości — Dr Stanisław Iaugustyn (Kraków, ul. Sławkowska 20), 3) Kasę pogrzebową — Dr Józef Owsiński (Kraków, ul. Szpitalna 4), 4) Oddział dla ulg ekonomicznych — Dr Adolf Klęsk (Kraków, ul. Wolska 9). W sprawach kasowych należy się zwracać do skarbnika Związku Dra Grzegorza Grzybowskiego (Kraków, Szpitalna 3). Wszelkie inne pisma do wydziału Związku krajowego lekarzy należy adresować: »Kraków, ul. Radziwiłłowska 4«.

Na odbytem w dniu 23. III. b. r. posiedzeniu powziął wydział Związku następujące ważniejsze uchwały: Ułożono wzór regulaminu dla poszczególnych Kół Związku. Regulamin ten otrzymają w najbliższym czasie Zarządy wszystkich Kół. Lekarzy, którzy obecnie jeszcze nie wykonują praktyki prywatnej lub z innego powodu nie mogą płacić wkładki, będzie Wydział na ich prośbę uwalniał na jeden rok administracyjny od płacenia rocznej wkładki w kwocie 12 kor. — Uwolnieni od wkładki członkowie Związku będą jedynie opłacali rocznie po 2 kor.,

t. j. tyle, ile płaci Związek krajowy corocznie od każdego członka do Związku państwowego austryackich organizacyi lekarskich we Wiedniu. Do kasy pogrzebowej będą jako nowi członkowie przyjmowani tylko członkowie Związku krajowego lekarzy. W.

Zużyte opatrunki mają być podług rozporządzenia ministerstwa w szpitalach zaraz palone, te zaś (n. p. bielizna, opaski i t. p.), których używa się dalej, muszą być dokładnie wyprane i odkażone. Rozporządzenie to wydano ze względu na częste schorzenia szmaciarzy, zbierających po śmietnikach szpitalnych gałgany. X.

Dla lekarzy wojskowych ogłasza wojskowy komitet sanitarny (Militärsanitätskomitee Wien IX. Währingerstrasse, Nr 25) konkurs na medal złoty i nagrodę pieniężną za najlepszą pracę na temat: Zaopatrzenie wojska we wodę na wojnie i w pokoju. Termin do 31. grudnia 1910 r. X.

Towarzystwo domu lekarskiego w Maryenbadzie ogłasza, że od 1. maja r. b. będzie wolnych 10 miejsc dla chorych lekarzy lub ich żon. Podania wnosić należy najdalej do 15. kwietnia na ręce prezydyum Towarzystwa. X.

Zakaz sprzedaży przyrządów „Sanitas“. Ministerstwa spraw wewnętrznych, finansów i handlu zakazały sprzedaży i sprowadzania przyrządów instytutu »Sanitas« przeciwko moczeniu nocnemu. X.

W sprawie wzajemnego wynagradzania się lekarzy doszła komisya berlińskiego Związku lekarzy do wniosku, że niema nic zdrożnego w tem, jeżeli lekarz bierze honoraryum za leczenie kolegi, a zwłaszcza jego rodziny. X.

Za werbowanie pacyentów przez pośredników ukarała Izba lekarska wiedeńska dentystę Dra Fischera grzywną 400 koron, a dentystę Dra Barchelesa grzywną 200 koron za ordynowanie w dwóch miejscach. X.

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 20. III. do 26. III. 1910 doniesiono o nowych przypadkach d u r u p l a m i s t e g o w pow. Buczacz (Barysz 6, Hrehorów 1, Nowosiółka ad Koropiecko 2), Gródek jagiell. (Strader 5), Grybów (Izby 4), Jaworów (Młyny 2, Czerczyk 5), Jarosław (Tuchla 1), Lisko (Horzowczyk 2), Mościska (Trzcieniec 1, Makuniów 7), Nadwórna (Wołosów 4), Peczeniżyn (Ruszor ad Kosmacz 1), Podhajce (Wiśniowczyk 4), Przemyślany (Turkocin 1), Śniatyn (Zebranówka 4), Tarnopol (Kutkowce 2), Zborów (Kudobińce 2), Żółkiew (Weryny ad Bojaniec 4); o s p y pow. Borszczów (Olchowiec 1), Drohobycz (Letnia 1). Dr T.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 20. III. do 26. III. 1910 zgłoszono przypadków: błonicy 2 † — (w tem obcych 1 † —), krztuśca 2, płonicy 3 † — (1 † —), duru brzusznego 6 † 2 (3 † 1), czerwonki 1 † 1 (1 † 1), róży 1 † 1 (1 † 1).

Dr Janiszewski.

Choroby zakaźne w Warszawie. Od 27. II. do 8. III. 1910 przybyło do szpitali warszawskich przypadków: ospy 31 † 5, odry 2, płonicy 6, błonicy 8, róży 10, duru plamistego 19 † 1, duru brzusznego 11 † 5, duru powrotnego 1.

(Gaz. lek. Nr 13).

Wiadomości bieżące.

We wrześniu b. r. odbędzie się międzynarodowy Zjazd ginekologów w Petersburgu. Tymczasowy komitet, zorganizowany na poprzedni, a niedoszły do skutku Zjazd, prosi Kolegów, chcących wziąść udział w Zjeździe, aby się raczyli zgłaszać najdalej do 1 maja b. r. pod adresem: Prof. Mars — Lwów, ul. Pijarów 4. Klinika położniczo-ginekologiczna.

Wydanie jubileuszowe wiekopomnej »Teoryi jestestw organicznych« J. Śniadeckiego, można nabywać w Administracyi »Przeglądu lekarskiego« (Dunajewskiego 2), po bardzo nizkiej cenie 2 kor. 50 hal. Dochód z rozprzedaży przeznaczony na cele użyteczności publicznej.

Kraków. Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, zapowiedziane na 30. III., a w ostatniej chwili odwołane odbędzie się w d. 6. IV. b. r. z tym samym porządkiem dziennym.

— Towarzystwo opieki szpitalnej dla dzieci w Krakowie liczyło w r. 1909 (37-ym swej działalności) 102 członków; na czele Towarzystwa stał Prof. Dr M. L. Jakubowski, będący zarazem dożywotnim honorowym kuratorem instytucyi, utrzymywanych przez Towarzystwo, t. j. szpitala dla dzieci im. św. Ludwika i kolonii leczniczej w Rabce. Z wzorowego sprawozdania Towarzystwa za rok 1909 należy przytoczyć następujące szczegóły: Towarzystwo zawarło na dalsze 5 lat umowę o leczenie ubogich chorych dzieci z Wydziałem krajowym, uzyskując przytem podwyższenie rocznego ryczałtu z 36 na 42 tysiące koron rocznie, jednakże wiedząc z góry, że jestto kwota zbyt nizka; rzeczywiście też, przy koszcie dnia szpitalnego 1·81 kor., resp. 2·10 h. i 34.715 dniach leczenia w r. 1909 wypadł niedobór 7.750·55 kor. który Towarzystwo z trudem pokryło. To też Towarzystwo pragnie w przyszłości skierować swą działalność na inne tory i roztoczyć opiekę głównie nad dziećmi zołzowatemi i zagrożonemi gruźlicą, co będzie mogło nastąpić z chwilą, gdy wypełniane dotychczas przez Towarzystwo zastępczo zadania kraju i miasta, mianowicie leczenie chorych osesków, przypadków chirurgicznych i zakaźnych, obejmą bezpośrednio właściwe czynniki, to jest, gdy wybudowany zostanie przez kraj nowy zakład położniczy z oddziałem mamek, gdy do oddziału chirurgicznego kraj. szpitala św. Łazarza przybudowane zostaną sale dla dzieci i gdy stanie miejski szpital zakaźny. Z rządem zawarło Towarzystwo nową umowę o utrzymywanie kliniki pedyatrycznej. Dla kolonii leczniczej w Rabce dokupiono sąsiednią parcelę i zbudowano łazienki. Majątek Towarzystwa (czysty) wynosi 546.353·08 kor., w tem 458.174·35 kor. wartość realności, a 21.050·65 kor. wartość inwentarza, 60.000 kor. fundusze żelazne, 26.000 kor. fundusze dyspozycyjne. — W szpitalu św. Ludwika leczono w r. 1909 ambulatoryjnie 5.635 dzieci, stale 1.302; sprawozdanie Towarzystwa podaje dokładną statystykę lekarską wszystkich tych przypadków. Stanowisko honorowego operatora szpitala powierzono w r. 1909 Prof. Dr Chlumskyemu, sekundaryuszem mianowano Dra J. Schneidra, praktykantem Dra Matlaka. W kolonii rabczańskiej przebywało w roku 1909 — 151 dzieci (zgłosiło się o przyjęcie 542, zakwalifikowano 427, a z tych nie można było przyjąć dla braku funduszów i miejsca 266!) przez 6.348 dni; koszta wynosiły 9.871·60 kor., na inwestycye wydano 5.869·35 kor.

— Ze sprawozdania »Polskiego Związku niewiast katolickich« w Krakowie za rok 1909 dowiadujemy się m. i., że sekcya tego Związku dla kolonii wakacyjnych, wysłała na lato 24 dziewcząt, uczennic seminaryum nauczycielskiego, do Jaszczurowy i że w Schronisku dla sług, utrzymywanem przez Stowarzyszenie św. Zyty, istnieje szpitalik na 20 łóżek, w którym leczono 142 chore (lekarzem był Dr Wł. Murczyński).

— Rada miejska lwowska uchwaliła subwencyę 20.000 k. na budowę domu dla Towarzystwa lekarskiego lwowskiego.

— Honorowy doktorat weterynaryi nadała lwowska Aka-Ćwiklińskiemu, szefowi sekcyi w min. rolnictwa W. Zaleskiemu, demia weterynaryjna szefowi sekcyi w ministerstwie oświaty Dr radcy min. Kellemu i b. rektorowi Akademii weter. wiedeńskiej Prof. Bayerowi.

Warszawa. »Gazeta »lekarska« (Nr 13) donosi, że na zaproszenie Prof. Otta z Petersburga, wystosowane do Prof. Marsa we Lwowie, utworzony będzie komitet narodowy polski na międzynarodowym Zjeździe ginekologicznym w Petersburgu we wrześniu r. b. Grono ginekologów warszawskich, zwołane przez Dra J. Jaworskiego, wybrało prezesem komitetu Prof. Marsa i postawiło warunek, aby prezes komitetu polskiego był jednym z honorowych prezesów Zjazdu, oraz, by komitet polski miał prawa te same, jak inne komitety narodowe.

— Pogotowie ratunkowe warszawskie udzieliło w r. 1909 pomocy w 10.800 przypadkach (w Krakowie, jak podaliśmy w 4919, we Lwowie w 9217 przypadkach).

Mianowani: Prof. Martynow dyrektorem kliniki chir. w Moskwie (po Djakonowie), Prof. E. Wertheim dyrektorem II. kliniki położn. w Wiedniu (po Rosthornie), Prof. Krönig (z Fryburga) profesorem położnictwa w Berlinie, a Prof. Kehrer (z Heidelbergu) w Bernie; Prof. Dimmer z Grazu profesorem okulistyki w Wiedniu.

Zmarli:

Dr Wacław Houwalt.

Dnia 21. marca b. r. zakończył życie lekarz naczelny szpitala ziemskiego w Siebieżu (gub. witebskiej), Wacław Houwalt, rodak nasz, w wieku lat 32. Dr Houwalt, wychowaniec uniwersytetu moskiewskiego, odznaczał się wybitnemi zdolnościami i znacznem doświadczeniem lekarskiem, szczególniej na polu chirurgicznem. Pod względem charakteru cechowała Go nadzwyczajna obowiązkowość i troskliwość o zdrowie powierzonych Mu chorych. W całym szpitalu siebieskim pomimo rocznego zaledwie Jego pobytu, na każdym kroku znać ślady Jego działalności. Zginął jako ofiara obowiązku. Leczył w szpitalu chorą na dur osutkowy, od której się tą chorobą zaraził. Wysiłki kolegów, żeby Go uratować, nie doprowadziły do celu, i po dwu tygodniach cierpień ze słowami troski i dbałości o swych chorych życie zakończył.

Cześć pamięci bojownika i ofiary obowiązku!

Dr Bohuszewicz.

Dr Piotr Laskowski, weteran z roku 1863, w Węgrowcu w Poznańskiem, Dr Józef Swiątkowski, lekarz pułkowy, w 34 r. z. we Lwowie, Dr Jan Głogowski w 56 r. ż. w Ostrowcu.

Fizyolog Prof. Pflüger w 81 r. ż. w Bonn.

Redakcya otrzymała: Rivière: Esquisses cliniques de physiotherapie. Paris, 1910, stron 316. fr. 7·50. — J. Piltz: Pilna sprawa sanitarna. Kraków, 1910 (dochód ze sprzedaży przeznaczony na koło krakowskie »Towarzystwa walki z gruźlicą«).

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w marcu 1910.

Gazeta lek. Nr 10—13. Karwacki i Szokalski: O przechowywaniu w pijawkach krętków Obermeiera. — Wretowski: W sprawie rozpoznawania bakteryologicznego cholery. — Kino (dok.). — Wasilewski: O własnościach aglutynacyjnych surowicy chorych na gorączkę powrotną. — Kosz: Przypadek gangreny płuc po odrze. — Gałecki i Budzyński. O działaniu leczniczem »I K« C. Spenglera w gruźlicy płucnej. — Erlichówna: O metodzie barwikowej Gasisa w rozpoznawaniu bakteryologicznem gruźlicy.

Medycyna i Kronika lek. Nr 10—13. Bregman: Padaczka i stany pokrewne. — Brabander: Przyczynek do badań nad przemianą purynową w ustroju człowieka. — Orłowski: Statystyka szczepień ochronnych przeciw wściekliźnie w r. 1907. — Janowski Wł.: Elektrokardyografia. — Karasiówna: O reakcyi Cammidgea. — Simon: O ostrodze kości piętowej jako przyczynie bolu w pięcie.

Tygodnik lek. Nr 9—12. Ehrlich H.: Przyczynek do próby Wassermanna. — Falgowski (c. d.). — Slęk (dok.). — Kaufman M.: Witalizm i mechanizm. — Szumowski: Uwagi J. P. Franka o organizacyi szpitala powszechnego we Lwowie. — Marischler: Trzustka pod względem klinicznym. — Popielski: O wpływie alkoholu na czynność wydzielniczą gruczołów żołądkowych. — Czarnik: Wpływ pobytu w Rymanowie na dzieci skrofuliczne. — Z. Tomaszewski: O badaniu żołądka zapomocą promieni Röntgena. — Bednarski: Przypadek ospicy krowiankowej powiek.

Nowiny lek. Nr 3. Herman (c. d.). — Stanisław Szuman (dok.). — Bychowski (dok.). — Klęsk: Czy lekarz robi dobrze, odmawiając wszelkiej porady w przypadku, w którym z powodu oporu pacyenta nie może przeprowadzić kuracyi wedle własnego przekonania? — W. Chodźko: Szóste (za rok 1908) sprawozdanie roczne z czynności Szpitala dla umysłowo i nerwowo chorych »Kochanówka« (pod Łodzią). — Bylicki: Ś. p. Prof. Adam Czyżewicz. — Józef Bieliński (c. d.).

Przegląd pedyatryczny Tom III. Zesz. I. Chlumsky: Leczenie nawykowego skrzywienia kręgosłupa. — Michałowicz: O mylnem rozpoznawaniu dławca u dzieci z gruźlicą gruczołów płucnych i kręgosłupa. — Kramsztyk: Wyniki skórnego szczepienia tuberkuliny u dzieci. — Raczyński: Otwarcie nowej kliniki pedyatrycznej we Lwowie. — Progulski: Zadanie kliniki dziecięcej i opis kliniki lwowskiej. — Z. Prechner: Przymiot wrodzony (dziedziczny) w świetle najnowszych badań.

Postęp okul. Nr 2. Rosenhauch: Promienica rogówki. — Żurkowski: Przypadek hydrops sacci lacrymalis bilateralis congenitus.

Gruźlica Nr 8. Lubliner: Gruźlica a ciąża. — Svoboda-Wolska: Walka z gruźlicą w Czechach.

Przegląd chirurgiczny i ginekolog. Z. II. Wertheim: Ś. p. Adam Karczewski. — Goldberg: O nakłuciu kuprowem. — Biesiekierski: Cierpienia łąkotek stawu kolanowego urazowego pochodzenia. — Weisberg-Biszofswerderowa: O zarośnięciu pochwy.

Przegląd chorób skórn. i wen. Nr 10—12 (1909). Chybczyński: Rad, jego własności i zastosowanie w medycynie. — S. Mutermilch: Poglądy teoretyczne na istoty odczynu Wassermanna.

Kronika dent. Nr 3. Gelbard: Rzut oka na współczesny rozwój zębolecznictwa. Dwa przypadki z praktyki.

Zdrowie. Nr 3. Bier: O organizacyi nadzoru nad żywnością. — Bojarska: Ruch trzeźwości wśród ludu w Królestwie Polskiem. — Rutkowski: Co moglibyśmy zrobić dla poprawienia stanu zdrowotnego naszych wsi i osad.

Przegląd higien. Nr 3. Panek: Higiena budynków i urządzeń szkolnych.

Głos lekarzy. Nr 6. Mikołajski: Bezpłatne doniesienia lekarskie. — Pierwsza krajowa szkoła pielęgniarstwa we Lwowie. — Legieżyński: Opieka dentystyczna w szkołach miejskich. — G. Grzybowski: W sprawie organizacyi.

Redaktor odpowiedzialny:

Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę dn. 6. kwietnia 1910 o g. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym wykład Dra R. Spiry: »Choroby uszne a porażenie twarzy«.

Rok XLIX. Kraków, dnia 9. kwietnia 1910. Nr 15.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z oddziału chirurgicznego szpitala dla dzieci św. Ludwika w Krakowie.

Maść tuberkulinowa Moro w przypadkach gruźlicy chirurgicznej.

Napisał

Prof. Dr W. Chlumsky.

Próba rozpoznawcza w gruźlicy, niezawodząca i prosta, byłaby dla nas bardzo pożądana, szczególnie w chorobach chirurgicznych kości i stawów. Nieraz jesteśmy w niepewności, zwłaszcza w początkowych okresach, co za chorobę mamy przed sobą, stąd zapewne tak chętnie wszyscy próbujemy nowych środków rozpoznawczych. Nasze doświadczenia są wprawdzie z dawnemi próbami (Pirquet i Wolff-Eisner) nie najlepsze, jednak uznać trzeba próby te za przydatne, jako wspierające i uzupełniające inne nasze sposoby badania i z tego powodu często stosujemy je w wątpliwych przypadkach. Wobec tego, że dawne próby mają wiele braków i wydają się, jak np. próba Wolff-Eisnera niezupełnie bezpieczne, dlatego też chętnie podjęliśmy doświadczenia z nową metodą, podaną przez Moro, która jest zupełnie bezpieczna, oraz bardzo prosta.

Według naszych spostrzeżeń szczepienie tym sposobem przyjmuje się nieco mniej łatwo, niż metoda Pirqueta lub Wolft-Eisnera, jednak jej zupełne bezpieczeństwo wynagradza tę jej ujemną stronę; zresztą przy umiejętnem stosowaniu tej metody i przy ewentualnem powtórzeniu w niepewnych przypadkach skłonność do odczynu wzrasta.

Metoda ta, podana przed dwoma laty, polega na zastosowaniu około 60% starej maści tuberkulinowej (»Alttuberculinsalbe«) (Tuberculini Koch 5 cm³, Lanolini anhydrici 5 gr.). Maść tę wciera się przez 1—2 minut w bardzo małych dawkach (wielkości ziarnka soczewicy) w skórę w okolicę wyrostka mieczykowatego lub w okolicę stawu łokciowego po stronie zginaczy, a następnie zostawia się to miejsce przez 5—10 minut zupełnie odkryte. Po 12 godzinach lub 5—6 dniach pokazują się u osobników gruźliczych na miejscu wtarcia małe zaczerwienione pęcherzyki, które czasami lekko swędzą, a następnie po kilku dniach zupełnie znikają. Moro opisał trzy okresy tego odczynu, jednak różniące się tylko bardzo mało.

Metodę tę wypróbowało kilku lekarzy na najrozmaitszym materyale i poleciło jako bezpieczną oraz praktyczną. Sam Moro wypróbował ją u przeszło 1000 dzieci, Wetzel w 221, Weil w 65, Mayrhofer w 115, Emmerich w 241, Dettermann w 65, a Bulinger w 84 przypadkach, przyczem poddawano badaniu nietylko pewne przypadki gruźlicy, ale także zdrowych ludzi.

Ogólnie w gruźlicy wczesnej, szczególnie w początkowych okresach choroby przebiegał odczyn prawie zawsze dodatnio, chorzy zaś charłaczy o suchej skórze nie oddziaływali. Także w małej liczbie przypadków u zdrowych próba dawała wyniki dodatnie; prawdopodobnie i w tych przypadkach istniały ukryte ogniska choroby, co przy rozpowszechnieniu gruźlicy nic szczególnego nie oznacza.

Stosowaliśmy sami maść tuberkulinową według Moro u 47 chorych, a nadto 6 panów asystentów poddało się próbie, tak więc razem obejmują nasze spostrzeżenia 53 przypadków.

W tej liczbie 24 osób było z całą pewnością gruźliczych. Chodziło o typowych suchotników, przeważnie z przetokami i ropniami zimnymi, którzy przedstawiali klasyczny obraz gruźlicy chirurgicznej. Gruźlicę stwierdzono u nich zwykłemi metodami, o których — sądzę — zbyteczna szczegółowo się rozwodzić.

Wśród tych przypadków było 7 przypadków próchnienia kręgów, z których 3 z przetokami i ropniami zimnymi, które trwały przynajmniej kilka miesięcy. Dwom przypadkom towarzyszyło zupełne porażenie poprzeczne. Z wyjątkiem dwu przypadków we wszystkich odżywienie było złe i po większej części ogólne zewnętrzne wyglądanie liche. Z tych przypadków tylko trzech chorych oddziaływało na próbę dodatnio, a jeden z tych trzech dopiero po powtórnem użyciu maści.

Znacznie lepiej przebiegał odczyn w 8 przypadkach gruźlicy stawu kolanowego. Tutaj próba wypadła sześć razy dodatnio.

Z 4 przypadków gruźlicy stawu biodrowego, połączonych z charłactwem, oddziaływały tylko dwa dodatnio.

Z trzech przypadków mnogich ognisk gruźliczych — próba Moro dała w 2 przypadkach wynik dodatni, jeden przypadek gruźlicy nogi nie oddziaływał, natomiast w jednym przypadku gruźlicy dolnej części kości piszczelowej z martwakiem wynik był dodatni.

Razem więc wśród 24 przypadków gruźlicy chirurgicznej, która nie ulegała wątpliwości, było 14 wyników dodatnich, 10 zaś ujemnych.

Z sześciu zdrowych dorosłych osób (asystentów) oddziaływało dwóch dodatnio. U jednego z tych dwóch ba-

danych dała także próba Pirqueta wynik dodatni, aczkolwiek nie zdołaliśmy znaleść u badanego ani śladu gruźlicy. Wygląda on doskonale, a pochodzi ze zdrowej rodziny.

Z innych chorych poddaliśmy badaniu 8 przypadków zapalenia szpiku kostnego (3 kości piszczelowej, 2 kości udowej, 2 kości przedramienia i 1 kości biodrowej). Dwóch z tych chorych oddziaływało również dodatnio, ale były to osobniki zołzowate. We wszystkich tych przypadkach stwierdziliśmy na drodze operacyjnej martwaki. Ciekawe były dwa przypadki, które z początku uważaliśmy za gruźlicze ze względu na siedzibę przetok w okolicy nasad kości; gdy jednak chorzy ci nie oddziaływali na próbę Moro, rozszerzyliśmy owe przetoki i znaleźliśmy wielkie martwaki kości na tle zapalenia szpiku, które następnie zostały wyjęte.

Odczyn u 5 chorych na zapalenie opłucnej ropne i surowiczo-ropne, którzy wszyscy byli operowani, wypadł ujemnie.

Natomiast jeden przypadek urazowego złamania uda i jeden ropowicy stopy oddziaływały dodatnio, mimo iż nie mogliśmy znaleść żadnych śladow gruźlicy, ani zołzów.

Następnie trzy przypadki z ranami pochodzącemi ze skaleczenia, jeden z zapaleniem mięśni, wynicowaniem pęcherza i przetoką żuchwy, nie oddziaływały na próbę Moro.

Dwa przypadki skrzywienia kręgosłupa, w których były zołzy, oddziaływały dodatnio.

Razem więc wśród 23 przypadków, leczonych z powodu innych chorób, nie gruźlicy, oddziaływało sześć dodatnio.

Jeżeli odejmiemy cztery przypadki zołzów (2 przypadki skrzywienia kręgosłupa i 2 zapalenia szpiku), to mieliśmy razem z 23 przypadków tylko dwa, które oddziaływały dodatnio, a w których nie znaleźliśmy żadnych oznak gruźlicy.

Wszystkie badane przypadki, z wyjątkiem sześciu (asystentów), dotyczyły dzieci w wieku od 1–12 lat, pochodzących z najuboższych warstw ludności.

Maść wcierano w okolicę stawu łokciowego lub w piersi tuż obok brodawki sutkowej albo nad wyrostkiem sutkowym. Z początku wcieraliśmy maść tylko przez $1/2$ minuty, a miejsce wtarcia zostawialiśmy odkryte około 10 minut. Skoro jednak spostrzegliśmy, iż u wielu suchotników próba wypadła ujemnie, wtedy przedłużaliśmy wcieranie do 1—2 minut, a nadto we wszystkich ujemnych przypadkach próbę powtarzaliśmy. Otóż pokazało się, że w niektórych ujemnych zrazu przypadkach próba powtórna dawała zupełnie dodatnie wyniki.

Po największej części na miejscu wtarcia maści pokazywały się czerwone guzki wielkości ziarnka prosa. W okolicy zaś miejsca wtarcia nie spostrzegaliśmy żadnych zmian, ani żadnych guzków. (Moro widywał w swych przypadkach także i w miejscach nie poddanych próbie rozsiane guzki). Liczba guzków wynosiła od 1 blizko do 100. W przypadkach, w których liczba guzków była znaczniejsza, było całe podłoże zaczerwienione. Guzki niezawsze pokazywały się zaraz w 1—2 dni od chwili wtarcia, ale w niektórych przypadkach dopiero po 4—5 dniach, trwały kilka dni, następnie znikały. Czerwonawe punkciki można widzieć przy silniejszym odczynie jeszcze po dziesięciu dniach.

Chorzy nie doznawali żadnej przykrości z powodu próby Moro, prócz bardzo nieznacznego swędzenia.

Szczególnie dobrze wypadł odczyn u dzieci lepiej odżywionych i o dostatecznej podściółce tłuszczowej. U dzieci wynędzniałych pomimo typowej gruźlicy przebiegał odczyn przeważnie ujemnie.

We wszystkich prawie badanych przypadkach wcierano dla kontroli i sprawdzenia odczynu Moro w sąsiednie miejsca lanolinę, a te wszystkie wtarcia kontrolne nie wywołały żadnego odczynu.

Z tego wszystkiego, cośmy przy stosowaniu próby Moro spostrzegli, możemy stwierdzić, iż jest ona dosyć czuła, ale niezupełnie niezawodna i że może ona być pomocna w początkowych okresach spraw gruźliczych, jako potwierdzająca rozpoznanie. Polecenia godną jest ona dla praktyków, ponieważ jest bardzo prosta, nie wymaga żadnych przygotowań i daje się zastosować bez bolu.

Maść tuberkulinową nabywa się obecnie w aptekach już gotową w tubach. Około 10 grm. wystarcza zupełnie na 100 prób Do naszych badań sprowadziliśmy maść z apteki »Hirschapotheke« z Frankfurtu nad Menem.

Piśmiennictwo. 1) Bulinger: Über die Moro'sche Salbenreaktion. Münch. med. Woch. 1909. s. 1325. — 2) Determan: Die Moro'sche Salbenreaktion. Tamże 1909. s. 2606. — 3) E. Emmerich: Über die klinische Bedeutung der kutanen u. perkutanen Tuberkulinreaktion. Tamże 1908. Nr 20 — 4) Germonig: Policlinico 1909. 4. Ref. Münch. med. Woch. 1909 Nr 28. — 5) Heinemann: Vergleichende Untersuch. mit der Konjunctivreaktion nach Wolff-Eisner und der Salbenreaktion nach Moro. Münch. med. Woch. 1907. Nr 11. — 6) K. Mayrhofer: Die Anwendung der Moro'schen perkutanen Tuberkulinreaktion in Kindesalter. Dissert. München 1908. — 7) Moro: Über eine diagnostisch verwertbare Reaktion der Haut auf Einreibung von Tuberkulinsalbe. Münch. med. Woch. 1908. Nr 5. — 8) Moro: Klinische Ergebnisse der perkutanen Tuberkulinreaktion. Beitr. zur Klinik der Tuberk. 1909. T. XII. Z. 2. — 9) Fr. Weil: Über die Moro'sche Salbenprobe. Münch. med. Woch. 1909. s. 2474. — 10) Fr. Wetzell: Beitr. z. perkutanen Tuberkulinreaktion nach Moro. Beitr. zur Klinik der Tuberk. T. XI. Zesz. 3.

Z kliniki chorób wewnętrznych Prof. Dra K. Wagnera w Kijowie.

W sprawie wpływu wstrzykiwań podskórnych żelatyny przy schorzeniach nerek.

Podał

Dr Jan Studziński.

(Ciąg dalszy).

9. Przewlekłe zapalenie miąższowe nerek Nieżyt przewlekły jelit cienkich i grubych Przewlekłe zapalenie otrzewnej (?).

P. A. lat 21, przyjęty do kliniki szpitalnej 26. II. 1906 roku. Mniej więcej przed miesiącem zjawiły się obrzęki na twarzy, nogach i ogólne osłabienie. Już od 2, 3 lat uskarża się na bole w brzuchu i od czasu do czasu rozwolnienie (stolec kilka razy dziennie bez bolu). Wyskoku nie nadużywał. Kiły miał nie przebywać.

Skóra i widzialne błony śluzowe bardzo blade. Podściółka tłuszczowa mierna, na kończynach dolnych obrzęki (wgłębienia blisko 1 ctm. głębokie po ucisku palcem). Płuca bez zmian. Granice stłumienia serca: prawa nieco nie dochodzi do linii środkowej, górna na 4-tem żebrze, lewa na linii sutkowej. Tony czyste, głuchawe. Tętno 70 w minucie, miernie pełne, miękkie. Brzuch miernie wzdęty, mię-

śnie proste w górnej części rozchodzą się. Nad prawą połową brzucha odgłos przy opukiwaniu nieco przytłumiony, w głębi wyczuwa się jakieś przy wymacywaniu bolesne ciało z niewyraźnymi brzegami, górna część tego ciała jakby chowa się pod wątrobę. Wątroba wystaje na 1 palec z pod łuku żebrowego, miękka. Śledziona niemacalna. Moczu na dobę 1.100 ctm. sz., c. g. 1.016, odczyn kwaśny, barwa według Vogla III., białka 5°/₀₀, cukru niema; w osadzie wałeczki szkliste (1—2 w polu widzenia), drobno i gruboziarniste (nie w każdem polu widzenia), zrzadka nabłonek nerkowy, ciałek białych krwi 2—6 w polu widzenia, miejscami kupkami, czerwonych nie znaleziono. Wypróżnienia płynne, zawierają włókna mięsne w II. III. okresie trawienia, tkankę roślinną i dość dużo śluzu. Ciepłota ciała prawidłowa.

Zalecono wanny 30° R. po 15 minut. Dyeta mleczna, azotan bizmutowy (0,6) z tanalbiną (0,6). Od 20. II. do 1. III. obrzęki trochę mniejsze. Stolec stał się prawidłowym. Od 2. III. do 7. III. obrzęki nie zmniejszają się. 8. III. podano napar gorzykwiatu (5,0: 150,0) z kofeiną (0,3). Od 9. III. do 11. III. obrzęki trochę mniejsze. 12. III. granice stłumienia serca: prawa trochę przekracza lewą linię mostkową, górna na 4-tem żebrze, lewa na 1½ palca na wewnątrz od linii sutkowej. Niewielkie obrzęki tylko na goleniach. Wątroba niemacalna, moczu na dobę 1.050 ctm. sz.. c. g. 1.016, białka 7°/₀₀, w osadzie wałeczki szkliste (5—6 w preparacie i drobnoziarniste (1—2 w preparacie). Nabłonek nerkowy rzadko, ciałek białych krwi 2—4 w polu widzenia, czerwonych nie znaleziono. 13. III. moczu 1000 ctm. sz., c. g. 1.016, białka 7°/₀₀, osad bez zmiany. 15. III. moczu 1.300 ctm. sz., c. g. 1.018, białka 8°/₀₀, wałeczków w osadzie nieco więcej. 16. III. moczu 1.200 ctm. sz., c. g. 1.018, białka 9°/₀₀, osad bez zmiany. 17. III. moczu 1.200 ctm. sz., c. g. 1.018, białka 9°/₀₀, w osadzie wałeczki szkliste i drobnoziarniste (1—2 w polu widzenia), nabłonek nerkowy dość często, ciałek białych krwi 2—6 w polu widzenia, czerwonych nie znaleziono. Za zgodą chorego wstrzyknięto 50 ctm. sz. 4°/₀ rozczynu żelatyny. Po 5 godzinach podniesienie się ciepłoty ciała do 39,°, dreszcze i ból głowy. 18. III. moczu 1.100 ctm. sz., c. g. 1.018, białka 11°/₀₀, osad bez zmiany. W okolicy wstrzyknięcia silne zaczerwienienie, obrzmienie i bolesność. 20. III. moczu 900 ctm. sz., c. g. 1,019, białka 12°/₀₀, w osadzie wałeczki szkliste i drobnoziarniste (1—2 w polu widzenia), czasami spotyka się gruboziarniste, nabłonek nerkowy dość często, ciałek białych krwi 1—5 w polu widzenia, czerwonych nie znaleziono.

W danym przypadku daje się zauważyć, jakby pewne zmniejszenie się dobowej ilości moczu i zwiększenie się odsetkowej zawartości białka po wstrzyknięciu żelatyny. Należy jednak zaznaczyć, że owo wzrastanie odsetkowej zawartości białka można już było zauważyć na parę dni przed wstrzyknięciem, kiedy zauważono także zwiększenie się ilości nieprawidłowych składników morfotycznych w osadzie; dlatego owego pogorszenia się stanu nerek nie można łączyć ze wstrzyknięciem żelatyny tem bardziej, że znaczniejszej różnicy w osadzie moczu po wstrzyknięciu, jak i bezpośrednio przed wstrzyknięciem oczywiście nie było. Na ciężar właściwy moczu wstrzykiwanie żelatyny wpływu nie wywarło.

10. Kamicze zapalenie miedniczki nerkowej (?).

Ch. B. lat 54, przyjęta do kliniki szpitalnej 17. XI. 1908 r. Od 7 miesięcy blizko uskarża się na ból w prawym boku i krwawe zabarwienie moczu, w którym zaczęły zjawiać się skrzepy krwi. Przy leżeniu w łóżku krwi w moczu mniej. Przy leżeniu na lewym boku ma chora wrażenie, jakby czegoś obcego w boku prawym, w którym bole są stałe. Miesiączkować przestała przed 15 laty.

Skóra i widzialne błony śluzowe blade. Podściółka tłuszczowa obfita; niewielki obrzęk goleni. Szczyt prawy ustawiony nieco niżej, niżeli lewy, odgłos przy opukiwaniu nad nim wyższy, aniżeli nad lewym. Oddech pęcherzykowy z niewielkiem wydłużeniem wydechu w prawym dołku podobojczykowym. Granice stłumienia serca: prawa na linii środkowej, górna na 4-tem żebrze, lewa na 1 palec na zewnątrz od linii sutkowej. Tony czyste, głuchawe, wątroba wystaje na 3 palce z pod łuku żebrowego, miernie zbita, gładka. Śledziona niemacalna. Moczu na dobę 2000 ctm. sz., c. g. 1.008, odczyn słabo kwaśny, barwa pomyj mięsnych, na dnie naczynia kilka niewielkich skrzepów krwi. Białka 1,6°/₀₀, cukru niema; w osadzie wałeczki szkliste (1—2 nie w każdym preparacie), dużo ciałek białych krwi i nabłonka dróg moczowych, całe pole widzenia usiane czerwonemi ciałkami krwi, niektóre z nich wyługowane. Przy wziernikowaniu pęcherza: błona śluzowa pęcherza miejscami przekrwiona, zwłaszcza w okolicy ujścia moczowodów; w czasie badania z prawego moczowodu wydzielił się skrzep krwi. Podano napar sporyszu (5,0: 150,0) z wyciągiem płynnym gorzknika (hydrastis canadensis) (10,0) 3 łyżki dziennie. Od 17. XI. do 24. XI. bez zmiany. 25. XI. moczu 1350 ctm. sz., c. g. 1.012, barwa pomyj mięsnych, białka 1,5°/₀₀, w osadzie bez zmiany. 26. XI. moczu 2150 ctm. sz., c. g. 1.008, barwa ciemno-czerwona (krwi w postaci skrzepów więcej), białka 1,65°/₀₀; w osadzie wałeczki szkliste (1—2 nie w każdym preparacie), mnóstwo ciałek czerwonych krwi, dość dużo ciałek białych i nabłonka dróg moczowych. Wstrzyknięto 100 ctm. sz. 4°/₀ rozczynu żelatyny. Po pięciu godzinach wstrząsający dreszcz, podniesienie się ciepłoty ciała do 39,°6, silny ból głowy; wieczorem i w nocy stan podmiotowy bardzo zły, tętno nitkowate, (wewnątrz krople kozłkowe, pod skórę kofeina). 27. XI. moczu 1800 ctm. sz., c. g, 1.010, zabarwienie, jak wczoraj, białka 1,65°/₀₀, osad bez zmiany. Na miejscu wstrzyknięcia, bardzo silne zaczerwienienie, obrzmienie i bolesność. Silny ból głowy, chora czuje się źle, nic nie je i nie pije. 28. XI. moczu 1100 ctm. sz., c. g. 1.009, zabarwienie i skrzepy w tej mierze, co i poprzednio, białka 1,65°/₀₀, osad bez zmiany. 29. XI. moczu 1000 ctm. sz., c. g. 1.010. ilość krwi, jak przedtem, białka 1,65°/₀₀, osad bez zmiany. Zaczerwienienie i obrzmienie w miejscu wstrzyknięcia mniejsze. Chora czuje się nieco lepiej, ale w każdym razie nie dobrze. 30. XI. moczu 900 ctm. sz., c. g. 1.013, ilość krwi, jak przedtem, białka 1.65°/₀₀, osad bez zmiany. 1. XII. moczu 1500 ctm. sz., c. g. 1.006, barwa pomyj mięsnych, skrzepów trochę mniej, białka 1°/₀₀. W osadzie różnicy w porównaniu z poprzedniemi wykazać nie można. Stan podmiotowy zadawalniający.

W danym przypadku wstrzykiwanie żelatyny nie wywarło żadnego wpływu na ilość krwi w moczu. Krew, wydzielająca się z prawego moczowodu w postaci skrzepów, pochodziła prawdopodobnie z miedniczki. Spostrzegane po wstrzyknięciu żelatyny zmniejszenie się ilości moczu należy postawić w związek z tem, że chora w ciągu 2 dni po wstrzyknięciu żelatyny nie przyjmowała żadnego pokarmu, ponieważ czuła się bardzo źle; dopiero na 5-ty dzień stan podmiotowy stał się zadawalniającym. Na ciężar właściwy moczu wstrzykiwanie żelatyny w danym przypadku wpływu nie miało.

W grupie II podskórne wstrzykiwanie żelatyny nie wywierało szczególnego wpływu na zawartość białka w moczu, tylko w przypadku 8-ym wzrosła nieco po wstrzykiwaniu ilość wałeczków szklistych i zjawiły się nadto ziarniste, których przedtem nie było; objawy te wszakże szybko minęły. Na ilość i ciężar właściwy moczu wstrzykiwanie żelatyny w tej grupie wpływu nie miało. Co do odczynu zaś gorączkowego, ogólnego i miejscowego, na podskórne wstrzykiwanie żelatyny, to w pewnych przypadkach (przypadek 9) odczyn ten był nieznaczny, w innych natomiast, (przypadki 8. 10.) odwrotnie był bardzo znaczny, zwłaszcza w przypadku 10. kiedy chora w ciągu 2 dni po wstrzyk-

nięciu była w stanie mocnego przygnębienia, apatyi i uskarżała się na silny ból głowy i zupełny brak łaknienia i pragnienia.

Grupa III

11. Przewlekłe miąższowe i śródmiąższowe zapalenie nerek. Sz. S. lat 30. przyjęty do kliniki dyagnostycznej 29. XI. 1903. Przed dwoma tygodniami zjawiły się obrzęki na twarzy, a od 3. dni obrzękły i nogi. Przed trzema miesiącami bolały chorego pewien czas krzyże, ból jednakże ustąpił samoistnie. Zmiany w moczu ilościowej ani jakościowej podać nie umie. Wyskoku nadużywał. Kiły miał nie przebywać.

Skóra i widzialne błony śluzowe blade, podściółka tłuszczowa mierna, niewielkie obrzęki na twarzy, tułowiu i kończynach. Granica stłumienia serca: prawa na prawej linii mostkowej, górna na 4. żebrze, lewa na pół palca na wewnątrz od linii sutkowej. Tony czyste, drugi ton nad tętnicą główną wzmocniony. Moczu na dobę 2800 ctm. sz., c. g. 1013, odczyn kwaśny, barwa według Vogla II, przezroczysty, białka 40⁰/₀₀, cukru niema; w osadzie wałeczki szkliste (2—3 w polu widzenia) i drobnoziarniste (nie w każdem polu widzenia) nabłonek nerkowy w dość dużej ilości, ciałek białych 3 - 4 w polu widzenia, czerwonych 1—4 w polu widzenia.

W danym przypadku wstrzykiwanie żelatyny po raz pierwszy nie wywarło szczególniejszego wpływu, jeżeli nie uważać zań nieco większej ilości ciałek czerwonych krwi w polu widzenia, które wystąpiły na 3 dzień po wstrzyknięciu. Stan chorego szybko się poprawił. Wstrzyknięcie żelatyny po raz 2-gi wywołało krwotok nerkowy, przyczem największe wydzielanie się krwi przypada na 3 i 4 dzień po wstrzyknięciu; ilość wałeczków szklistych i nabłonka nerkowego zwiększyła się, oprócz tego zjawiły się także wałeczki krwiste. Przeszło miesiąc po wstrzyknięciu żelatyny spostrzega się w moczu chorego większą ilość krwi, niż przedtem. Na ilość i ciężar właściwy moczu wstrzykiwanie żelatyny wpływu nie miało.

12. Podostre miąższowe i śródmiąższowe zapalenie nerek. A. G., lat 24, wstąpił do kliniki szpitalnej 4. X. 1907 r. Zachorował 27. VIII. na jakąś ostrą gorączkową chorobę: ból głowy, bole w krzyżach i gorą-

TABLICA III.

Data	Ilość wstrzykniętej żelatyny	Badanie moczu: Dobowa ilość moczu ctm. sz.	Ciężar gatunkowy	Ilość białka ⁰/₀	Elementy morfotyczne	Uwagi
1/XII		2500	1.012	4	Wałeczki szkliste (2—3 w polu widzenia) i drobnoziarniste (nie w każdem polu widzenia); nabłonka nerkowego dużo; ciałek białych 2—4 w polu widzenia, czerwonych 1—4.	
2/XII	50 ctm. sz. 3⁰/₀	2400	1.014	4	» »	W 6 godzin po wstrzyknięciu dreszcze; ciepłota 38·7⁰.
3/XII		2400	1.013	3	» »	W miejscu wstrzyknięcia znaczne zaczerwienienie, obrzmienie i bolesność.
4/XII		2400	1.012	2·5	Czerwonych ciałek trochę więcej (2—6 w polu widzenia).	Obrzmienie i zaczerwienienie w okolicy wstrzyknięcia mniejsze. Obrzęki mniejsze.
5/XII		2300	1.012	2·5	Czerwonych ciałek 1—4 w polu widzenia; zresztą bez zmiany.	Zaczerwienienia i obrzmienia w okolicy wstrzyknięcia niema.
6/XII		2200	1.012	2	» »	
7/XII		1800	1.016	2	» »	
8/XII		1600	1.016	2	» »	
10/XII		2000	1.012	1·5	» »	
12/XII		1500	1.012	1·5	» »	
13/XII		1900	1.012	1	» »	
14/XII	50 ctm. sz. 3⁰/₀	1600	1.013	1·5	Wałeczki szkliste (0—2 w polu widzenia) i rzadko drobnoziarniste; nabłonka nerkowego mało, ciałek białych 3—4 w polu widzenia, czerwonych 1—3.	W 4 godziny po wstrzyknięciu ciepłota 38·8⁰.
15/XII		2200	1.012	2	Nabłonka nerkowego więcej, ciałek czerwonych 3—6 w polu widzenia.	Objawy miejscowe, jak poprzednio.
16/XII		1900	1.015	3	Niewielka ilość wałeczków szklistych i drobnoziarnistych, miejscami spostrzega się i krwiste; nabłonek nerkowy dość często; ciałek białych 4—5 w polu widzenia; czerwone ciałka miejscami wyścielają całe pole widzenia, niektóre z nich są wyługowane.	Mocz barwy popłuczyn mięsnych. Ogólne rozbicie i ociężałość.
17/XII		1800	1.015	4	» »	Mocz ciemniejszy.
18/XII		1600	1.012	2	Wałeczki szkliste i drobnoziarniste (1—2 nie w każdem polu widzenia), bardzo rzadko krwiste; ciałek białych 2—5 w polu widzenia, czerwonych bardzo dużo.	Mocz jaśniejszy.
19/XII		1600	1.012	2	» »	
20/XII		2700	1.009	1·25	» »	Mocz barwy jasnych popłuczyn mięsnych.
21/XII 1902—17/I 1903						Domieszka krwi w moczu stale, w większej, lub w mniejszej ilości.

czka; po 12 dniach dołączyły się wymioty i mdłości po każdem przyjęciu pokarmów. Wymioty ustały zaledwo przed 2 dniami. Od kilku już dni ciepłota ciała prawidłowa. Teraz uskarża się chory na ogólne osłabienie i ból w krzyżach. Przedtem zawsze był zdrów. Wyskoku nie nadużywał.

Skóra i widzialne błony śluzowe bardzo blade. Podściółka tłuszczowa mierna, obrzęków niema. Granica stłumienia serca: prawa na lewej linii mostkowej, górna na 4. żebrze, lewa na linii sutkowej. Tony czyste, drugi ton nad tętnicą główną wzmocniony. Tętno 80 w minucie, nieco napięte. Moczu na dobę 800 ctm. sz., c. g. 1,012, odczyn kwaśny, barwa według Vogla II, białka 5,5‰, cukru niema; w osadzie dużo wałeczków szklistych z przylepionemi białemi i czerwonemi ciałkami krwi z nabłonkiem nerkowym, drobno i gruboziarnistych i niewielka ilość nabłonkowych, białych ciałek krwi 1—5 w polu widzenia, czerwonych 3—4, miejscami wyługowanych: dużo nabłonka nerkowego i kryształów kwasu moczowego.

Zalecono wanny 30° po 15 minut i dyetę mleczną. Od 5. X. do 12. X. bez zmiany. 13. X. zjawiły się niewielkie obrzęki na twarzy i tułowiu; moczu 800 ctm. sz. c. g., 1,012, białka 6‰, w osadzie do 10 ciałek czerwonych krwi w polu widzenia. 16. X. obrzęki bez zmiany, moczu 900 ctm. sz., c. g. 1014, barwy popłuczyn mięsnych, białka 6‰, w osadzie dużo wałeczków szklistych drobno i gruboziarnistych, niewielka ilość nabłonkowych i krwistych, nabłonka nerkowego i czerwonych ciałek krwi dużo, białych ciałek krwi 5—6 w polu widzenia. Od 17. X. do 12. XI. ilość moczu na dobę waha się od 800 do 1600 ctm. sz., o barwie czerwonej, mniej więcej ciemnej, osad bez zmiany. Obrzęki stale zwiększają się, a począwszy od 17. XII. spostrzega się nadto obecność płynu w jamie brzusznej. 13. XI. podano napar gorczykwiatu (8·0:200·0) z rozczynem octanu potasowego (15,0) trzy łyżki dnia 14. XI. moczu 1800 ctm. sz., c. g. 1015, białka 4,5‰, osad bez zmiany. Od 15. XI. obrzęki stopniowo zmniejszają się, tak, że 28. XI. obrzęków już niema. Stan podmiotowy zadawalniający. Moczu na dobę średnio około 1.600 ctm. sz. zabarwienie waha się, na ogół wszakże jest mniejsze. 9. XII. moczu 1700 ctm. sz., c. g. 1,014, białka 4‰, barwa popłuczyn mięsnych. 10. XII. moczu 1800 ctm. sz., c. g. 1.015, białka 4‰.

12 XII. Moczu 1600 ctm. sz. c. g. 1.015, barwa popłuczyn mięsnych, białka 4‰; w osadzie dużo wałeczków szklistych drobno i gruboziarnistych, sporo nabłonkowych i krwistych; ciałek białych krwi 3—4 w polu widzenia, czerwonych dość dużo, po części wyługowanych. Wstrzyknięto 75 ctm. sz. 10% rozczynu żelatyny. Po 6 godzinach podniesienie ciepłoty do 38°1, silny ból głowy. 13. XII. Moczu 1400 ctm. sz., c. g. 1.015, barwa mocno ciemniejsza, białka 4.5‰; w osadzie czerwonych ciałek krwi więcej. Miejsce wstrzyknięcia zaczerwienione, obrzmiałe, bolesne. 14. XII. Moczu 1400 ctm. sz., c. g. 1.015, barwa nasycona ciemnoczerwona, białka 5‰; w osadzie dużo wałeczków szklistych, drobno i gruboziarnistych, więcej nabłonkowych i krwistych, całe pole widzenia pokryte czerwonemi ciałkami krwi. Zaczerwienienie, obrzmienie i bolesność na miejscu wstrzyknięcia mniejsza. 15. XII. Moczu 1600 ctm. sz., c. g. 1.015, zabarwienie trochę jaśniejsze, białka 5‰; w osadzie wałeczków nabłonkowych i krwistych, a także wolnych czerwonych ciałek krwi mniej. 17. XII. Moczu 1300 ctm. sz., c. g. 1.015 barwy popłuczyn mięsnych, białka 4‰, w osadzie wałeczków krwistych i czerwonych ciałek mniej; zresztą bez zmiany.

W danym przypadku po wstrzyknięciu żelatyny ilość krwi i składników morfotycznych w moczu wzrosła, dosięgła szczytu na 3 dzień, a następnie zaczęła stopniowo wracać do dawnych granic, do których powróciła na 7 dzień. Na ilość i ciężar właściwy moczu wstrzykiwanie żelatyny wpływu nie miało. Ilość białka wzrosła prawdopodobnie wskutek zwiększenia się ilości krwi w moczu. Pomimo stosunkowo dość znacznego zgęszczenia (10%) rozczynu żelatyny objawy ogólne i miejscowe nic szczególnego w porównaniu z innymi przypadkami nie przedstawiły.

(Dokończenie nastąpi).

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Soyesima. **Leczenie puchliny brzusznej na tle marskości wątroby.** (Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1909, T. 98). S. w leczeniu puchliny brzusznej na tle marskości wątroby zaleca S. projekt Routtego, polegający na stworzeniu połączenia między jamą brzuszną, a żyłami udowemi. W tym celu odpreparowuje się najpierw po jednej stronie żyłę odgoleniową (v. saphaena), podwiązuje i odchyla się ją ku górze i umocowuje na otrzewnej. Na drugiem posiedzeniu wykonuje się to po stronie drugiej. W ten sposób postąpił S. w 3 przypadkach i w jednym osiągnął bardzo dobry wynik. A.

Isler. **Polyserositis fibrosa** (morbus Bamberger). Tę sprawę chorobową mają wywoływać endotoksyny gruźlicze (Wiczkowski), wogóle jakieś toksyny (Neusser); twory podobne do dwoinek znalazł w płynie z jamy brzusznej Latzel. W wywiadach bywają wzmianki o zimnicy, durze brzusznym, gośćcu, gruźlicy, zapaleniu płuc, niekiedy o niewytłomaczonych bolach w okolicy wątroby. Przebieg jest bezgorączkowy, długotrwały (do 16 lat); choroba rozpoczyna się nagle bolami w dolnej części brzucha i zaburzeniami trawienia, poczem rozwija się puchlina brzuszna, nie dająca się usunąć leczeniem wewnętrznem. Jedynie następujące po sobie nakłucia brzucha dają pewną ulgę; niektórzy radzą zabieg Talmy. Zejściem tego cierpienia jest powolnie postępujące charłactwo, lub nagłe wyczerpanie serca. Na sekcyach znajdowano wątrobę muszkatułową, powierzchnie surowicze, otrzewna i opłucna, pokryte rozległymi złogami włóknikowymi, blaszki osierdzia ze sobą zlepione. Dr G. Nowotny.

Otto. **Przyczynki do uśpienia kombinowanego.** (Med. Klinik 1910, Nr 10). Doświadczenie wykazało, że przy kombinacyi małych dawek środków podobnie działających osiągnąć można pożądany skutek bez obawy zatrucia, któreby na pewno wystąpiło, gdybyśmy stosowali dużą dawkę jednego środka. Odnosi się to zwłaszcza do stosowania kombinacyi środków, używanych przy uśpieniu. O. zachwala bardzo połączenie: weronal, skopolamina, morfina i eter. Wieczorem przed operacyą podaje się 0,5—1,0 weronalu, potem na $1\frac{1}{4}$—$\frac{1}{2}$ godziny przed operacyą 0,0003 skopolaminy i 0,005 morfiny, a na $1\frac{1}{2}$ godziny jeszcze dawkę tę samą samej skopolaminy. Morfiny nie należy podawać więcej, niż 0,01, bo wpływa ona źle na oddech i czynność serca, co stwierdzają doświadczenia wielu badaczy. Przy usypianiu oszczędza się po tem przygotowaniu wiele narkotyku (zwłaszcza chloroformu). Na serce można przy eterze nie zwracać już zupełnie uwagi. Wymioty występują rzadko. Po operacyi chorzy śpią jeszcze spokojnie 2—3 godzin. Zapaleń płuc po operacyach O. wcale nie spostrzegał, jedynie w 2% nieżyt oskrzeli. Po zabiegach chorym dokucza bardzo pragnienie i odczuwają suchość w ustach. Ilość moczu po tem usypianiu wybitnie się zwiększa. K.

Brewitt. **O wartości pędzlowań jodowych celem odkażenia skóry przed operacyami.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 6). W r. 1908 polecił Antonio Grossich nalewkę jodową do odkażania skóry przed operacyami. Prawie 2 lata nie poruszano tej sprawy, albowiem wielu poprostu bało się porzucić dawne sposoby odkażania skóry i operować n. p. na stawach po odkażeniu skóry tylko jodyną. Dopiero König zachęcił energicznie do tego

sposobu. Na oddziale chirurgicznym w Lubece stosuje się po ostrożnych próbach obecnie jedynie odkażanie jodyną i to przy wszystkich operacyach. Wyniki są bardzo dobre, nie ustępujące wcale wynikom po innych sposobach odkażania skóry. Statystyka obejmuje 500 operacyi, w tem 153 laparotomii, liczne operacye kostne, stawowe i t. p. Sposób ten jest po pierwsze wygodny i krótki, powtóre pewny, a po trzecie bardzo dobry dla chorych, n. p. przy sprawach bolesnych, gdzie mycie jest poprostu męką, gorszą nieraz od operacyi i naraża chorych na zaziębienia i bole. Odkażanie jodyną nadaje się też znakomicie przy otwieraniu ropni, opatrywaniu świeżych ran, szyciu skóry i t. p. Zwykle przed laparotomiami poleca się chorym wieczorem poprzedniego dnia kąpiel i obmycie ciała mydłem i szczotką, a po kąpieli wygolenie danego miejsca. Wśród uśpienia smaruje się daną okolicę jodyną, a po 5 minutach jeszcze drugi raz, potem czeka się chwilę, aż jodyna nie wydziela już woni, a to w tym celu, by nie narażać się na kaszel i łzawienie. Przy operacyach długotrwałych co pewien czas powtarza się jeszcze ewentualnie smarowanie skóry jodyną. Uważać należy, by jelita nie zetknęły się ze skórą jodynowaną, bo wywołuje to niepotrzebnie przekrwienie. Linię szwów po operacyi pociąga się także jodyną.

Nie da się jednak zaprzeczyć, że ten sposób odkażania ma także swoje strony ujemne. — Niektórzy n. p. chorzy nie znoszą jodyny; po posmarowaniu występuje silne podrażnienie skóry w postaci zaczerwienienia, palenia, a potem nawet pęcherzy, wypełnionych płynem surowiczym. Wydarza się to zwłaszcza u kobiet blondynek. W razie pieczenia poleca B. mieszankę Heusnera: Rp. Tinct jodi 10,0, Benzini 750,0, Paraffin. liquid. 250,0. Swędzenie i pieczenie ustępuje, a po tygodniu skóra zaczyna się łuszczyć. Mieszanka ta nadaje się zwłaszcza na twarzy, mosznie i t. p., a także w okolicy przetok n. p. kałowych, odbytów sztucznych i t. p., celem zabobiegania, ew. leczenia wyprysków okolicznej skóry. Uważać należy, by nie kłaść przylepca wprost na skórę jodynowaną, lecz trzeba zawsze wtedy podłożyć trochę gazy.

Należy zerwać z dawnymi sposobami odkażania skóry chorych i bez obawy przejść do jodyny; jodynowanie na razie uważane być musi za najkrótszy i za najlepszy sposób chwilowego odkażania skóry do operacyi. Jodyna wnika dość głęboko w skórę, o czem przekonał się autor, badając drobnowidowo wycięte kawałki skóry. Klęsk.

Chassevant. **Jodchloroform jako środek do odkażania skóry.** (Presse med. 1909, Nr 63). Nalewka jodowa jest znakomitym środkiem do odkażania skóry, ma jednak tę wadę, że czasem zanadto drażni skórę, co może mieć fatalne skutki n. p. po większych operacyach. Ten sam skutek co do odkażenia, a brak podrażnienia osiągnąć można przez stosowanie mieszanki: Rp. Jodi 1,0, Chloroformi 20,0. Rozczyn ten jest trwały, o ile przechowuje się go w szczelnych naczyniach. Odkażanie jest proste: sucho wytartą skórę smaruje się rozczynem pomienionym, który ewentualnie po operacyi można zetrzeć zapomocą chloroformu. A.

Nast-Kolb. **O wynikach odkażania jedynie wyskokiem i nalewką jodową.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 6). Na Zjeździe chirurgów w r. 1908 doniósł Brunn o korzystnych wynikach odkażania skóry jedynie zapomocą wyskoku. Na podstawie doświadczenia z oddziału Prof. Steinthala autor w zupełności to potwierdza. Myto tam najpierw krótko ręce mydłem w ciepłej wodzie bez szczotki, a potem 5 minut systematycznie wycierano alkoholem 95%. Tak samo postępowano z chorymi, których nawet przed operacyą nie myje się mydłem, lecz tylko poprzedniego dnia kąpie. Operować powinno się o ile możności w rękawiczkach i jak najmniej dotykać rany rękami. Kontrolą jest tu operowanie w rękawiczkach nicianych, na których widać, czy ręka stykała się z raną i krwią dużo, czy nie.

Drugim próbowanym w oddziale Steinthala sposobem odkażania skóry chorych jest smarowanie jodyną, przyczem skórę goli się na sucho. I tu wyniki okazały się dobre, tylko w 3 przypadkach jodyna podrażniła zanadto skórę, przyczem raz szwy zropiały. Dlatego w razie potrzeby rozległego odkażania skóry przenosi autor odkażanie alkoholem nad jodynę. Jodyna nadaje się bardzo do odkażania skóry pachy, wzgórka łonowego, pępka i t. p., a wreszcie do wszystkich operacyi ambulatoryjnych, tak czystych, jak i zakażonych. Znieczulać miejscowo należy przed posmarowaniem jodyną, albowiem garbuje ona skórę tak, że potem wkłucie cienkiej nawet igły jest trudne. Znakomite usługi oddaje jodyna przy opatrywaniu świeżych ran. Okoliczną skórę zmywa się ewentualnie tylko eterem (n. p. u robotników, gdzie skóra jest silnie zabrudzona), a potem odrazu stosuje się jodynę. Klęsk.

Doc. Büdinger. **O sposobie działania t. zw. przyrannych środków odkażających.** (Med. Klinik 1909, Nr 47). Jeżeli za środek odkażający uznamy tylko takie ciało, które niszczy w tkankach drobnoustroje, nie uszkadzając przytem samych tkanek, to przyznać musimy, że takiego środka odkażającego jeszcze nie znamy. Obecnie zowiemy środkami odkażającymi środki żrące, z których sporządzamy rozczyny słabe, t. zw. płyny przeciwgnilne. Płyny te nie zabijają drobnoustrojów w ranie i działanie ich niewiele się różni od na pewno jałowej wody. Bądź co bądź jednak są one wygodne w użyciu, bo n. p. lekarz praktyczny potrzebuje ciągle wody jałowej, a w postaci tych płynów najłatwiej nią rozporządzać może. Wobec tego, co wyżej powiedziano, używać się powinno jedynie jak najsłabszych rozczynów, byle jeszcze były na pewno jałowe. Rozczyny te nazywa B. normalnymi, a są nimi n. p. sublimat 0,92%, karbol, lyzol 0,3—0,5% i t. p. Również należy odrzucić używane dotąd nazwy: opatrunek bezgnilny (aseptyczny) i przeciwgnilny (antyseptyczny). O wiele lepsze są nazwy: 1) opatrywanie rany zachowawcze suche, 2) opatrywanie zachowawcze z myciem, 3) opatrywanie czynne (odpowiada już najprędzej nazwie: przeciwgnilne). Podobnie, jak płyny »przeciwgnilne« niewiele przyczynić się mogą do odkażenia rany, nie mogą też tego uczynić t. zw. przeciwgnilne proszki, maści i opatrunki. Opatrunek »przeciwgnilny« nie odkaża wcale rany, ale tylko jej wydzieliny wstrzymuje od rozkładu, nadto drażni on tkanki i pobudza je przez to do szybszego tworzenia ziarniny. Słabo odkażająco działa woda utleniona. Balsam peruwiański działa mechanicznie (jako cięższy, spływa w zaułki rany i wypycha ropę) i drażniąco. Według więc B. t. zw. środki przeciwgnilne przy ranie nie istnieją wcale, znamy tylko płyny i ciała jałowe, które pozostają i nadal jałowemi, przez co są bardzo dogodne w użyciu. K.

Parlavecchio. **O uodporniającem działaniu kwasu nukleinowego. Badania doświadczalne, bakteryologiczne i drobnowidowe. Wyniki kliniczne.** (Arch. f. kl. Chir. 1909, 90. I.). Wstrzykiwania kwasu nukleinowego, zwłaszcza stosowane przez kilka dni z rzędu, wywołują silną leukocytozę. Także i wstrzykiwania śródotrzewne wywołują też silne nagromadzenie się krwinek białych w jamie otrzewnej i drobnowidowe zmiany w sieci.

Przez fakt ten uzyskać można uodpornienie organizmu przeciw następowemu zakażeniu z otrzewnej i zakażeniu w tkance podskórnej. Natomiast kwas nukleinowy niema żadnego leczniczego działania i w razie stosowania wstrzykiwań równocześnie z zakażeniem, lub też po zakażeniu nie osiąga się już przytem żadnego dodatniego efektu.

Wstrzykiwania te są bardzo bolesne i wywołują nieraz wybitny odczyn w postaci przyspieszenia tętna i podniesienia ciepłoty. Mimo to P. jest zdania, że powinno się je stosować celem zapobiegawczego uodporniania przed wszystkiemi operacyami w jamie brzusznej. K.

Laryngologia i otyatrya.

Doc. Trumpp. **W sprawie leczenia ostrego nieżytu nosa.** (Münch. med. Wochs. 1909, Nr 47). Środek skuteczny przeciw nieżytowi nosa powinien działać szybko i pewnie, usuwać rychło wydzielinę, być nie trującym, łatwym w użyciu i tanim. Zalety te posiada glinka (bolus alba) i T. stosuje też ten środek z doskonałym wynikiem przy ostrym nieżycie nosa. Działanie tu jest czysto mechaniczne, wysuszające. Zapomocą odpowiedniego rozpylacza wdmuchuje się wyjałowiony i wysuszony proszek z początku co kwadrans, a potem co godzinę. Skutek jest pewny, a wypróbował go T. na sobie i na swoich dzieciach. Na drugi dzień wystarcza wdmuchiwać proszek co 2—3 godzin. Strumpf podaje wiadomość, że otrzymał korzystne wyniki przy stosowaniu tego leczenia także przy błonicy i przewlekłych nieżytach nosa. A.

Lafite-Dupont i Moulinier. **Odczyn tuberkulinowy błony śluzowej nosa. Odczyn nosowy.** (Ann. des mal. de l'oreille 1909, Nr 5). W miejsce odczynu ocznego lub skórnego zalecają autorowie odczyn nosowy, który polega na zastósowaniu na błonę śluzową przegrody nosowej lub małżowiny dolnej, 1% rozczynu suchej tuberkuliny Calmetta zapomocą malutkiej kuleczki waty. Wacik ten pozostaje przez 10 minut na błonie śluzowej; odczyn występuje po 10—48 godzinach w postaci przekrwienia i wysięku w miejscu, gdzie błona śluzowa stykała się z tuberkuliną. Trwanie odczynu wynosi 7—8 dni, wyjątkowo dłużej. A. B.

Warnekros (senior). **Szczeliny podniebienia.** (Archiv für Laryngol. T. XXI., str. 144). Od szeregu lat zajmuje się W. przyczyną powstawania szczelin w podniebieniu, względnie w wardze i upatruje ich wyłączną przyczynę w zarodku nadliczbowego zęba. W. zaprzecza powstaniu szczeliny przez niezrośnięcie się dwóch odrębnych kości, a natomiast uważa szczelinę za powstałą w samej części międzyszczękowej pod wpływem zarodka nadliczbowego zęba. W. opiera swe wywody na odciskach gipsowych szczęki górnej i zdjęciach rentgenowskich, a ewentualny brak owego nadliczbowego zęba, nie sprzeciwia się, zdaniem W., powyższemu tłómaczeniu, gdyż ząb mógł zostać usunięty, albo zarodek zębowy w rozwoju płodowym lub u noworodka mógł w szczelinie zaginąć. Szczelina ta ograniczać się może albo do podniebiennego odcinka części międzyszczękowej, albo przerywa wyrostek zębowy, tworząc przeszkodę w zrośnięciu się podniebiennej części szczęki górnej, względnie i części miękkich. A. B.

Albrecht. **Bezpośrednia laryngo-tracheo-bronchoskopia i znaczenie jej dla rozpoznania i leczenia.** (Med. Klinik 1909, Nr 50). Po opisaniu przyrządów podaje A. sposób, jakim posługuje się przy badaniu. Na kwadrans przed badaniem wstrzykuje się rozczyn nowokainy i suprareniny obustronnie w nerw krtaniowy górny (pomiędzy dużym rogiem kości gnykowej, a górnym brzegiem chrząstki tarczowatej). Przed samem badaniem znieczula się język i gardło 20% kokainą. Narzędzia wprowadza się najlepiej u chorego siedzącego. Chory wyciąga język, a głowę pochyla ku tyłowi. Jeżeli język jest gruby i zęby górne przednie są utrzymane, wprowadzenie narzędzia w linii środkowej jest trudne i wtedy używa A. następującego sposobu. Poleca się choremu głowę zgiąć na prawo, tak że lewy kąt ust leży w linii środkowej. W ten sposób wprowadza się rurę bronchoskopu do ust. Podobnie wsuwa A. rurę do krtani od boku, a nie środkiem. Po wprowadzeniu rury widać przedewszystkiem klin podziałowy tchawicy, położony nie w środku pola widzenia, lecz więcej ku stronie lewej. Miejsce to porusza się zwykle razem ze sercem od strony prawej ku lewej, prócz tego wykonuje jeszcze ruchy oddechowe. Przy wdechu ukazują się dalsze oskrzela i ich ujścia. Na lewej dolnej ścianie tchawicy widać dokładnie tętnienie aorty. Wtedy przystępujemy do właściwej bronchoskopii. Klin podziałowy znieczula się kokainą (długiemi szczypcami lub odpowiednią strzykawką Brünninga), podobnie i błonę śluzową oskrzeli. Śluz usuwa się wacikami lub pompką i wprowadza rurę do oskrzeli. Wprowadzenie bronchoskopu do lewego oskrzela jest oczywiście trudniejsze, bo oskrzele to przebiega więcej skośnie i ze względu na aortę nie daje się tak łatwo naprostować, jak prawe. Podział prawego oskrzela widzi się łatwo, zwłaszcza rozgałęzienia do płatu średniego i dolnego. Tu zwykle, mianowicie w oskrzelu dolnego płatu przy dalszem rozgałęzieniu na 3 części zatrzymują się ciała obce.

Badanie wykonywa się u ludzi zresztą na płuca zdrowych rano naczczo, natomiast w tych przypadkach, gdzie chorzy odpluwają dużo plwociny rano, a wydzielina stale ku wieczorowi się zmniejsza — w godzinach popołudniowych. — Badanie to jest o wiele dokładniejsze od prześwietlania promieniami Röntgena, gdyż rentgenoskopia wiedzie nieraz do pomyłek co do siedziby ciała obcego. — Zapomocą bronchoskopu bardzo nieraz łatwo dają się usuwać ciała obce. Brünning podał do różnych ciał obcych odpowiednio zakończone chwytniki, n. p. do grochu, igieł, drzewa, monet, kostek i t. p. Ciało obce śledzić możemy aż do oskrzeli trzeciorzędnych. Prócz tego zapomocą bronchoskopii możemy wykazać zgłębnikiem ciała obce mniejsze, tkwiące w małem oskrzelku, a przez to przy ewentualnej pneumotomii kierować cięcie wprost na to ciało. Badanie tym sposobem ma w końcu wielkie znaczenie rozpoznawcze. Zapomocą niego rozpoznajemy obecnie różnorodne sprawy głębokich dróg oddechowych, a nawet leczymy niektóre, rozszerzając zwężenia, usuwając guzy i nowotwory i t. p. Zapomocą tego badania wyrobić sobie możemy nieraz zdanie o sprawach w śródpiersiu (n. p. tętniak, bąblowiec, gruczoły, guzy i t. p.). Brünning podał t. zw. autoskop z uciskiem. Trzyma się on sam, a przez to lekarz ma obie ręce wolne i może swobodnie operować.

Zakres bezpośredniego badania dróg oddechowych głębokich powiększa się niemal z dnia na dzień i zapewne z czasem leczyć będziemy tą drogą skutecznie wiele cierpień. Tak n. p. Nowotny donosi, że przez stosowanie kokainy i adrenaliny na błonę śluzową oskrzeli otrzymywał wybitną poprawę przy przewlekłej dychawicy oskrzelowej. Wiele przypadków duszności polega na zwężeniu (n. p. kiłowem, gruźliczem, twardzielowem) głębokich dróg oddechowych i tu również sondowania i rozszerzanie oddać może cenne usługi, jak n. p. o tem donosi Schrötter. A.

Leutert. **Wyniki porównawczych badań bakteryologicznych przy zajęciu wyrostka sutkowego.** (Münch. med. Wochs. 1909 Nr 45). Wyniki swych badań przy zajęciu wyrostka 'sutkowego i zakrzepach streszcza L. w tych słowach: 1) Obecność wielkiej ilości paciorkowców w krwi zatoki poprzecznej dowodzi napewno obecności zakrzepu, choćby gorączka nie była wysoka. 2) Obecność skąpej ilości paciorkowców we krwi zatoki i równoczesna obecność ich we krwi, wziętej z innej części ciała, dowodzi także zakażonego zakrzepu. 3) Ujemny wynik badania bakteryologicznego tak zatoki, jak i krwi wogóle, nie wyłącza wcale zakrzepu; można jednak odczekać jeszcze z operacyą zatoki i żyły szyjnej 1—2 dni. 4) Jeżeli przypuszczamy obustronne zajęcie zatoki, to zakrzep przyjąć należy prędzej tam, gdzie wykazaliśmy paciorkowce, zwłaszcza w dużej ilości. A.

Grekow. **Przyczynek do chirurgii zapaleń wyrostka sutkowego.** (Prakt. Wracz 1909, Nr 23—24). Różnice w poglądach rozmaitych autorów co do tego, kiedy należy operować, i czy wogóle należy operować w niektórych rodzajach zapaleń wyrostka sutkowego, skłoniły G. do ogłoszenia własnych spostrzeżeń. W operowanych przez niego przypadkach uderza przedewszystkiem rozległość zniszczeń. Już jedno to dowodziłoby, zdaniem G., konieczności operacyi. G. jest zwolennikiem wczesnej operacyi i wyraża przekonanie, że operacya, wykonana według podanych

niżej przepisów, wiedzie do szybkiego wygojenia bez martwaków. Jednocześnie znika ropotok z ucha, a czynności narządu słuchowego powracają do stanu prawidłowego. Jeżeli nie znajdujemy ropy w wyrostku, tylko w jego uchyłku, to wczesna operacya zapobiega rozwinięciu się tam ropienia. Z objawów klinicznych, towarzyszących zapaleniom wyrostka, podkreśla G. znaczenie uporczywego ropotoku, nie dającego usunąć się żadnymi środkami.

Operacya składa się z następujących zabiegów: 1) Usunięcie zewnętrznej ściany wyrostka celem zyskania szerokiego dostępu do jam. 2) Otwarcie ucha środkowego zapomocą usunięcia tylno-górnej ściany przewodu słuchowego. 3) Oczyszczenie otwartych jam z ziarniny i martwaków (śród których mogą być i kostki słuchowe). 4) Plastyka nowoutworzonej jamy, zeszycie i sączkowanie rany. W końcu przytacza G. opisy 12 własnych spostrzeżeń i dochodzi do następujących wniosków: 1) Z powodu bliskiego sąsiedztwa jam wyrostka i ucha środkowego i częstości współczesnego ich zajęcia, jest istnienie samoistnego zapalenia szpiku kostnego wyrostka bardzo wątpliwe. 2) Ponieważ schorzeniom ucha środkowego towarzyszą zazwyczaj rozległe zniszczenia wyrostka, przeto w razie dłuższego ropotoku i jakichkolwiek objawów zajęcia wyrostka wskazana jest trepanacya z następową plastyką. 3) W przypadkach ostrego i podostrego zapalenia szpiku kostnego wyrostka konieczne jest utworzenie szerokiego dostępu do jam z następowem odkrytem leczeniem rany. 4) Zasada plastyki polega na przygajaniu do rany kostnej części miękkich przewodu słuchowego i małżowiny. L. Mańkowski.

Dermatologia i syfilidologia.

Prof. Alt K. **Nowy przetwór** (Ehrlich Hata) **w leczeniu kiły.** (Münch. med. Wochs 1910, 11.). Uważając już dziś za pewnik, że zniedołężnienie poraźne (paralysis progressiva) rozwija się zawsze na tle zakażenia kiłowego i w przekonaniu, że leczenie rtęciowe jest w tych przypadkach bezsilne, zwrócono się do chemoterapii, t. j. do użycia przetworów, mających szczególne powinowactwo do pasorzytów, żyjących w ustroju i działających na nie zabójczo (therapia sterilisans magna Ehrlicha). Dla tych celów zatem zaczęto stosować atoksyl, arsacetynę, arsenofenylglicynę, które działają bardzo pomyślnie w wielu zakażeniach świdrowcami i krętkami (trypanosomiasis, spirillosis). Autor opisuje doświadczenia głównie z nowym przetworem arszenikowym, wytworzonym przez Bertheima, współpracownika Ehrlicha, pochodnym arsenobenzolu (dioxydiamidoarsenobenzol: $C_{12} H_{12} O_2 N_2 As_2$), który wedle doświadczeń Haty działał bardzo korzystnie w durze powrotnym u myszy i szczurów, jakoteż u królików, zakażonych kiłą. Przetwór ten przygotowuje się do użycia w ten sposób, że 0,3 gr. tej substancyi miesza się z 10 cm^3 wody wyjałowionej, do czego dodaje się norm. rozczynu ługu sodowego prawie aż do zupełnego rozpuszczenia (2—3 cm), wreszcie dopełnia się wodą wyjałowioną do 20 cm^3, dodając jakiś środek zniecżulający, n. p. euseminę. Tę ilość wstrzykuje się w oba pośladki po 10 cm^3. Wstrzykiwanie jest bolesne, a bolesność znika dopiero po 12—24 godzinach. Podniesienie ciepłoty dochodzi czasem do 38·8° C., bole głowy i wymioty są rzadkie. Łaknienie i odżywianie nie cierpi, a nawet zauważono przybytek na ciężarze. W ten sposób leczono 23 chorych (paralysis); z 18 u dwóch zniknął zupełnie odczyn Wassermanna, u dwóch znacznie się zmniejszył, u trzech tylko nieznacznie. Stwierdzono następnie, że przy użyciu tego przetworu arszenik wydziela się z ustroju znacznie powolniej, niż po użyciu innych przetworów arszenikowych, a ilość krwinek białych zwiększa się wybitnie. Na mocy tych danych spróbowano tego sposobu leczenia w szpitalu w Magdeburgu w 27 przypadkach kiły świeżej. Wynik był zadziwiający: Nacieki pierwotne zmniejszały się szybko, podobnie znikały wysypki różnego rodzaju, kłykciny, owrzodzenia goiły się w krótkim czasie, a duży wrzód późny zabliźnił się po trzech tygodniach. Z tych 27 chorych u czterech zniknął odczyn Wassermanna w krótkim czasie zupełnie. Nie wiadomo dotąd, czy w tych przypadkach wstrzykiwanie powyższego przetworu stłumiło zupełnie zakażenie, czy po pewnym czasie nie trzeba będzie wstrzykiwań powtórzyć, czy leczenie jest tak niewinne dla całego ustroju, jakby dotychczasowe spostrzeżenia wskazywały. Przyszłość zatem okaże, dalsze liczne doświadczenia i skrupulatne spostrzeżenia wykażą dopiero, o ile przetwór ten będzie środkiem całkiem pewnym w użyciu. Krzyształowicz.

Dentystyka.

Herrenknecht. **W sprawie zapobiegania próchnieniu zębów.** (Münch. med. Woch. 1910. Nr 8). Zapatrywanie, że najlepszem zapobieganiem próchnieniu zębów byłoby niszczenie drobnoustrojów jamy ustnej, jest błędne. Zniszczenie ich doszczętne jest niewykonalne, a byłoby nawet dla ustroju szkodliwe, albowiem flora jamy ustnej jest potrzebna. Głównie zapobiega próchnieniu higiena jamy ustnej, polegająca na dokładnem oczyszczaniu mechanicznem jamy ustnej z cząstek zaległych pokarmów, których rozkład, zwłaszcza kwaśny, głównie zęby niszczy. Oczyszczanie ust odbywa się: 1) płukaniem, 2) szczoteczką, 3) wykłuwaczką lub nitką. Do płukania powinna być użyta woda o ile możności ciepła. »Antyseptyczne« wody do ust nie mają znaczenia. To samo zadanie spełnia zwykły alkohol lub (celem przyjemnego smaku) płyn: »Rp. Saccharin. 0,2 — Ol. menth. pip. 0,3. — Alcohol. abs. 100,0. — S. 10—20 kropli na szklankę wody«. Również bezcelowe są wszelkie pasty. Proszku używać można 1—2 razy na tydzień, lecz zupełnie miałkiego. Myć zęby należy wieczorem, a płukać usta i wydalać cząstki pokarmów po każdem jedzeniu. Od czasu do czasu dobrze jest płukać usta 3—5% wodą utlenioną. Codziennie nie można tego robić, albowiem woda ta działa szkodliwie na błonę śluzową. Niezłym środkiem jest także słaby rozczyn nadmanganianu potasu. Szczoteczką należy zęby myć ze wszystkich stron. Najlepszą jest szczoteczka niewielka, prosta (a nie wklęsła lub wypukła), średnio twarda. W razie krwawienia z dziąseł nie należy przerywać czyszczenia zębów szczoteczką, gdyż pozostawianie produktów gnilnych tylko podtrzymywałoby stan zapalny. Niektórzy lekarze polecają nawet szczotkowanie samych dziąseł. Początek próchnienia zębów można nieraz powstrzymać zapomocą azotanu srebra lub formaliny. Już począwszy od 3. roku życia należy przynajmniej raz do roku badać uzębienie, ewentualnie zęby plombować, nawet mleczne, gdyż próchnienie ich wpływa ujemnie na rozwój i ustawienie zębów stałych. Nie należy usuwać stałych zębów spróchniałych przed 16. rokiem życia, gdyż dopiero wtedy szczęki przestają rość i formować się. Niestety obecnie wyrywa się zęby, zwłaszcza pierwsze trzonowe, łatwo się psujące, bardzo wczas. Wszelkie zboczenia w ustawieniu zębów należy wcześnie poprawiać. Pokarmy zawierać powinny odpowiednią ilość soli wapniowych. Unikać należy zbyt częstego używania słodyczy, zwłaszcza np. czekolady tuż przed spaniem. Dorośli powinni dawać sobie uzębienie badać przynajmniej 2 razy do roku. Kamień zębowy powinien być regularnie przez dentystę zdejmowany, gdyż z czasem wywołuje on zapalenia dziąseł i okostnej zębów. K.

Reimöller. **O wszczepianiach zębów.** (Tow. lek. Rostock. 15. I. 1910). R. zastosował wszczepianie resp. przeszczepianie zębów w 60 przypadkach w przeciągu 2 ostatnich lat, a z tego w 5 przeszczepił ząb z człowieka na człowieka. Stosuje się tę metodę w przypadkach zapalenia ozębnej (periodontitis) tam, gdzie zachowawcze sposoby leczenia nie pomagają, a wycięcie końca korzenia nie da się zastosować. Wynik operacyi zależy od żywotności okostnej. Zaledwo w 2 przypadkach nastąpiło wessanie wszczepionego korzenia. R. postępuje zwykle w następujący sposób: po wyjęciu zęba odkaża go łagodnymi środkami odkażającymi, a podobnie i zębodół. Potem usuwa miazgę

zęba i wypełnia otwór, jakoteż kanały, w sposób zwykły. Jeżeli ząb pozostawać musi pewien czas poza jamą ustną, to należy go trzymać zawsze w fizyologicznym rozczynie soli kuchennej. Po wszczepieniu czy przeszczepieniu zęba ustala się go szyną na 3—4 tygodni. Zapomocą promieni rentgenowskich można następnie kontrolować zachowanie się korzeni. Wszczepianie zębów sztucznych, t. j. z martwego materyału, nie udaje się, natomiast przeprowadza R. obecnie próby z wszczepianiem próżnych korzeni ze złota, w nadziei, że w nie wrośnie tkanka łączna i przez to je umocuje. A.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne d. 15. lutego 1910.

Gałecki w imieniu swojem i Budzyńskiego miał wykład: **O działaniu leczniczem „I. K." Spenglera w gruźlicy płuc.** Działanie lecznicze »I. K.« wypróbowano w 37 przypadkach w sanatoryum w Rudce. Wstrzykiwania tego przetworu poczynano od 0,5 grm. dziesięciomilionowego rozcieńczenia. Początkowo po 14, później po 8 – 10 dniach wstrzykiwano tę samą ilość dziesięć razy mocniejszego rozczynu, wreszcie dochodzono do wstrzykiwań czystego »I. K.«. Otrzymane wyniki streszcza G. w sposób następujący: W przypadkach nawet względnie lekkich, gdzie leczenie sanatoryjne nie osiągnęło żadnego celu, »I. K.« również okazało się bezskutecznem. »I. K.« również nie wywierało żadnego działania, jako środek zapobiegawczy przeciw nawrotom podleczonej gruźlicy. Ani razu nie stwierdzono takiej poprawy w płucach lub stanie ogólnym, któraby można wyłącznie i z wszelką pewnością poczytywać za zasługę »I. K.«. W wielu przypadkach zauważono odczyn ogólny po wstrzykiwaniach w postaci oszołomień, bolu głowy, rozbicia. W niektórych przypadkach, w których poprawy nie osiągnięto, ilość laseczników jednak zmniejszyła się.

W dyskusyi Gantz podaje wyniki stosowania przez siebie »I. K.« u 14 chorych z oddziału Dra Janowskiego. Próby nie są jeszcze ukończone, lecz tymczasem można powiedzieć, że 1) ani razu nie stwierdzono spadku ciepłoty, 2) ani razu nie było poprawy łaknienia i stanu podmiotowego, 3) ani razu nie było poprawy stanu przedmiotowego, 4) ani razu nie zniknęły laseczniki, ani też ilość ich się nie zmniejszyła.

Mutermilch Stanisław zaznacza, że zgoła nieuzasadniony jest pogląd Spenglera, jakoby t. zw. ciała ochronne przechodzić miały do krwinek czerwonych, tak, że zdaniem mowcy »I. K.« Spenglera nie może być uważane za swoisty środek przeciwgruźliczy. Dalej zaznacza M., że wogóle w chorobie tak przewlekłej, jak gruźlica, leczenie bierne jest mało uzasadnione. Za jedynie racyonalne uważa mowca leczenie swoiste-czynne (aktywne).

Karol Zaleski stosuje »I. K.« w szpitalu zaledwie od trzech tygodni, uważa jednak »I. K.« za środek nie obojętny. Spostrzegał zarówno podniesienia się ciepłoty, jakoteż zwiększenie się ilości laseczników, różne sensacye w postaci bolów głowy, zawrotów.

Rzętkowski uważa za zupełnie słuszną uwagę prelegenta, że trudno jest znaleść kryteryum skuteczności takiego środka, jak »I. K.«. Za takie kryteryum dla swojej tuberkuliny uważa Koch wzrastanie sprawności aglutynacyjnej krwi u chorych leczonych tą metodą. Tu możnaby sobie wyrobić pewne pojęcie o skuteczności środka, porównując dwie grupy, o ile możności podobnych chorych, — leczonych »I. K.« i nie leczonych.

Gałecki w odpowiedzi Rzętkowskiemu zaznacza, że przeciwny jest metodzie statystycznej w danym razie, gdyż ta metoda wymaga znacznie większej ilości przypadków.

Posiedzenie kliniczne d. 22. lutego 1910.

1) Stanisław Serkowski przedstawił **zbiory** własne **pasorzytów** zwierzęcych, oraz fotografie i mikrofotografie drobnoustrojów.

2) Gębarski przedstawił dwóch chorych z rozpoznaniem **choroby Addisona** z oddziału Dra Chełchowskiego.

3) Kozerski przedstawił przypadek **arsenicy** (arsenicismus) u 24-letniego mężczyzny, który z powodu wysypki zażywał przez 5 lat »pigułki azyatyckie« 6 do 12 dziennie. Zmiany, jakie chory obecnie przedstawia, są następujące. Skóra całego ciała nadmiernie sucha, pokryta drobną, jak mączka łuską. Zabarwienie całego tułowia i większej części kończyn pstre, brudno-szaro-bronzowe o całej skali odcieni z wielu centkami skóry jasnej, o prawidłowem zabarwieniu. Co do narządów wewnętrznych, to oprócz chrypki i suchego kaszlu, zmian niema. Stan nerwów ruchowych i czuciowych bez zmian.

4) Bychowski wygłosił wykład: **Podstawy teoretyczne leczenia porażeń spastycznych metodą Foerstera.** U chorych, u których stan spastyczny w kończynach doszedł do takich rozmiarów, że wszelkie ruchy dowolne stały się niemożliwe, stosuje Foerster resekcyę niektórych określonych tylnych korzonków. Nie wdając się w praktyczną wartość tej operacyi i w ocenę dotychczas otrzymanych wyników, omawia Bychowski teoretyczne przesłanki i wnioski, które naprowadziły Foerstera na myśl tej bądź co bądź śmiałej i teoretycznie uzasadnionej operacyi. Opierając się ostatecznie na dwóch przesłankach, a mianowicie pierwszej, że przy zniesieniu ciągłości szlaków piramidowych, impulsy ruchowe mogą jeszcze ujawnić się na zewnątrz, i drugiej, że takim chorym głównie przy wykonaniu ruchów dowolnych przeszkadza hypertonia i towarzyszące jej objawy, wyprowadza Foerster wniosek, że przy usunięciu tej hypertonii ruchy dowolne mogą się stać możliwe. Żeby zmniejszyć hypertonię, należy zmniejszyć przypływy podniet. W tym celu proponuje Foerster przecinać niektóre korzonki. Wobec tego, że każdy mięsień otrzymuje włókna ruchowe przynajmniej z trzech korzonków (przednich), a każdy punkt skóry unerwiony jest włóknami, pochodzącemi przynajmniej z trzech tylnych korzonków, należy przecinać korzonki w takim porządku, żeby nie wywołać ani stałych porażeń, ani znieczuleń. Tak np. dla dolnych kończyn radzi Foerster przecinać 2-gi, 3-ci i 5-ty lędźwiowy i 2-gi krzyżowy korzonek. Po takiej operacyi hypertonia znacznie się zmniejsza, współruchy stopniowo ustępują i po długich ćwiczeniach ze swymi chorymi otrzymywał Foerster bardzo zachęcające wyniki.

Tadeusz Wilczyński.

Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu.

Wydział lekarski.

IX ogólne naukowo-administracyjne posiedzenie w dniu 13 (26) listopada 1909 roku.

Obecnych członków — 33, gości 8. Przewodniczący prezes prof. Zaleski.

Protokół ostatniego posiedzenia przyjęto.

I. Inż. tech. Stanisław Dudrewicz (gość) odczytał rzecz p. t. **Mechaniczne filtry dla wody do picia z zupełnem zatrzymaniem drobnoustrojów według metody inż. Scheidta.** (Wykładowi towarzyszyły odpowiednie pokazy i doświadczenia). Na wstępie mówca rozpatrywał higieniczne wady, a potem przeszedł do krytycznych poglądów na stosowane metody piaskowej filtracyi wody, przeznaczonej dla zasilania wodociągów miejskich. Prelegent rozpatrywał metodę angielską (powolna piaskowa filtracya), niemiecką (powolna piaskowa filtracya z zastosowaniem sztucznych porowatych kamieni filtrujących. W dalszym ciągu mówił o chemicznem oczyszczaniu wody zapomocą ozonacyi, o prostopadłych filtrach bez naporu i naporowych

i o metodzie rosyjskiej (piaskowa przyspieszona filtracya z zastosowaniem sztucznych porowatych kamieni według inżyniera Scheidta). Mówca wyraża przekonanie, iż przy tej metodzie następuje zupełne zatrzymanie drobnoustrojów.

Prezes w imieniu Zgromadzenia składa podziękowanie tak prelegentowi, jako też obecnemu na posiedzeniu inż. Scheidtowi, który osobiście prowadził odpowiednie doświadczenia.

W części administracyjnej posiedzenia: 1) Odczytano list od komitetu gospodarczego XII Zjazdu rosyjskich przyrodników i lekarzy, mającego się odbyć w Moskwie od 28 XII. do 6 I. 1910 r. st. st., z prośbą o wzięcie udziału. Uproszono prof. Zaleskiego, który ma zamiar udać się na Zjazd, aby reprezentował »Związek«. W przeciwnym razie uchwalono przesłać depeszę w dzień otwarcia Zjazdu. 2) Prof. Czeczott podaje do wiadomości, iż został upoważniony przez komitet gospodarczy III Zjazdu psychiatrów rosyjskich, który ma się odbyć od 27 XII. do 5 I. 1910 r. st. st. do zaproszenia »Związku«, aby wziął udział w Zjeździe. Również prezes zawiadamia, iż już otrzymał urzędowe zaproszenie listowne od komitetu gospodarczego. Uchwalono aby Prof. Czeczott, Doc. Sowiński i Dr. Korasiewicz reprezentowali »Związek« na Zjeździe. 3) Dokonano wyborów nowych członków: na rzeczywistych członków obrano inż. techn. Stanisława Dudrewicza i Dra Edwarda Zboromirskiego.

VIII posiedzenie Wydziału lekarskiego w dniu 12 (25) II. 1910.

Obecnych członków — 34, gości — 12. Przewodniczy prezes Prof. Zaleski.

Protokół ostatniego posiedzenia przyjęto.

I. Dr. S. Ostrowski odczytuje rzecz p. t. **Współczesny stan nauki o niedokrwistości śledzionowej niemowlęcej.** (Rzecz przeznaczona do druku w »Przeglądzie pedyatrycznym«)

Dyskusya: Prof. Ziemacki zapytuje prelegenta, czy gruczoły krezkowe były powiększone. — Prelegent wyjaśnia, że były. — Prof. Ziemacki zaznacza, że w ostatnich czasach białaczkę wogóle starają się objaśnić drogą pasorzytniczą i wypowiada swój własny pogląd na białaczkę złośliwą, tłómacząc ją jako »sarcomatosis« krwinek. — Prelegent zaznacza, że tej sprawy w swej pracy nie poruszał, a tylko zajmował się wyłącznie badaniami niedokrwistości śledzionowej niemowlęcej. Drobnoustroje we krwi przy tej chorobie znajdowali tylko autorowie włoscy. Mówca odrzuca pochodzenie drobnoustrojowe omawianej choroby i uważa krew za mocno zwyrodniałą. — Prof. Czeczott popiera zdanie co do »sarcomatosis« krwi i przypuszcza, iż właśnie dlatego w niektórych przypadkach promienie Roentgena dają dobre wyniki.

Prezes w imieniu Zgromadzenia dziękuje za nader ciekawy odczyt.

II. Doc. M. Noiszewski wypowiedział rzecz p. t.: **O stosunku ciśnienia w gałce ocznej do ciśnienia w czaszce.** (Oedema papillae nervi optici et excavatio papillae nervi optici).

Usuwanie nowotworów śródczaszkowych drogą chirurgiczną udaje się zaledwie w 10 przypadkach na 100, w pozostałych 90 chodzi już tylko o przyniesienie ulgi choremu. Nowotwór śródczaszkowy sprowadza ból głowy, wymioty, drgawki i utratę wzroku, jednakże nie sam nowotwór jest przyczyną tych objawów, lecz zwiększone przezeń ciśnienie w czaszce; objawy te ustępują, jak tylko ciśnienie w czaszce zostaje obniżone. Oddawna (Horsley w r. 1890) już zauważono, że nieraz samo otwarcie czaszki w celu wyłuszczenia guza, którego usunięcie okazało się niemożliwe, przynosiło choremu wielką ulgę a nawet poprawę, szczególniej wzroku. Pod wielu względami wzmożenie ciśnienia w czaszce przypomina wzmożenie ciśnienia w gałce ocznej (jaskra). W obydwóch sprawach chorobowych uwagę naszą zwraca tarcza nerwu wzrokowego, — wgłębiona przy powiększeniu ciśnienia w gałce oka, wypukłona i zastoinowa przy powiększeniu ciśnienia w czaszce.

Ciśnienie w gałce ocznej zależne jest od wielkości dopływu i odpływu limfy i krwi: każde powiększenie dopływu lub pomniejszenie odpływu powiększa ciśnienie w gałce. Stąd zamknięcie kąta sączenia w przednim odcinku gałki, zbyt wielkie wypustki rzęskowe, pęcznienie soczewki lub nadmierna objętość soczewki, a zatem pomniejszony przestwór ponadsoczewkowy (canalis Petiti s. spatium circumlentale) usposabiają do jaskry zapalnej. Ale, jeżeli warunki te sprzyjają powtarzaniu się jaskry zapalnej, to jednak nie można w ten sposób wytłomaczyć powtarzania się jaskry niezapalnej, przy której niema wcale tych warunków, niema samej podstawy jaskry, powiększonego ciśnienia w gałce.

Przyczyną zagłębienia tarczy może być już sama różnica pomiędzy ciśnieniem w gałce a ciśnieniem w czaszce; obojętnem jest przytem, czy ciśnienie w gałce oka jest prawidłowe, czy powiększone, byle to ciśnienie było większe od ciśnienia w czaszce. Nietylko ciśnienie w gałce ocznej, ale i ciśnienie w czaszce pozostawać może w granicach prawidłowych; wszystko zaś sprowadza się do pytania, czy możliwa jest różnica pomiędzy ciśnieniem w gałce, a ciśnieniem w czaszce. Że różnica pomiędzy ciśnieniem w czaszce, a ciśnieniem w gałce jest możliwa, dowodzą zarówno przypadki jaskry zapalnej, przy której ciśnienie w gałce jest większe od ciśnienia w czaszce, inaczej nie mogłoby powstać zagłębienie tarczy w kierunku jamy czaszkowej; — jak również i przypadki tarczy zastoinowej, przy której ciśnienie w czaszce jest większe od ciśnienia w gałce ocznej, inaczej bowiem nie mogłoby powstawać wypieranie tarczy n. wzrokowego w kierunku gałki. Oczywiście więc, że w tych wypadkach, gdzie ciśnienie w czaszce przez czas dłuższy jest mniejsze od ciśnienia w gałce ocznej, koniecznem następstwem tej różnicy będzie wytworzenie zagłębienia tarczy i ślepota pomimo prawidłowego ciśnienia w gałce, tj. ta postać chorobowa, którą nazywamy jaskrą niezapalną (glaucoma simplex). (Streszczenie własne).

Dyskusya: Prof. Szawłowski zapytuje prelegenta, w jaki sposób tłómaczy on brak przekrwienia u psa, u którego zdjęto tylko mięśnie, w porównaniu z tym psem, któremu usunięto również i kawałek kości czaszkowej.

Prelegent tłómaczy to urazem. Prócz tego tłómaczy, że skóra nad wyciętym kawałkiem kości pełni rolę ciemiączka; wszak u dzieci nie bywa jaskry.

Dr. Sapacz-Sapaczyński dodaje, że w przytoczonych przez niego przypadkach sekcya wykazała obecność dużego guza w wielkiem spoidle mózgu. Pomimo tego zapalenie brodawki nerwu wzrokowego było tylko w jednym przypadku, zaś w innych go nie zauważono.

Dr. Białobłocki (gość) zapytuje prelegenta, czy przy jaskrze i zapaleniu tarczy uwydatnienie się tarczy nerwu wzrokowego w głąb gałki lub w głąb czaszki ocznej jest skutkiem tylko zwiększenia ilości krwi w tem miejscu, obrzękania i zmniejszania się obrzęku tarczy, czy też w rzeczywistości zachodzi wklęsanie blaszki sitowej (lam. cribrosa) w jedną i drugą stronę.

Prof. Zaleski bierze za punkt wyjścia uwagę prelegenta co do ciemiączka u niemowląt, przy którem zjawisko jakby przeczy jego hypotezie, kompensuje się jednak zjawiskami przy wodogłowiu; mówca ze swej strony dodaje, że byłoby ciekawem zbadać stosunki jaskry co do tych zjawisk ciśnienia w czaszce, które następują u chorych na krzywicę, gdy miękka początkowo czaszka następnie w oznaczonym okresie życia poczyna twardnieć i to nadmiernie wskutek chorobliwości samego zjawiska, uwarunkowanego znacznymi złogami soli wapniowych.

Prelegent daje wyjaśnienia co do poruszonych spraw drogą anatomicznych zestawień tak omawianej okolicy, jakoteż blaszki sitowej.

Prezes w imieniu Zgromadzenia składa prelegentowi serdeczne podziękowanie za pouczający odczyt.

W części administracyjnej posiedzenia: 1) Prezes podaje do wiadomości, iż wskutek zniesienia się »Związku« z Rz.-kat. Tow. Dobroczynności w sprawie b. lekarza w szkole przy kościele Sw. Katarzyny Dra Józefa Zaleskiego, rzeczone Towarzystwo wyznaczyło mu zapomogę w kwocie 3 rub. miesięcznie. Petentowi Kowalskiemu w sprawie nogi sztucznej dla braku odpowiednich funduszów odmówiono. 2) Prezes podaje do wiadomości, iż Towarzystwo neuropatologów i psychiatrów przy uniwersytecie moskiewskim zwróciło się do »Związku« z prośbą o wzięcie udziału w uczczeniu 25-letniej naukowej działalności prezesa tego Towarzystwa Prof. Włodzimierza Rota, które ma się odbyć 14 marca st. st. roku bieżącego. Wobec zasług naukowych jubilata uchwalono w obchodzie wziąść udział. 3) Prezes zaznacza, iż na ostatniem posiedzeniu Rady poruszono sprawę Kasy wdów i sierot po lekarzach (rosyjskiej) i zastanawiano się, w jaki sposób ma »Związek« zachować się wobec tego Towarzystwa. Aby być członkiem Kasy i korzystać z praw; należy wnosić roczną składkę w kwocie 3 rub. Otóż, gdyby »Związek« in corpore zapisał się na członka i wnosił 3 rub. rocznie, to nie wypadałoby korzystać z praw, wobec tego Rada proponuje, aby »Związek« zapisał się na członka i drogą dobrowolnych ofiar zebrał kwotę nie poniżej 25 rub. i złożył ją rzeczonej kasie, w takim razie mógłby się starać w razie krytycznego położenia rodziny któregoś z członków »Związku« o odpowiednie zapomogi. Wywiązała się dyskusya, w której wzięli udział: Prof. Czeczott, Dr. Zakrzewski, Doc. Noiszewski i Dr. Uliński. Uchwalono złożyć rzeczonej kasie za ten rok 25 rub., zebranych drogą dobrowolnych składek, na przyszłość zaś sprawa ta ma być rozpatrywana corocznie. 4) Prezes podaje do wiadomości, iż na ostatniem posiedzeniu Rady »Związku« wskutek odezwy uczącej się młodzieży polskiej w wyższych zakładach naukowych miasta Petersburga, aby stworzyć »Kasę chorych«, utworzono Komisyę, do której weszli: Prof. Ziemacki (prezes), Doc. Orłowski. Wolański, Jastrzębski, Uliński i przedstawiciele uczącej się młodzieży. Celem obrad miało być rozpatrzenie sposobu, w jakiby »Związek« najłatwiej mógł zadość uczynić prośbie młodzieży. Otóż prezes komisyi Prof. Ziemacki zawiadamia, iż posiedzenie komisyi odbyło się i odczytuje protokół. Punkt 1 w zasadzie rozstrzyga sprawę pomocy lekarskiej w sposób następujący: studenci będą mogli za opłatą 50 kop. korzystać z pomocy lekarskiej tych lekarzy, których spis poda im »Związek«. Co do tej zapłaty 50 kop. wywiązała się dyskusya, w której uczestniczyli: Doc. Noiszewski, Prof. Ziemacki i Dr. Wolański. Jedni byli za zapłatą, drudzy zaś przeciw. Wobec tego, iż sprawa ta niecierpi zwłoki, uchwalono w najkrótszym czasie zestawić spis tych lekarzy, którzy zechcą udzielać pomocy lekarskiej zwracającej się do nich młodzieży, pozostawiając każdemu lekarzowi co do tych 50 kop., jako honoraryum, swobodę postąpienia według własnych przekonań. Inne punkta protokółu, zbyt skomplikowane, nie mogły być rozpatrzone. Ponieważ jeden punkt porusza sprawę utworzenia lecznicy polskiej, a utworzenie jej stoi w bezpośrednim związku ze sprawą szpitala polskiego, przeto zaproszono do udziału w tej komisyi wiceprezesa komitetu szpitalnego Dra Zakrzewskiego na prezydującego. 5) Prezes podaje do wiadomości, iż na najbliższem ogólnem posiedzeniu nastąpi utworzenie Wydziału odontologicznego i wybory jego urzędników. 6) Prof. Czeczott zaznacza, iż stosownie do życzenia »Związku« był jego przedstawicielem na III Zjeździe psychiatrów i neurologów rosyjskich. Prof. Czeczottowi wyrażono podziękowanie.

X. ogólne naukowo-administracyjne posiedzenie w d. 19. II. (3. III) 1910.

Obecnych członków — 38, gości — 15. Przewodniczy prezes Prof. Zaleski.

Prezes wita obecnego na posiedzeniu członka Wileńskiego Towarzystwa lekarskiego Dra Hanusowicza. Protokół ostatniego posiedzenia przyjęto.

Prezes podaje smutną wiadomość, iż zmarli: najstarszy członek b. Koła lekarskiego Dr. Ziemowit Sabiński i Stanisław Klikowicz, docent uniwersytetu moskiewskiego, który miał być na jednem z najbliższych posiedzeń obrany członkiem korespondentem »Związku« i wzywa obecnych, by uczcili pamięć zmarłych przez powstanie.

I. Doc. Noiszewski wygłosił rzecz p. t.: **Omamy (halucynacye) wzrokowe.** Zwykle omamy uważane są za objawy chorobowe, a jednak i w życiu fizyologicznem osób zdrowych są zjawiska, niezmiernie przypominające omamy wzrokowe, — mianowicie widziadła senne. Tak samo, jak omamom, również i widziadłom sennym nie odpowiada rzeczywistość przedmiotowa. Swiatło dzienne nie pozwala nam widzieć gwiazd we dnie; jawa pełna blasków, barw, dźwięków i woni przedmiotowych tłumi przechowujące się poniżej progu naszej świadomości obrazy senne; ale jak człowiek z dna głębokiej studni i w biały dzień widzi gwiazdy, tak przy zamroczeniu świadomości powstają i na jawie widziadła senne, tj. omamy.

Od czasów Kandzińskiego omamy dzielą się na prawdziwe i wrzekome; mimo to niezawsze umiano je rozróżnić. Dopiero podział kliniczny, podany przez Noiszewskiego na jednym ze zjazdów psychiatrycznych w Petersburgu, pozwala w każdym poszczególnym przypadku odróżnić omam prawdziwy od wrzekomego. Zasadnicza różnica między omamem wrzekomym, a omamem prawdziwym polega na tem, że od omamu wrzekomego tak, jak od powidoku, nie można się odwrócić, przeciwnie, od omamu prawdziwego można nietylko odwrócić się, ale nawet uciekać, a co najważniejsze, że możemy widzieć omam prawdziwy tylko w ściśle oznaczonem miejscu w przestrzeni. Jeżeli omam wrzekomy zachowuje się, jak powidok, omam prawdziwy zachowuje się, jak przedmiot rzeczywisty. (Streszczenie własne).

Prezes w imieniu Zgromadzenia składa prelegentowi serdeczne podziękowanie za nader pouczający odczyt.

II., Lek.-dent. Klara Biało-Piotrowicz (gość) (z Dźwińska) wypowiedziała rzecz p. t.: **Sposób bezgnilnego wprowadzenia nasady wiertnika do jamy ust.** Operowanie bezgnilne w jamie ustnej zapomocą wiertnika, (powszechnie mianowanego »bormaszyną«) jest niemożliwe, gdyż nietylko aseptyka, ale nawet zwykłe odkażanie nasady nie może być zastosowane. Jak wiadomo, mechanizm nasady jest tak delikatny i w ten sposób zbudowany, iż nie może być poddany ani działaniu pary, ani środkom odkażającym, ani przemywany wyskokiem. Wobec tego ślina i zawarte w niej drobnoustroje zostają przenoszone z ust do ust. Prelegentka już oddawna stosuje w swej praktyce specyalne pochewki, szczelnie zamykające nasadę, które zabezpieczają czystość, gdyż z łatwością mogą być tak wyjaławiane, jako też odkażane. (Pochewkę taką pokazano).

Dyskusya: P. Komodziński podnosi praktyczne znaczenie wynalazku. — Prof. Ziemacki zaznacza, iż myśl samego wynalazku nader prosta, mimo to bardzo cenna. — Doc. Noiszewski zwraca uwagę, iż wynalazek ten ma jeszcze inne ważne znaczenie, bo pochewka owa broni nietylko od zakażenia, ale zabezpiecza mechanizm samej nasady od zepsucia. — Prezes podnosi znaczenie wynalazku tembardziej, że myśl ta należy do rodaczki naszej i składa prelegentce w imieniu Zgromadzenia podziękowanie za zajmujący odczyt.

III., Inż. jenerał Kątkowski wypowiedział rzecz p. t.: **Stan obecny wodociągów petersburskich i środki ku ich ulepszeniu.** Wobec tego, iż prelegent brał udział w komisyach miejskich, przytacza ścisłe dane, dotyczące obecnego stanu wodociągów miejskich i tych ulepszeń, jakie w najbliższym czasie mają być wprowadzone. Wszystkie stacye miejskie (a jest ich 3), z których czerpią wodę, znajdują się blizko środka miasta; wobec tego, iż miasto nie posiada kanalizacyi, wszystkie brudy ściekają do Newy,

zanieczyszczają wodę i z nią wracają do żołądków mieszkańców Petersburga. W ten sposób tworzy się błędne koło. Byłoby lepiej korzystać bezpośrednio z czystego źródła wody, jak np. z jeziora Ładogi, ale doprowadzenie wody z tego jeziora kosztowałoby 40 milionów rubli; nad tą sprawą komisya pracowała 3 lata. Wobec tak znacznych wydatków pozostaje tylko oczyszczać wodę zanieczyszczoną. Obecnie prowadzi się doświadczenia nad ozonacyą wody Newskiej i już za kilka miesięcy dwie części miasta: Petersburska i Wyborska będą miały wodę filtrowaną i ozonowaną.

Dyskusya: Dr. Piotrowicz zapytuje prelegenta, dlaczego miasto nie korzysta ze źródeł Duderhofskich, które są znane ze swej zdrowej wody.

Inż. Kotarski zaznacza, że woda Newska zawiera mało soli wapiennych, jest szkodliwa dla dzieci (krzywica), więc przeto już chemicznie jest niezdrowa, a prócz tego niewiadomo, czy nowy sposób ozonacyi wody rzeczywiście pozbawi ją drobnoustrojów chorobotwórczych, tembardziej, że ta czysta woda będzie przebiegała w rurach starych, zanieczyszczonych. Wyłącznie do picia potrzeba tylko 4 mil. wiader wody dziennie, licząc na każdego mieszkańca po 2 wiadra dziennie przy ludności 2-milionowej. Ponieważ z odczytu prelegenta wynika, iż dziennie na każdego mieszkańca wypada średnio po 12—15 wiader, to reszta wody idzie do polewania ulic, na potrzeby fabryk i t. d. Mówca proponuje więc, aby na te potrzeby szła woda niefiltrowana, ale nie po 5 kop. za 100 wiader, jak obecnie, lecz po $1/_4$ kop.

Prelegent co do pierwszego zapytania zaznacza, iż wody źródlane wogóle są niepewne, bo źródło może wysychać, a wtedy ilość wody znacznie się zmniejszy. Jest to naturalnie bardzo ważny punkt, tembardziej przy zaopatrzeniu w wodę wielkiego miasta, jak Petersburg. Prócz tego podłoże wapienne (taki grunt jest w jeziorach Duderhofskich) jest niebezpieczne, bo otaczające wody mogą przesiąkać przez pory i w ten sposób zanieczyszczać wodę, a już wobec takiej możliwości niema żadnej pewności co do nieobecności drobnoustrojów chorobotwórczych. W Finlandyi woda zawiera mało soli wapiennych, mimo to krzywicę u dzieci spostrzega się rzadko. Co do rur, to prawda, że są zanieczyszczone, ale badania wykazały, że drobnoustroje chorobotwórcze długo tam żyć nie mogą. Badania osadów na powierzchni zewnętrznej rur nie wykazały obecności drobnoustrojów, wobec tego po upływie paru tygodni woda czysta przemyje rury i będziemy wtedy mieli wodę zdatną do picia. Można również wszystkie rury poddać odkażaniu bez żadnej szkody dla zdrowia; woda wprawdzie będzie miała niewielki odór w ciągu kilku godzin, ale stan obecny, gdy epidemia cholery jeszcze nie może być uważana za wygasłą, nie pozwala ruszać rur wodociągowych. Ludność nieinteligentna, a jest jej dużo, sądziłaby, że lekarze zatruwają umyślnie wodę.

Prof. Czeczott: Obecnie buduje miasto szpital imienia Piotra I, dla którego wody ma dostarczać tuż stworzona studnia abissyńska na głębokości tylko 13—15 sążni; studnia ta daje 20.000 wiader wody dziennie; wprawdzie woda zawiera trochę żelaza, ale to żelazo, przy pomocy pewnych urządzeń, osiada. Mówca zapytuje, czy nie ma sposobu do określenia, jak długo to źródło będzie mogło zasilać wspomianą instytucyę wodą.

Inż. Kotarski przypuszcza, że tej wody długo mieć nie można, nadaje się ona tylko dla szpitala, gdzie zapotrzebowanie jest niewielkie, ale do zastosowania dla Petersburga przypuszcza mówca, iż źródło to nie nadaje się zupełnie.

Prezes w imieniu Zgromadzenia dziękuje prelegentowi za odczyt.

W części administracyjnej posiedzenia: 1) Obrano wiceprezesem Wydziału odontologicznego Doc. Franc. Zwierzchowskiego, a Wydział odontologiczny ogłoszono za czynny. 2) Podano do wiadomości, iż na »Zjeździe przeciwalkoholicznym« reprezentowali »Związek« Dr. Marcinkiewicz i Dr. Uliński. 3) Prezes streścił odezwę prof. Wicherkiewicza w sprawie udziału Polaków w Zjeździe międzynarodowym lekarskim w Budapeszcie w r. 1909. Omawiano, w jaki sposób należałoby wnieść protest. Uchwalono niezbędność przedstawicielstwa polskiego w stałej komisyi międzynarodowych Zjazdów lekarskich; dopiero po otrzymaniu ogólnego statutu Zjazdów można będzie wypowiedzieć zdanie ostateczne. 4) Prezes podaje do wiadomości, iż komitet gospodarczy mającego się odbyć w kwietniu »Zjazdu imienia Pirogowa« przysłał zaproszenie do udziału. Na przedstawicieli »Związku« na Zjeździe obrano: Prof. Zaleskiego, Prof. Ziemackiego i jener. Kątkowskiego 5) Dokonano wyborów nowych członków: na korespondentkę wybrano: lekar.-dent. Klarę Biało-Piotrowiczową, na rzeczywistych członków: Dra Ludwika Białobłockiego i Dra Michała Boczkowskiego.

Sekretarz: Zdzisław Sowiński.

Z XVI międzynarodowego Zjazdu lekarskiego w Peszcie.

Sekcya medycyny wewnętrznej.

Opracował **Dr. E. Stahr.**

F. Kraus (Berlin) **O serodyagnostyce z klinicznego punktu widzenia.** W odczycie tym zestawił autor wszystkie serodyagnostyczne zabiegi, stosowane dzisiaj w klinice. A. c. Inmann (Londyn) mówiąc o wzajemnym stosunku między nauką o odporności a praktyczną medycyną, zastanawiał się szczególnie nad techniką badania opsonicznego i jego znaczeniem w leczeniu różnych chorób, a przedewszystkiem gruźlicy. Strobell (Drezno), kontrolując metodę Wrighta, przekonał się, że wahania wskaźnika gruźliczo-opsonicznego u ludzi zdrowych są niższe, niż je podawał pierwotnie Wright i wynoszą od 1,05 do 0,95. Zgadza się to z wynikami, uzyskanymi przez Flemminga. Senator (Berlin) podnosi, że odczyn Wassermanna dowiódł na pewno swoistego przeciwkiłowego działania rtęci, skoro w regule znika po odpowiedniem leczeniu rtęcią. Geisler (Petersburg) zwraca uwagę, że odczyn tuberkulinowy może mimo swego wielkiego ogólno-patologicznego znaczenia być źródłem pomyłki rozpoznawczej, i tak n. p. dodatni jego wynik w toku krwiomoczu (bez prątków w moczu) może lekarza, przypuszczającego gruźlicę nerki, skłonić do jej rozpoznania, chociaż w istocie ognisko gruźlicze znajdować się może niekoniecznie w nerce, ale gdzieindziej w ustroju. Badanie opsoniczne nie ma zdaniem autora żadnej przedmiotowej wartości. Citron (Berlin) przypomina, jak wielkie usługi oddaje odczyn Wassermanna w rozpoznawaniu dawniej nieprzystępnej dla rozpoznania kiły ukrytej (bez objawów), która się zdarza szczególniej często u członków rodziny kiłowych (małżonków, dzieci) Wobec nadzwyczajnej częstości kiły utajonej u kobiet przeznaczonych na mamki w Dreźnie, radzi C. wprowadzenie przymusowego serologicznego badania mamek. Myśl tę zgromadzenie z uznaniem przyjmuje. Lenhartz (Hamburg) godzi się z Krausem w uznaniu wartości odczynu Wassermanna dla rozpoznania schorzeń serca i naczyń, regularnie otrzymywał dotąd wynik dodatni w toku tętniaków, a bardzo często we wczesnych schorzeniach tętnicy głównej i zwapnieniu naczyń wieńcowych serca. Tą drogą stwierdzono etyologiczne znaczenie kiły dla tych schorzeń w sposób dotąd najpewniejszy. Jest zasługą Mucha, że pierwszy wykazał odczyn dodatni po płonicy, utrzymujący się miesiącami, chociaż kiłę można było wykluczyć. W końcu Kraus występuje przeciw nieodpowiedniemu tłómaczeniu znaczenia odczynu tuberkulinowego przez Geislera.

2) P. K. Pel (Amsterdam): **O leczeniu tuberkuliną gruźlicy płucnej.** Mówca mówił najpierw o przyczynach, dla których tak trudno jest ocenić nasze zabiegi lecznicze w toku przewlekłej gruźlicy płuc. Problem leczenia tuber-

kuliną ma stronę teoretyczną i praktyczną. Teoretyczne uzasadnienie problemu musimy uznać w zasadzie za słuszne i zgodne z naszemi wiadomościami ogólnemi, chociaż niejeden da się podnieść przeciw niemu zarzut. Zdania o istotnej wartości leczenia gruźlicy tuberkuliną również bardzo się rozchodzą. Doświadczenie, że najlepsze wyniki da się uzyskać tą metodą w przypadkach bezgorączkowych rozpoczynającej się gruźlicy, jest samo przez się bardzo zrozumiałe, ale równocześnie stanowi słabą stronę tej metody. Nadawać się bowiem powinnyby do leczenia tego nietylko przypadki lżejsze, które często i bez leczenia się goją, ale i przypadki dalej posuniętej gruźlicy, a nadto takie przypadki gruźlicy płucnej, które od dłuższego czasu stoją na jednym poziomie, nie posuwając się naprzód, ale które mimo korzystnych warunków zewnętrznych nie okazują skłonności do poprawy. Nie ma zgody między lekarzami także co do wskazań dawki, wyboru przetworu, odczynu ogólnego i miejscowego itd. Z pośród wielkiej ilości przetworów tuberkulinowych wybrać dobry, jest rzeczą niełatwą. Nie można też polecać opierania wskazań na podstawie wskaźnika opsonicznego Wrighta, gdyż metoda ta jest zbyt czuła i wymaga długiego czasu, a wyniki jej niepewne. Mimo to wszystko ogólny wynik z doświadczeń, czynionych za pomocą tuberkuliny, jest korzystny. Jednakże stosować tuberkuliny nie powinien dzisiaj każdy lekarz, lecz tylko ten, który jest obeznany dokładnie z techniką wstrzykiwań i sposobem stosowania tuberkuliny i który ma sposobność ciągłej kontroli chorego, bo łatwo zamiast pomódz, można zaszkodzić. Osobnicza wrażliwość na tuberkulinę podlega niezbędnym wahaniom. I dlatego właśnie łatwo zaszkodzić. W każdym razie należy zaczynać od minimalnych dawek i unikać odczynu zarówno ogólnego, jak i miejscowego. Odczyn miejscowy może być wprawdzie korzystny, ale i szkodliwy; z góry nie da się to przewidzieć. Co do wyboru przetworu nie może nikt podać niezawodnych wskazówek, a zawsze należy pamiętać o nadmiernej wrażliwości po kilkakrotnie podawanych małych dawkach. Autor osobiście odniósł wrażenie, że wstrzykiwania tuberkuliny mogą wywołać krwioplucie. Przedewszystkiem nie należy ze zbytniego zaufania do tuberkuliny zaniedbywać dawnych, uznanych zabiegów higieniczno-dyetetycznych. Gdyby tak, jak sprawa dziś stoi, zaczęli lekarze szeroko w praktyce stosować wstrzykiwanie tuberkuliny, więcej mogliby sprawić szkody, niż korzyści. Być jednak może, że dalsze studya w tym kierunku zarówno w pracowniach, jak i klinikach, stworzą kiedyś z tuberkuliny doskonałą broń przeciw owej strasznej klęsce społecznej.

3) E. Maragliano (Genua). **O seroterapii gruźlicy płuc z punktu widzenia klinicznego.** Autor wyrabia własną tuberkulinę, która ponad tuberkuliną Kocha ma zaletę stałej jadowitości, a mianowicie zawiera 100 jednostek toksycznych w 1 cm.³. Autor wytwarza dwa rodzaje tuberkuliny: antytoksyczną i bakteryobójczą. Zupełne i trwałe wyleczenie uzyskiwał M. w przypadkach gruźlicy miejscowej bez toksykemii. Podawać można też tuberkulinę wewnętrznie, podskórnie albo wstrzykiwać wprost przez ścianę klatki piersiowej do płuc. Statystyka M., obejmująca przypadki od r. 1900–1905., okazuje następujące wyniki: Ze 166 ograniczonych zmian płuc i oskrzeli 93 uleczeń, pośród 207 rozlanych zmian płuc i oskrzeli 34 uleczeń. Na 69 zmian rozpadowych bez jam 8 uleczeń, na 69 takichże zmian z jamami 7 uleczeń. Wyniki dobre zatem tylko w okresach przebiegających bez rozpadu. M. szczepi także ochronnie dzieci rodziców gruźliczych na ramieniu sposobem Jennera. Wyniki miał zawsze dobre. Dzieci te nigdy na gruźlicę nie zapadały, a wzmaga się u nich siła aglutynacyjna krwi i siła antytoksyczna i bakteryolityczna wobec prątków gruźliczych.

W dyskusyi tłómaczył Hofbauer (Wiedeń), że leczenie gruźlicy płucnej wstrzykiwaniami tuberkuliny w istocie, jak to podnosi Pel, ma wartość wątpliwą, a to dlatego, że wyjątkowo stosuje się u chorych tuberkulinę, otrzymaną ze szczepu, podobnego do szczepu chorobotwórczego. H. poleca gorąco ćwiczenia oddechowe, które podniecając krążenie wzmagają krążenie tuberkuliny, znajdującej się w ogniskach chorych, wzmagają więc równocześnie niejako antoinokulacyę tuberkuliną, pochodzącą z tego samego szczepu. Landouzy (Paryż) radzi dla lepszej oryentacyi dzielić przypadki gruźlicy na ciężkie, postaci posocznicze, przebiegające gwałtownie i na przewlekłe, czy to miejscowe, czy ogólne. Citron (Berlin) podnosi, że przedewszystkiem powinniśmy w danym przypadku ustalić, czy chcemy uodparniać czynnie, czy biernie, t. zn. czy chcemy wstrzykiwać tuberkulinę, czy surowicę. Wstrzykując surowicę, ułatwiamy pracę ustrojowi, wprowadzamy bowiem do niego już gotowe środki ochronne. Sposób ten ma jednak tę wadę, że to działanie ochronne trwa krótko. C. stosuje dlatego, jak Landouzy, leczenie surowicą tylko w przypadkach ciężkich. Z przetworów tuberkulinowych, stosowanych obecnie dla uodparniania czynnego, żaden nie zawiera wszystkich czynnych istot prątków gruźliczych, dlatego dobrze jest kilka przetworów razem mieszać. Co się tyczy metodyki, to istnieje uodpornianie wielkiemi i małemi dawkami (Wright). Drugi sposób ma tę wadę, że chory natychmiast oddziaływa, kiedy się przechodzi do wyższych dawek tuberkuliny. Autor zaczyna wprawdzie od minimalnych dawek, ale rychło przechodzi do dawek wielkich i stara się z pominięciem wszelkiego odczynu uodparniać przeciw najwyższym dawkom tuberkuliny; używa zwykle nowej tuberkuliny (Kocha), mieszanej z surowicą, wytwarzaną przez »Höchster Farbwerke«. Ostatecznego zdania nie może jeszcze wypowiedzieć, ale wyniki są zachęcające.

Rainick i Kuthy (Peszt) **O czynnem uodpornianiu w gruźlicy płuc.** Zdaniem R. i K. można najrozmaitszymi przetworami tuberkulinowymi dojść do dobrych wyników; zarówno wstrzykiwaniami, jak i podawaniem wewnętrznem, przez autorów gorąco zalecanem, można sprawić spadek gorączki; właśnie w bardzo ciężkich przypadkach gruźlicy można stosować ze skutkiem nową tuberkulinę (Koch) wewnętrznie, unikając jakiegokolwiek poważniejszego odczynu ogólnego.

Pottenger od 14 lat wstrzykuje tuberkulinę, poczynając od małych dawek, nawet w przypadkach, przebiegających z gorączką i zawsze miał dobre wyniki.

Bence (Peszt) przekonał się na klinice Koranyiego, że dobrze działają nieraz wstrzykiwania małych dawek, stosowane w wielkich odstępach czasu i to jednakowo wszystkie przetworzy. Wielkie dawki nie działają lepiej, niż małe.

Dettre (Peszt): Odporność da się w toku gruźlicy wysoko podnieść. W jednym np. przypadku udało się D. z $7^1/_2$-milionowej części tuberkuliny dojść do 0,7 cm bez wszelkiego odczynu, a mimo to plwocina chorego roiła się od prątków przy równoczesnym przybytku na wadze o 6—8 kg., ciepłocie prawidłowej i zdolności do pracy. Chory stał się zupełnie nieczułym na prątki, które znajdowały się w jego płucach, jakby ciała obce. Zwiększając odporność, czynimy z chorych roznosicieli prątków (Bazillenträger). Dlatego lepiej starać się utrzymać zdolność oddziaływania chorego ustroju.

5) S. Barnheim i L. Dieupart (Paryż): **Gruźlica i gęstość zaludnienia.** Na podstawie wielkiego materyału statystycznego dowodzą autorowie, że główną przyczynę szerzenia się gruźlicy stanowią przeludnienie, przepełnienie w różnych przemysłach, niekorzystne warunki zdrowotne i t. d.

6) Taussk (Peszt): **O gruźlicy płuc w wieku starczym.** T. nie podał nic nowego.

7) K. Turban (Davos): **Badanie płuc fizyczne i promieniami Roentgena.** T. zestawia zalety i wady obu metod i dochodzi do wniosku, że badanie promieniami nie zastąpi nigdy badania płuc innemi metodami fizycznemi, nawet w okresie wczesnym. Badanie promieniami Roentgena ma tylko znaczenie pomocnicze i wymaga jeszcze udoskonalenia.

W dyskusyi wskazuje Wenckebach (Groningen) na ważność badania promieniami Roentgena w rozpoznawaniu chorób płuc i zaleca sporządzanie zdjęć stereoskopowych, które nieraz np. grube plamy rozkładają na szereg małych cieni. Niebardzo nadaje się prześwietlanie promieniami R. do badania szczytów płuc. Raz miał W. sposobność spostrzegać przez 5 miesięcy powoli zamykającą się jamę w płucu aż do zupełnego zniknięcia. Brauer (Magdeburg) potwierdza zalety badania stereoskopowego.

(C. d. n).

Nadzwyczajne zebranie Słowiańskiego Komitetu lekarskiego

w Wiedniu dnia 5. września 1909 r.

(Streszczenie według »Casopisu lek. ceskych«).

Na zebraniu Słowiańskiego Komitetu lekarskiego dnia 8. czerwca 1908 w Pradze uchwalono, aby następne zebranie odbyło się w Peszcie podczas XVI. międzynarodowego Zjazdu lekarskiego.

Wskutek usunięcia się od Zjazdu pięciu narodowości słowiańskich (Słowieńców, Serbów, Kroatów, Rusinów i Słowaków), do których dołączyli się w ostatniej chwili także i Czesi, zebranie słowiańskiego komitetu lekarskiego nie mogło się odbyć w czasie Zjazdu w Peszcie, ale na propozycyę r. dw. Prof. Dra Wicherkiewicza zostało zwołane w Wiedniu bezpośrednio po Zjeździe peszteńskim, jako zebranie nadzwyczajne, na dzień 5. IX. w lokalu Słowiańskiej Besedy. Na zebranie przybyli: r. dw. Prof. Dr Wicherkiewicz (Kraków), r. dw. Prof. Dr Hlava (Praga), Prof. Dr Ant. Vesely (Praga), Prof. Dr H. Pesina (Praga), Prof. Dr Halban (Lwów), Dr Cackovic (Zagrzeb), Dr Subbotic (Belgrad), Dr Slajmer (Lublana), Dr Semerad (Vinohrady), Prof. Dr Vesely (Luhacovice), Dr Blaho, Dr Jetel, Dr Rehak, Dr Bohdan Wicherkiewicz. Usprawiedliwił swoją nieobecność Prof. Dr Ott (Petersburg). W zastępstwie nieobecnego prezesa Prof. Dra Otta zagaił posiedzenie Prof. Dr Wicherkiewicz i zdał pokrótce sprawę ze znanych zajść przed i podczas Zjazdu międzynarodowego w Peszcie.

Po bardzo ożywionej dyskusyi przyjęto wnioski Dra Semerada: 1) Zebranie dzisiejsze wyszle protest do komitetu organizacyjnego Zjazdu w Peszcie. 2) Komitet lekarski słowiański roześle wezwanie do wszystkich swoich komitetów narodowościowych, aby każda narodowość słowiańska z osobna energicznie broniła swoich praw, oraz będzie miał na pieczy, aby przy tej obronie żadnej narodowości nie brakowało i aby żadna się nie spóźniła. 3) Prezes r. dw. Prof. Wicherkiewicz i sekretarz Prof. Pesina będą osobiście interweniować w Hadze, gdzie jest siedziba stałego organizacyjnego komitetu dla międzynarodowych Zjazdów naukowych, i tam w imieniu Słow. Kom. lek. sytuacyę objaśnią i bronić będą praw wszystkich narodów słowiańskich (bez względu na to, czy te narody mają własne rządy, czy nie) w sprawie udziału w organizacyi i reprezentacyi na międzynarodowych Zjazdach naukowych.

Do Pesztu wysłano natychmiast telegraficzny protest (po francusku).

Następnie przystąpiono do porządku dziennego, który miał być omówiony w Peszcie.

I. Sprawozdanie generalnego sekretarza z działalności Słow. Kom. lek.

Prof. Dr M. Pesina (gen. sekretarz) przedstawia, w jaki sposób przed 10 laty w czasie XIII. Zjazdu międzynarodowego powstał Komitet lekarski słowiański i jak w r. 1908 w Pradze podczas obrad słowiańskich w imieniu lekarzy słowiańskich występował r. dw. Prof. Hlava i Dr Semerad. Dr Semerad został wtedy wybrany stałym sekretarzem subkomitetu dla spraw naukowych, prezesem zaś tego subkomitetu został obrany Prof. Bechtierew w Petersburgu. Wtedy też wybrany został osobny Wydział inicyatywy, do którego weszli: Bechtierew (Peterburg), Kanamnoli (Belgrad), Zdziechowski (Kraków), Hlava (Praga).

W imieniu komitetu czeskiego r. dw. Prof. Hlava podał wtedy następujące propozycye: 1) Towarzystwo lekarzy słowiańskich, Towarzystwo dziennikarzy słowiańskich i Towarzystwo przyrodników, które się zawiążą, zostaną zaliczone do szeregu słowiańskich stowarzyszeń oświatowych. 2) Delegacye poszczególnych słowiańskich narodowości mają wspierać energicznie narodowe oddziały Towarzystwa słowiańskich lekarzy i przyrodników. 3) Delegacye słowiańskie powinny współdziałać w urządzaniu Zjazdów lekarzy i przyrodników słowiańskich. 4) (Wniosek r. dw. Prof. Wicherkiewicza z r. 1900). Delegacye słowiańskie powinny współdziałać w założeniu »Revue médicale slave«, która ma obejmować referaty i bibliografię wszystkich prac słowiańskich w jakimkolwiek języku światowym. W komisyi postanowiono pracować nad łącznością prac naukowych słowiańskich i zakładać w Rosyi, Polsce, Czechach i południowej Słowiańszczyźnie osobne miejscowe komitety w celu naukowego zbliżenia się Słowian.

Co do międzynarodowego Zjazdu lekarzy w Peszcie, to d. 8. czerwca 1908 uchwalono w Pradze, wziąć jak najliczniejszy udział w pracach zjazdowych, zwołać do Pesztu zebranie wszystkich lekarzy słowiańskich i uprosić organizacyjny komitet międzynarodowy, aby objął protektorat nad tem zebraniem. Gener. sekretarz Zjazdu peszteńskiego, Prof. Dr Emil Gross, oznajmił Prof. Pesinie, że komitet organiz. Zjazdu protektoratu nie przyjął i również nad innemi zebraniami protektoratu nie przyjmie, natomiast udzieli sali na zebrania.

W końcu czerwca dowiedział się Prof. Pesina, że Kroaci podobno mają zamiar nie brać udziału w Zjeździe peszteńskim. Na listowne zapytanie odpisali Prof. Pesinie Dr Cackowic i Subbotic, że w tej sprawie dotychczas nic jeszcze nie postanowiono. Wobec tego Wydział Komitetu słow. wszystkie prace przygotowawcze wykończył i po zebraniu 7. lipca 1909 większa część członków rozjechała się na wakacye.

9. sierpnia 1909 odbyło się zebranie Wydziału Tow. lekarzy czeskich, na którem lekarze pogranicza czesko-morawskiego prosili, aby na Zjazd peszteński ze względu na prześladowania Słowian na Węgrzech nie jechać. Wydział Tow. lekarzy czeskich sam w sprawie tej nic postanowić nie mógł, więc przesłał list do Komitetu lekarskiego słowiańskiego i drugi list na ręce prezesa czeskiego komitetu, Prof. Hlavy. Tymczasem Rumuni odmówili udziału w Zjeździe peszteńskim, a gazety południowo-słowiańskie oznajmiły, że Serbowie, Kroaci i Słoweńcy również na Zjazd nie jadą. Z polecenia Prof. Hlavy telegrafował i pisał wtedy Prof. Pesina do prezesa Komitetu słow. Prof. Otta, r. dw. Prof. Dra Wicherkiewicza, prymaryusza Subbotica, Dra Russewa (Sofia), Dr Blaho (Luchacowice), Dra Hwozdeckiego (Lwów) z zapytaniem, czy na wypadek abstynencyi w Zjeździe peszteńskim wszyscy Słowianie będą solidarni. Za bezwarunkową abstynencyą oświadczyli się: Słowacy, Serbowie, Rusini, Kroaci, Słoweńcy; przeciwko abstynencyi Rosyanie i Polacy, Bułgarowie zaś oznajmili, że jeżeli wszyscy Słowianie od udziału w Zjeździe się usuną, oni uczynią to samo. Czesi po porozumieniu się z Radą narodową, jako najwyższą swoją instancyą polityczną, postanowili nie brać udziału w Zjeździe i zawiadomili o tem wszystkie komitety słowiańskie i prezesa Zjazdu w Peszcie.

II. Dr Semerad podaje **projekt statutu** (po czesku i po polsku) centralnego lekarskiego komitetu słowiańskiego. Po poprawkach przyjęto projekt w formie następującej[1]):

§ 1. Centralny Komitet lekarski słowiański został wybrany w r. 1900 w Paryżu przez zebranie lekarzy słowiańskich, w którem reprezentowane były wszystkie słowiańskie narody. Od tej pory uzupełnia się Komitet przez kooptacyę.

§ 2. Członkowie C. K. S. L. postarają się o utworzenie miejscowych (narodowych) komitetów słowiańskich. W tym celu zaproszą do komitetu miejscowego tych lekarzy, o których wiadomo, że interesują się sprawami słowiańskiemi. Każdy komitet narodowy wysyła do C. K. L. S. delegatów w miejsce ustępujących lub zmarłych jego członków.

§ 3. C. K. L. S. składa się: 1) z prezesa, 2) sekretarza stałego, 8) sekretarza generalnego, 4) z tylu wiceprezesów, ile istnieje komitetów narodowych, 5) z członków (delegatów) po 3 z każdego narodowego komitetu.

§ 4. Każdy komitet narodowy składa się: 1) z prezesa, który jest zarazem wiceprezesem C. K. L S. 2) sekretarza, który jest zarazem skarbnikiem, 3) z dowolnej liczby członków, powołanych przez kooptacyę. Oprócz prezesa i sekretarza może każdy komitet narodowy wybrać sobie innych funkcyonaryuszy, stosownie do swego uznania. Sekretarz z reguły zasiada w C. K. L. S., jako jeden z 3 delegatów.

---

[1]) Projekt statutu przytaczamy w tej postaci, jaką otrzymał po uchwaleniu podanych na zebraniu Komitetu słow. poprawek; dopiero jednak po wprowadzeniu dalszych poprawek ze strony poszczególnych komitetów narodowych będzie mógł projekt ten przybrać formę ostateczną.

§ 5. Prezes i sekretarz generalny C. K. L. S. zostają wybrani na konstytuującem zebraniu C. K. L. S., a to na czas do następnego zebrania wyborczego, t. j. najmniej na rok jeden. Sekretarz stały C. K. L. S. zostaje wybrany na 5 lat i może po upływie tego czasu być ponownie obrany.

Funkcyonaryusze komitetów narodowych zostają wybrani na czas, który komitet narodowy sam oznaczy.

Komitet narodowy podaje nazwiska swych delegatów do C. K. L. S., jeżeli wśród nich nastąpiła jaka zmiana, generalnemu i stałemu sekretarzowi najmniej na 4 tygodnie przed konstytuującem zebraniem C. K. L. S. (Urząd delegatów jest o ile możliwe stały).

§ 6. Zebrania C. K. L. S. mogą się odbywać: a) w czasie i w miejscu każdego międzynarodowego Zjazdu lekarskiego, b) w czasie i w miejscu każdego Zjazdu lekarzy i przyrodników jakiegokolwiek narodu słowiańskiego, c) w każdym innym czasie i miejscu na zasadzie uchwały C. K. L. S. lub na żądanie większości komitetów narodowych.

Zebranie zwołuje prezes wraz z sekretarzem stałym, albo generalnym, a to albo przez osobne zaproszenia, albo zapomocą urzędowego organu odbywającego się wówczas Zjazdu. Czas, przeznaczony na zebrania C. K. L. S. nie powinien jednak kolidować z czasem, przeznaczonym na sam Zjazd.

Jedno z tych zebrań, zazwyczaj pierwsze, oznacza się jako zebranie konstytuujące, na którem wybiera się prezesa, sekretarza generalnego, ewentualnie sekretarza stałego C. K. L. S., i przyjmuje się delegatów komitetów narodowych. Gdyby który komitet narodowy delegatów swych na czas nie oznaczył, wybiera ich C. K. L. S. sam z prawem urzędowania aż do przyszłego zebrania konstytuującego.

Postanowienia zgromadzenia są ważne bez względu na liczbę obecnych, jeżeli tylko większość istniejących komitetów narodowych przysłała swych delegatów lub ich zastępców. Uchwały zapadają prostą większością głosów. Przy równości głosów rozstrzyga prezes.

C. K. L. S. może na swem zebraniu uchwalić zwołanie ogólnego zebrania (wiecu) lekarzy słowiańskich. Jeżeli takie ogólne zebranie (wiec) zostało zwołane w czasie i miejscu narodowego, albo międzynarodowego Zjazdu lekarskiego, to mogą brać w nim udział tylko członkowie tego Zjazdu. C. K. L. S. zastrzega sobie przedłożenie na takiem ogólnem zebraniu (wiecu) wniosków albo do uchwalenia, albo do odrzucenia bez debaty.

§ 7. Celem C. K. L. S. jest: a) Urządzać Zjazdy słowiańskich lekarzy i przyrodników, b) starać się o to, aby na Zjazdy przyrodniczo-lekarskie poszczególnych narodów słowiańskich przyjeżdżali lekarze i przyrodnicy innych słowiańskich narodowości, c) mieć w ewidencyi sprawę narodowych terminologii lekarskich i baczyć na to, aby terminologie narodowe lekarskie tworzono ze znajomością i uwzględnieniem materyału terminologicznego wszystkich narodowości słowiańskich, d) śledzić peryodyczne publikacye lekarskie poszczególnych narodów słowiańskich i starać się o to, aby dorobek naukowy jednego narodu słowiańskiego dochodził do wiadomości innych narodów słowiańskich, aby prace uczonych słowiańskich, ogłaszane w językach niesłowiańskich, były wyraźnie oznaczone, jako dokonane przez Słowian, i aby wychodził drukiem »Przegląd« (Revue) wszystkich słowiańskich prac naukowych, e) mieć w ewidencyi wszystkie ważne naukowe, społeczne i osobiste zdarzenia we wszystkich narodach słowiańskich i wydawać postanowienia, zmierzające do podniesienia wiedzy wśród narodów słowiańskich i do pogłębienia między nimi wzajemnych stosunków naukowych, ekonomicznych i osobistych, f) starać się, aby w międzynarodowym naukowym koncercie zajmowały poszczególne narody słowiańskie należne im miejsce.

Środki, którymi C. K. L. S. do celów tych zmierza, są następujące: a) zebrania własne i zebrania komitetów narodowych, b) nawiązywanie stosunków z miejscowemi towarzystwami, akademiami, instytucyami i redakcyami wydawnictw peryodycznych poszczególnych narodów słowiańskich.

§ 8. Komitety narodowe działają wśród swojej narodowości w myśl tych statutów i przeprowadzają uchwały C. K. L. S. i Walnych Zebrań (wieców).

§ 9. Przewodniczący C. K. L. S. zwołuje zebrania tego komitetu i zastępuje go na zewnątrz.

Wiceprezesowie zwołują zebrania komitetów narodowych i zastępują kolejno prezesa.

Sekretarz stały prowadzi ewidencyę prac i czynności od samego początku i czuwa nad ich ciągłością. Prowadzi on w ewidencyi wszystkie wydarzenia, ważne dla lekarzy słowiańskich, zwraca na nie uwagę prezesa i przygotowuje wnioski dla miejscowych (narodowych) komitetów słowiańskich i dla głównych zebrań, nawiązuje rokowania z przygotowawczemi komitetami międzynarodowych Zjazdów lekarskich w sprawie zebrań C. K. L. S. w czasie takich Zjazdów, starając się o objęcie zebrań C. K. L. S. w miarę możności programem Zjazdu i o dogodny dla nich lokal. — Sekretarz stały jest obowiązany prowadzić i uzupełniać spisy: a) 1. słuchaczy medycyny na uniwersytetach słowiańskich, 2. na uniwersytetach obcych, b) 1. wykładających na uniwersytetach słowiańskich, 2. profesorów Słowian na obcych uniwersytetach, c) 1. akademii, towarzystw i instytucyi naukowych słowiańskich, 2. wszystkich stowarzyszeń zawodowych i organizacyi lekarzy słowiańskich, d) stypendyów na studya i badania naukowe, e) 1. zdrojowisk słowiańskich, 2. lekarzy Słowian, praktykujących w obcych zdrojowiskach, f) czasopism lekarskich i lekarskich wydawnictw peryodycznych. Wszystkie te dane zbierze sekretarz od komitetów narodowych, które powinny je same zestawić, o ile ich narodu dotyczą, i mieć je w ewidencyi.

Sekretarz generalny prowadzi spis członków komitetów, protokół, korespondencyę, przygotowuje wraz z prezesem program zebrań, przeprowadza ich uchwały, wypracowuje sprawozdanie doroczne i podpisuje wraz z prezesem i sekretarzem stałym wszystkie pisma wychodzące z C. K. L. S. Sekretarz stały jest zarazem skarbnikiem C. K. L. S.

§ 10. Komitety miejscowe (narodowe) starają się pozostawać w stałych stosunkach z najważniejszemi instytucyami naukowemi swojego narodu i pozyskać wybitnych członków tych instytucyi do swego grona, aby mogły za pośrednictwem osób tych wywierać na te instytucye swój wpływ.

§ 11. Każdy komitet narodowy zbiera się przynajmniej raz na kwartał; z zebrań tych spisuje się protokół; o ważnych wypadkach zawiadamia komitet narodowy prezesa i sekretarza stałego C. K. L. S. Jeżeli ma się gdzie odbyć Zjazd lekarski, komitet narodowy podejmie natychmiast starania, aby stosownie do § 7. b. wzięli w Zjeździe udział lekarze jego własnego narodu. Komitet narodowy donosi stałemu sekretarzowi C. K. L. S. o powstających nowych czasopismach i stowarzyszeniach naukowo-lekarskich wśród rodaków. Komitety narodowe powinny wspierać wszystkie starania i prace C. K. L. S. i stałego sekretarza.

§ 12. Rozwiązanie C. K. L. S. może nastąpić tylko na podstawie uchwały, powziętej większością $^3/_4$ głosów obecnych na walnem zebraniu C. K. L. S.

§ 13. Język obrad. Każdy może używać języka ojczystego; jeżeliby kto przemawiającego dobrze nie rozumiał, prezydyum postara się na jego życzenie o przetłómaczenie.

§ 14. Na pokrycie wydatków C. K. L. S. przysyłają komitety narodowe kwotę...... Sekretarz stały czuwa nad sprawiedliwym podziałem wkładek.

III. **Wybory nowego Komitetu centralnego** miały się odbyć podług nowego statutu. Ponieważ jednak komitety narodowe nie mogły się jeszcze ukonstytuować, postanowiono wybrać tylko niektórych funkcyonaryuszy i zatwierdzić wybór delegatów czeskich, a z reszty narodowości powołać tylko po jednym delegacie i tych delegatów wezwać, aby postarali się o ukonstytuowanie komitetów narodowych i o wybór dalszych delegatów do komitetu centralnego.

Prezesem centralnego Komitetu słowiańsk. lekarskiego został wybrany r. dw. Prof. Dr Bolesław Wicherkiewicz, I. wiceprezesem r. dw. Prof. Dr J. Hlava, sekretarzem stałym Prof. Dr M. Pesina. Na członków Wydziału: prymaryusz Dr Cackovic, prym. Dr Slojmer, Dr Russew, Prof. Dr D. O. Ott, Prof. Dr A. Vesely i prym. Dr J. Semerad. Wybrani do C. K. L. S. przedstawiciele poszczególnych narodów mają się postarać o ukonstytuowanie komitetów narodowych. Komitet polski ma delegować jednego członka jako generalnego sekretarza C. K. L. S., a to z grona kolegów krakowskich. W końcu wyrażono życzenie, by do C. K. L. S. pozyskać Prof. Bechtierewa.

IV. Prof. Dr Pesina wnosi, aby **przyrodnicy słowiańscy** zorganizowali się podobnie, jak lekarze, lub też przyłączyli się do istniejącej już organizacyi lekarzy. — Sprawę tę przekazano do rozpatrzenia komitetom narodowym, które mają potem przedstawić Komitetowi centralnemu swoje w tym względzie wnioski.

V. **Sprawa językowa** (referent Prof. Vesely) **na Zjazdach rosyjskich** została bez zmiany, jak przy IV. Zjeździe czeskich lekarzy i przyrodników w Pradze.

Postanowiono, aby za pośrednictwem sekretarza stałego postarać się o skompletowanie się komitetu rosyjskiego i wezwać komitet ten do wyjaśnienia sprawy dopuszczenia wszystkich języków słowiańskich na Zjazdach rosyjskich.

VI. **Sprawa ogólno-słowiańskiego Zjazdu przyrodników i lekarzy** (referent Prof. Dr M. Pesina). Uchwalono: Prezydyum C. K. L. S. ma pertraktować z Wydziałem konferencyi słowiańskich, który ma w maju 1910 odbyć zebranie w Sofii, aby wspólnie z lekarzami zorganizował komitet przygotowawczy dla Zjazdu lekarzy, albo przyrodników, który mógłby się odbyć podczas słowiańskiej wystawy w Moskwie. Komitet centralny lek. słow. może odbyć posiedzenie podczas zebrania Wydziału słow. konferencyi w Sofii. Należy też wezwać lekarzy bułgarskich, aby w tymże czasie w Sofii urządzili Zjazd lekarzy i przyrodników bułgarskich.

VII. Dr Vesely z Luhacovic podaje **projekt statutu Związku zdrojowisk słowiańskich.** Postanowiono odesłać projekt do organizacyi lekarzy kąpielowych poszczególnych narodów, prosząc o opinie.

VIII. Doc. Dr Panyrek przesłał referat o **problemacie narodowym na międzynarodowych Zjazdach prasy lekarskiej.** Postanowiono sprawę tę odłożyć do przyszłego Zebrania C. K. L. S., a obecnie tylko polecić komitetom narodowym, aby każdy wybrał osobny komitet dla spraw prasy lekarskiej.

IX. Sprawa **miejsca przyszłego zebrania** C. K. L. S. Postanowiono zwołać zebranie na maj 1910 do Sofii.

X. Prof. Pesina wniósł o zwołanie Zebrania oświatowego Związku słowiańskiego C. K. L. S. celem narady, jak przyspieszyć postęp prac.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Wiec, zwołany przez Izbę lekarską zachodnio-galicyjską, odbędzie się w Krakowie dnia 30. kwietnia 1910 o godz. 5 w Domu lekarskim. Przedmiotem obrad będzie rządowy projekt ubezpieczenia społecznego. W oznajmieniu o Wiecu ogłasza Izba: »Sprawa ta jest dla całego stanu lekarskiego tak ważna, że Izba lek. zach.-gal. uznała za konieczne odwołać się do ogółu lekarzy do niej przynależnych, po raz pierwszy wprowadzając w życie przewidziane regulaminem Izb ogólne Walne zgromadzenie (Wiec) lekarzy. Zapraszając wszystkich kolegów na to Zgromadzenie, oczekuje Izba jak najliczniejszego udziału i spodziewa się, że także koledzy z poza Krakowa będą na tym Wiecu mieć licznych przedstawicieli«. — Jak się dowiadujemy, za przykładem Izby krakowskiej poszła już także Izba salcburska. Z.

Ważny wyrok Sądu powiatowego karnego. Wiadomo, że miejski Urząd zdrowia w Krakowie wydał i wprowadził w życie, na wzór miast zagranicznych i zgodnie z opinią sekcyi higienicznej i Towarzystwa lekarskiego, cały szereg przepisów, mających na celu skuteczne zwalczanie chorób zakaźnych w mieście. Wychodząc z zasady, że poszanowanie przepisów higieny i wypełnianie ich da się prędzej osiągnąć na drodze pouczeń, niż zapomocą gróźb i kar, miejski Urząd zdrowia nie szczędził zachodu i czasu, aby potrzebę wypełniania tych przepisów ludności wytłómaczyć. Na pochwałę mieszkańców Krakowa należy zaznaczyć, że prawie bez wyjątku, mniej lub więcej dokładnie zastosowywano się do tych przepisów.

Niedawno jednak zdarzył się przypadek płonicy u dziecka w domu inteligentnym, a ojciec rodziny w żaden sposób nie chciał zastosować się do zarządzeń, wydanych przez fizykat miejski. Przed przepisanym terminem samowolnie przeprowadził, bez kontroli miejskiego Urzędu zdrowia, odkażenie mieszkania, zdarł kartkę z napisem ostrzegającym o istnieniu w tem mieszkaniu choroby zakaźnej i pomimo kilkakrotnych upomnień, pouczeń, tłomaczeń, wpływu osób trzecich, w żaden sposób do zarządzeń fizykatu miejskiego zastosować się nie chciał.

Fizykat miejski zmuszony był, wobec niewytłómaczonego i nieuzasadnionego uporu, zrobić doniesienie do Prokuratoryi państwa, opisując cały fakt i kwalifikując go jako przekroczenie z §§ 315 i 731 ustawy karnej. Przed świętami odbyła się w krakowskim Sądzie powiatowym karnym rozprawa; wydano wyrok, skazujący winnego na 48 godzin aresztu bez prawa zamiany na grzywnę.

Podnieść należy wysoce społeczne i obywatelskie stanowisko Prokuratoryi państwa i Sądu, który wziął w obronę zdrowie i życie obywateli miasta przed samowolą jednostki. Jesteśmy za najdalej idącą swobodą osobistą, ale tej swobodzie należy zakreślić stanowczo pewne granice tam, gdzie wskutek nierozważnego nadużycia swobody ucierpieć może ogół. T.

Izba lekarska wiedeńska ukarała grzywną 400 koron lekarza Dra Jetela za uchybienie godności stanu lekarskiego. Dr J. ogłaszał bowiem w dziennikach politycznych, w formie rozpraw niby naukowych, że leczy rwę kulszową skutecznie bez narkotyków. W innych znów dziennikach ukazywały się pochlebne oceny tych prac (również pióra Dra J.). Dalej okazało się, że mimo zapewnień, Dr J. używa właśnie narkotyków w leczeniu. Chorym narzucał się Dr J. obcesowo, a nawet, jeżeli go przyjąć nie chcieli, zostawiał u odźwiernego recepty. Nadto leczenie powierzył także 2 paniom, które w imieniu jego rozszerzały partactwo. X.

Wynagrodzenia za orzeczenia dla sądu o chorych szpitalnych dostawać będą na Węgrzech lekarze szpitalni z funduszu, uzyskanego z grzywien sądowych. X.

Do zwalczania partaczy-masażystów, coraz więcej panoszących się, nawołuje w Nrze 6. »Medycyny« kol. Biesiekierski, podając do tej walki sposoby w postaci pouczania chorych o ważności miesienia, dobrego kształcenia masażystów i t. p. Według naszego zdania najważniejszem w tej sprawie byłoby kształcenie młodych adeptów sztuki lekarskiej w miesieniu, przez co zwalczać się będzie najenergiczniej partactwo masażystów, albowiem lekarze częściej będą miesienia wykonywali sami, a tam, gdzie polecą masażystę, będą go kontrolować, co obecnie w wielu przypadkach niestety się nie dzieje, bo... są lekarze, którzy o miesieniu nie mają dostatecznych wiadomości. X.

Nowe rozporządzenia o wizytacyi aptek w Austryi nie zdają się oznaczać postępu. O ile dawniej po miastach uniwersyteckich wizytacyi dokonywały komisye, w których skład wchodzili profesorowie farmakologii i chemii lekarskiej, to obecnie badań tych dokonywać mają lekarze rządowi i to w obrębie apteki i odczynnikami aptekarza, których jakość może być nieodpowiednia, a badającemu jest nieznana. X.

Częstości fałszowania środków spożywczych dowodzi statystyka budapeszteńskiego zakładu za rok 1908. W 24·27% badanych prób wykazano zafałszowanie. Zwłaszcza bardzo często fałszowano mleko (34·6%) i masło (39%). Mleko najczęściej fałszują przez dodatek wody. Z innych produktów zafałszowaniu częstemu ulegają korzenie, marmolady, tłuszcze, napoje wyskokowe. X.

Wód mineralnych sprowadzono do Niemiec w roku 1908 9945 tonn wartości 4.416.000 marek. Z tego z samej Austryi importowano 8874 tonn wartości 3.372.000 marek. Natomiast wywieziono najwięcej rodzimych wód mineralnych z Niemiec do Holandyi, Belgii i Anglii. X.

Higiena w galicyjskich szkołach rządowych. Pod tym tytułem przytacza Dr M. Janik w »Kuryerze lw.« (Nr 155) wyniki badania powietrza w II szkole realnej we Lwowie, dokonanych przez Prof. Motylewskiego w lutym b. r. Na ucznia przypadało tylko 3·5 m^3 powietrza, ilość CO_2 wynosiła w poszczególnych klasach od 0·238%—0·384%, nigdzie zaś nie spadała do dopuszczalnego jeszcze minimum (0·15%). R.

Książeczki zdrowia dla dzieci szkolnych wprowadzono w Medyolanie. Każde dziecko, wstępujące po raz pierwszy do szkoły, dostaje książeczkę, w której lekarz szkolny po zbadaniu umieszcza zapiski co do stanu zdrowia, wzroku, uzębienia, wzrostu, słuchu, obwodu piersi i t. p. Książeczkę tę dziecko ma przez cały czas nauki i lekarze ew. nauczyciele wciągają do niej ważniejsze daty, późniejsze choroby i t. p. Z książeczek tych zbierze się z czasem interesujący materyał statystyczny. X.

Seminaryum położnicze zaprowadził w swej klinice od szeregu lat Prof. Leopold w Dreznie. Zdaniem jego uczy ono położniczego myślenia znacznie lepiej, niż wszelkie inne sposoby nauczania, np. referowanie o porodach przez dyżurnych i t. p. Leopold zadaje swym uczniom pytania np. z ciężkiego jakiegoś przypadku, na co mają oni w 20—30 minut pisemnie odpowiedzieć, poczem Leopold poprawia wypracowania i sam omawia przypadek, zwracając uwagę na popełnione błędy. X.

Lekarze i chorzy kasowi. »Pesti futár« w Nrze 85. z 27. XII. 1909 pisze, co następuje: »Dzielni i pilni lekarze robo-

tniczych kas chorych żyją w wielkich opałach. W ostatnim czasie zdarzyło się już po raz drugi, że rozżalony, brutalny robotnik rzucił się na lekarza kasowego w zamiarze zamordowania go, gdyż z oceny i przyznanego mu zasiłku pieniężnego nie był zadowolony. W Steinbruch strzelił przed 4 tygodniami na pół oślepły robotnik z rewolweru kilkakrotnie do lekarza kasowego Dra Székely, gdyż mu się wydawał za małym przyznany mu zasiłek pieniężny. Biednego lekarza wyniesiono z pokoju ordynacyjnego. Kula trafiła go w żołądek. Na szczęście stan chorego się poprawił i wyzdrowienie jego jest pewne. Drugi przypadek zdarzył się w Nowym Peszcie w pokojach ordynacyjnych Kasy chorych. Na Dra Fehóra, kierownika oddziału ocznego, napadł robotnik z wapiennika, Zacharias. Człowiek ten stracił przy pracy oko, nie można go jednak było uznać za niezdolnego do pracy, bo na drugie oko widzi zupełnie dobrze. Sumienny lekarz zatem orzekł, że chory nie jest zupełnie niezdolnym do pracy, lecz ocenił upośledzenie niezdolności do pracy w odsetkach w stosunku do doznanej utraty oka. Robotnik był niezadowolony z tego orzeczenia lekarskiego, zaczął kląć, rzucać się, i wreszcie wyciągnął długi nóż kuchenny i zamierzył się nim na lekarza. W pokoju ordynacyjnym były wtedy obok napastnika trzy osoby: lekarz, jego asystent i dozorczyni chorych. Lekarz schronił się na ganek, a stąd do chirurgicznego pokoju ordynacyjnego, asystent wyskoczył oknem na podwórze, a dozorczyni osłupiała ze strachu, niezdolna była ruszyć się z miejsca. Szalejący robotnik rzucił się za lekarzem; na szczęście nadbiegło sześciu mężczyzn, ubezwładniło i rozbroiło go. — Podobny napad morderczy zdarzył się drugi raz. — Położenie staje się coraz groźniejsze; dotychczas zdarzało się, że lekarzy obrażano, lub im grożono, ostatnimi czasy wydarzają się już częste napady na lekarzy, dla ich życia niebezpieczne. Lekarze kasowi ordynują w Steinbruch, Nowym Peszcie i okolicznych osadach w godzinach wieczornych od 6—8. Badają tam często 300—400 rozżalonych, wygłodniałych, biednych robotników i narażeni są przy swej pracy na awantury, a nawet na niebezpieczeństwo dla życia. W tak niebezpiecznem położeniu zwrócili się lekarze Kasy z nagłą prośbą do ministra handlu, by sprawie zaradził«. Następuje tekst prośby. S.

Z administracyi znaczków receptowych.

Sprzedano znaczków:	4 h	1 h
Od roku 1904 do końca lutego 1910 .	508,397	419,694
W marcu 1910	1,775	5,000
Razem .	510,172	424,694

Dr Żydłowicz, administrator.

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 27. III. do 2. IV. 1910 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Gródek jagiell. (Koców ad Bar 1, Strader 2), Husiatyn (Kopyczyńce 1), Horodenka (Czortowiec 1), Jaworów (Młyny 1), Lisko (Czarna 3, Horzowczyk 5), Nowy Sącz (Tylicz 2), Podhajce (Wiśniowczyk 3), Zborów (Kudobińce 3). Dr T.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 27. III. do 2. IV. 1910 zgłoszono przypadków: błonicy 6 † 3 (w tem obcych 4 † 3), krztuśca 2, płonicy 4 † 1 (1 † —), odry 1, duru brzusznego 1 † 3.

Dr Janiszewski.

Wiadomości bieżące.

Wydanie jubileuszowe wiekopomnej »Teoryi jestestw organicznych« J. Śniadeckiego, można nabywać w Administracyi »Przeglądu lekarskiego« (Dunajewskiego 2), po bardzo nizkiej cenie 2 kor. 50 hal. Dochód z rozprzedaży przeznaczony na cele użyteczności publicznej.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 6. IV. b. r. posiedzenie, na którem Dr Spira wypowiedział wykład p. t.: »Choroby uszne a porażenia twarzy«.

— Komitet Towarzystw polskich« dla międzynarodowego Zjazdu w sprawie higieny szkolnej przedłużył termin nadsyłania odpowiedzi na kwestyonaryusz co do szkolnictwa w Polsce do d. 15. kwietnia b. r. Odpowiedzi i wszelkie materyały przesyłać należy pod adresem: Doc. Dr E. Piasecki, Lwów, ul. Trzeciego Maja 2.

— Miejski Urząd zdrowia zwraca uwagę lekarzy, praktykujących w Krakowie i okolicy, że wobec przyłączenia do Krakowa gmin: Łobzów, Nowa Wieś, Krowodrza, część Prądnika czerwonego, białego i Olszy, Dębniki, Zakrzówek, Czarna Wieś z Kawiorami, Półwsie zwierzynieckie, Zwierzyniec, Grzegórzki i Piaski, należy o przypadkach chorób zakaźnych w tych gminach donosić wprost do miejskiego Urzędu zdrowia w Krakowie.

— VI. Walne Zgromadzenie Polskiego Towarzystwa balneologicznego zwołane zostało na d. 8. b. m.

Warszawa. W tłomaczeniu Dra Wł. Chodeckiego według VI. wydania niemieckiego (1907) wyszło z druku dzieło Flüggego: »Zarys higieny«. Dochód z rozprzedaży ofiarował tłómacz Towarzystwu lekarskiemu warszawskiemu na inne wydawnictwa higieniczne. Cena 5 rb., dla członków warsz. Towarzystwa higienicznego i dla słuchaczy medycyny 2 rb. 50 kop.

— Wyszedł z druku I. Zeszyt »Medycyny współczesnej«, dwutygodnika, poświęconego przeglądowi najnowszych zdobyczy na polu wszech nauk lekarskich. Jak wynika ze słowa wstępnego, będzie »Medycyna współczesna« polskiem wydaniem rozpraw, pomieszczanych w wydawnictwie »Jahreskurse für die ärztliche Fortbildung« monachijskiej księgarni Lehmanna. Treści I Zeszytu »Medycyny współczesnej« nie przytaczamy, gdyż zdaliśmy już z niej sprawę według wydania niemieckiego. Redaktorem i wydawcą »Medycyny współczesnej« jest Dr A. Fruchtmann.

— Z powodu odwołania się Dr Danczakowej od decyzyi ministra oświaty, orzekł senat rządzący w Petersburgu, że kobiety nie mogą w Rosyi wykładać na uniwersytetach. (Gaz. lek. Nr 14).

Z różnych stron. Na Zjazd przyrodników i lekarzy słowiańskich w Sofii delegowało »Towarzystwo naukowe jedności słowiańskiej«, utworzone w Petersburgu 14./28. III. b. r., Prof. Bechtierewa.

— Wydział techniczny Polskiego Związku przyrodników i lekarzy w Petersburgu odbył 24. III. (6. IV.) b. r. posiedzenie, na którem odbyły się 3 wykłady, m. i. p. M. Peretiatkowicza: »W kwestyi planowania miast«.

— Odesski oddział ces. ros. Towarzystwa technicznego prosi nas o pomieszczenie wiadomości, że od 15. (28.) V. do 1. (14.) X. 1910 odbędzie się w Odessie wystawa przemysłowo-rolnicza, obejmująca m. i. dział higieny mieszkań i wychowania fizycznego. Termin zgłaszania się wystawców oznaczono do 1. (15.) maja b. r. W czasie wystawy odbędzie się szereg zjazdów naukowych w sprawach, objętych programem wystawy.

— II. międzynarodowy Zjazd w sprawie chorób zawodowych odbędzie się w Brukseli 10—14. IX. b. r. Wyjaśnień udziela sekretarz generalny Dr Gilbert w Brukseli (rue Lambermont 2).

— Międzynarodowa wystawa higieniczna odbędzie się w r. 1911 w Dreznie. We wszystkich państwach tworzą się z tego powodu komitety miejscowe.

— Ciekawe »Wspomnienia starego lekarza« umieścił w ostatnich numerach Brit. med. Jour., Atthill, dawny kierownik »Rotunda Hospital« w Dublinie. Karyerę swą zaczął Atthill przed 56 laty, a wtedy jeszcze nie znano znieczulania. W salach operacyjnych rozlegały się jęki i przekleństwa operowanych, których przy operacyi nieraz trzymano przemocą. Z tego też powodu operowano szybko, przecinano duże naczynia, nerwy i t. p. O czystości przy operacyach nie było mowy, a z nauki Listera zrazu wyśmiewano się. Jeden z operatorów wkładał zawsze do operacyi stary surdut, przesiąknięty ropą i krwią. W r. 1868 wykonał Atthill swe dwie pierwsze owaryotomie. Obie chore zmarły, co było zresztą na porządku dziennym. Do badania rodzących nie myto sobie nigdy rąk, a jednak zakażenia były bardzo rzadkie. Odkażanie rąk wprowadził A. dopiero w r. 1875. Kleszczy nie zakładano wtedy wcześniej, aż można było wymacać ucho płodu, a najczęściej wymóżdżano płód zmarły. Ginekologia była wtedy dopiero w samych początkach; znano jedynie »nadżerki« części pochwowej, wypalano je lapisem. K.

Mianowani: Prof. Grouven dyrektorem polikliniki dermatol. w Halle, Doc. Goebel dyrektorem polikliniki chir. w Kiel., Doc. Quensel dyrektorem polikliniki neurol. w Lipsku, Prof. Dalén z Lund profesorem okulistyki w Stokholmie.

Zmarli: Dr Julian Staniszewski, były asystent przy katedrze anatomii opisowej U. J., następnie wieloletni lekarz zakładu w Iwoniczu, w końcu lekarz rządowej fabryki tytoniu i kasy kupieckiej w Krakowie, w 44 r. ż.; Dr Teofil Tyszecki, były naczelnik »Sokoła« w Krakowie, zasłużony działacz w sprawie wychowania fizycznego, profesor c. k. wyższej szkoły realnej, w 44 r. ż. w Krakowie.

Redakcya otrzymała: Czerny: Lekarz jako wychowawca dziecka, z II wydania niem. tłómaczył Dr A. Mamrot. Warszawa. 1910. Wende i Sp. — Trzebiński: Weiteres über endoneurale Wucherungen. »Virchows Archiv.« 1910.

Redaktor odpowiedzialny:

Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Rok XLIX. Kraków, dnia 16. kwietnia 1910. Nr 16.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z kliniki chorób wewnętrznych Prof. Dra K. Wagnera w Kijowie.

W sprawie wpływu wstrzykiwań podskórnych żelatyny przy schorzeniach nerek.

Podał

Dr Jan Studziński.

(Dokończenie).

13. Podostre miąższowe zapalenie nerek. Z. F., lat 21, przyjęty do kliniki szpitalnej 7. XI. 1907 r. Zachorował przed tygodniem w drodze do Kijowa: zjawiły się obrzęki na twarzy, tułowiu i kończynach; chory bardzo osłabł. Uskarża się także na częste krwawienia z nosa, które trwają zwykle 2—3 doby z niewielkiemi przerwami. Chorób poprzednich podać nie umie. Wyskoku nie nadużywał, kiły miał nie przebywać.

Skóra i widzialne błony śluzowe bardzo blade. Podściółka tłuszczowa mierna; niewielkie obrzęki na twarzy, tułowiu i kończynach. Granice stłumienia serca zboczeń nie wykazują. Tony czyste, głuche; tętno 80 w minucie, tętnica źle napełniona. Wątroba niemacalna. Śledziona wystaje na palec z pod łuku żebrowego, zbita. Moczu na dobę 1200 ctm. sz., c. g. 1017, odczyn kwaśny, barwa według Vogla II. białka 2$^0/_{00}$, w osadzie wałeczki szkliste (1—2 w polu widzenia), drobno i gruboziarniste (1—2 nie w każdem polu widzenia), zrzadka nabłonkowe; nabłonka nerkowego dość dużo, ciałek białych krwi 1—4 w polu widzenia, czerwonych 2—10 w polu widzenia.

Od 8. XI. do 8. XII. obrzęki ustąpiły zupełnie. Dobowa ilość moczu wahała się od 1200 do 1600 ctm. sz., białka było około 2$^0/_{00}$. w osadzie morfotycznych składników mniej. Kilka razy było dość obfite krwawienie z nosa. 9. XII. Moczu 1800 ctm. sz., c. g. 1016. białka 1.75$^0/_{00}$. 10. XII. Moczu 1800 ctm. sz., c. g. 1.016, białka 1.65$^0/_{00}$. 11. XII. Moczu 1500 ctm. sz., c. g. 1.017, białka 2$^0/_{00}$.

12. XII. Moczu 1600 ctm. sz., c. g. 1.017, białka 2$^0/_{00}$, w osadzie wałeczki szkliste, drobno i gruboziarniste (1—2 nie w każdem polu widzenia), bardzo rzadko nabłonkowe, nabłonka nerkowego mało, ciałek białych krwi 1—3 w polu widzenia, czerwonych 2—4 w polu widzenia. Zrana silne krwawienie z nosa. Wstrzyknięto 50 ctm. sz. 10$^0/_0$ rozczynu żelatyny. Po 6 godzinach podniesienie się ciepłoty ciała do 37^{0}8. 13. XII. w nocy krwawienie z nosa ustało. Chory uskarża się na nieznaczny ból głowy. Miejsce wstrzyknięcia mocno zaczerwienione, obrzmiałe, bolesne. Moczu 1500 ctm. sz., c. g. 1.017, białka 2.5$^0/_{00}$, gołem okiem widoczna domieszka krwi. 14. XII. Moczu 1800 ctm. sz., c. g. 1.017, barwy ciemno-czerwonej, białka 4$^0/_{00}$; w osadzie ilość wałeczków i nabłonka nerkowego bez zmiany, natomiast całe pole widzenia zasłane czerwonemi ciałkami krwi, po części wyługowanemi. Krwawienia z nosa nie było. 15. XII. Moczu 1400 ctm. sz., c. g. 1.017, białka 4$^0/_{00}$, w osadzie bez zmiany. 16. XII. Moczu 1200 sz. ctm., c. g. 1.015, białka 2.5$^0/_{00}$, barwa popłuczyn mięsnych. 17. XII. Moczu 1200 ctm. c. g. 1.015, białka 2.5$^0/_{00}$, barwa moczu nieco jaśniejsza, aczkolwiek domieszka krwi jeszcze zupełnie wyraźna, czerwonych ciałek w osadzie mniej. 18. XII. Moczu 1500 ctm. sz., c. g. 1.016, białka 2$^0/_{00}$, domieszki krwi gołem okiem zauważyć nie można; w osadzie wałeczki i nabłonek nerkowy, jak przedtem czerwonych ciałek krwi do 20 w polu widzenia.

W danym przypadku podskórne wstrzyknięcie żelatyny wywołało dość znaczny krwotok nerkowy, który dosięgł szczytu na 3 dzień i prawie zupełnie ustał na 7. Na inne składniki morfotyczne, tudzież na ilość i ciężar właściwy moczu wstrzyknięcie żelatyny rzekomo wpływu nie miało. Krwawienie z nosa po wstrzyknięciu żelatyny prędko ustało. Stosunkowo dość mocny rozczyn (10$^0/_0$) żelatyny nie wywołał żadnych cięższych objawów ani przedmiotowych, ani podmiotowych.

14. Obostrzenie przewlekłego miąższowego i śródmiąższowego zapalenia nerek. W. P. lat 22, przyjęty do kliniki szpitalnej 4. X. 1908 r. W roku zeszłym przeziębił się zimą, przestawszy przeszło godzinę po pas w chłodnej wodzie. W lipcu rb. zaczął uskarżać się na niedomaganie, ból głowy i obrzęki. Po odpowiedniem leczeniu objawy te wkrótce ustąpiły, lecz już w połowie września znowu zjawiły się obrzęki. Wyskoku nadużywał, kiły miał nie przebywać.

Skóra i widzialne błony śluzowe blade. Podściółka tłuszczowa mierna; ogólny niewielki obrzęk. W płucach furczenia. Granice stłumienia serca zboczeń nie wykazują. Tony czyste, głuchawe, 2 ton nad tętnicą główną wzmocniony. Dobowa ilość moczu 1200 ctm. sz., c. g. 1.022, odczyn kwaśny, białka 1$^0/_{00}$, cukru niema; w osadzie wałeczki szkliste (1—2 w polu widzenia), rzadko drobnoziarniste, nabłonka nerkowego mało, ciałek białych krwi 3—8 w polu widzenia, czerwonych 10—20 w polu widzenia.

Od 5. X. do 12. X. obrzęki ustąpiły. 13. X. Dobowa ilość moczu 1100 ctm sz., c. g. 1.021, białka 0.06$^0/_{00}$, w osadzie wałeczki szkliste (3—4 w preparacie) bardzo rzadko drobnoziarniste, ciałek białych krwi 2—4, czerwonych około 10 w polu widzenia. Od 14. X. do 8. XI. bez zmiany, 9. XI. Moczu 1100 ctm. sz., c. g. 1.019, białka 0.06$^0/_{00}$, osad bez zmiany, 10. XI. Moczu 1000 ctm. sz., c. g. 1.019, białka 0.06$^0/_{00}$.

11. XI. Moczu 1000 ctm. sz., c. g. 1.019, białka 0.06$^0/_{00}$, w osadzie wałeczki szkliste i drobnoziarniste, (w prepar. 1—2) nabłonek nerkowy bardzo rzadko, ciałek białych krwi 2—4 czerwonych 10—15 w polu widzenia. Wstrzyknięto 75 ctm. sz. 4$^0/_0$ rozczynu żelatyny. Po 5 godzinach dreszcze, pałanie, ciepłota ciała 38^{0}2. 12. XI. Moczu 900 ctm. sz., c. g. 1.022, barwa popłuczyn mięsnych, białka 0.3$^0/_{00}$; w osadzie wałeczki szkliste i drobnoziarniste (3—4 w preparacie),

krwiste (5—6 w preparacie), nabłonek nerkowy dość często, ciałek białych krwi około 8 w polu widzenia, czerwonych dużo, po części wyługowanych. Miejsce wstrzyknięcia obrzmiałe, czerwone i bolesne. 13. XI. Moczu 1000 ctm. sz., c. g. 1.022, barwa ciemno-czerwona nasycona, białka 0.6 $^0/_{00}$; ilość wałeczków, jak wczoraj, ciałek czerwonych znacznie więcej. Zaczerwienienie, obrzmienie i bolesność miejsca wstrzyknięcia ustąpiły prawie zupełnie. 14. XI. Moczu 1000 ctm. sz., c. g. 1.022, białka 0.6$^0/_{00}$, osad bez zmiany. 15. XI. Moczu 1000 ctm. sz., c. g. 1.021, białka 0.3$^0/_{00}$, barwa moczu jaśniejsza, w osadzie ciałek czerwonych nieco mniej. 16. XI. Moczu 1000 ctm. sz., c. g. 1.021 białka 0.16$^0/_{00}$ Domieszka krwi bardzo nieznaczna; w osadzie wałeczki szkliste, drobno i gruboziarniste (2—3 w preparacie), krwiste bardzo rzadko) nie w każdym preparacie), ciałek czerwonych krwi 20—80 w polu widzenia. 17. XI. Moczu 900 ctm. sz., c. g. 1.021, białka 0.06$^0/_{00}$, domieszki krwi gołem okiem zauważyć nie można, w osadzie wałeczków krwistych nie spostrzega się, ciałek czerwonych do 50 w polu widzenia.

W danym przypadku po wstrzyknięciu żelatyny otrzymaliśmy znaczne zwiększenie się ilości krwi w moczu, nadto zjawiły się wałeczki krwiste, ilość zaś szklistych i ziarnistych wzrosła. Pogorszenie się owo dosięgło szczytu na 3. dzień i prawie ustąpiło już 6. dnia. Na ilość i ciężar właściwy moczu wstrzyknięcie żelatyny wpływu nie wywarło. Pomimo stosunkowo dość ciężkiego powikłania schorzenia nerek po wstrzyknięciu żelatyny, objawy ogólne i miejscowe były naogół nieznaczne.

15. P o d o s t r e miąższowe i śródmiąższowe zapalenie nerek. Cz. M. lat 15, przyjęta do kliniki szpitalnej 27. XI. 1908 r. Od miesiąca prawie zauważa zrana obrzmienie twarzy, bole głowy, ostatnimi zaś czasy dołączyły się i obrzęki goleni, a nadto kaszel z niewielką ilością plwocin. Przy szybszych ruchach bicie serca i zmęczenie. W czerwcu roku zeszłego przebyła błonicę.

Skóra i widzialne błone śluzowe z niewielkim odcieniem siniczym. Niewielkie obrzmienie twarzy i obrzęk skóry brzucha i kończyn dolnych. Gruczoły chłonne szyjne i pachowe nieco powiększone. W płucach furczenia, a wzdłuż dolnego brzegu nadto drobno i średniobańkowe rzężenia. Granice stłumienia serca zboczeń nie przedstawiają; tony czyste, 2. ton nad tętnicą główną nieco wzmocniony. Dobowa ilość moczu 2000 ctm. sz., c. g. 1.008, odczyn słabo kwaśny, barwa według Vogla II, białka 1.65 $^0/_{00}$, cukru niema; w osadzie wałeczki szkliste i drobnoziarniste (1—2 nie w każdem polu widzenia), nabłonek nerkowy rzadko, ciałek białych krwi 5—10 w polu widzenia, czerwonych 1—2 nie w każdem polu widzenia.

Zalecono wanny 32^0 R. po 10—15 minut i dyetę mleczną. Od 25. XI. do 9. XII. obrzęki ustąpiły, ilość białka spadła do 0.6$^0/_{00}$. Od 10 XII. do 17. XII. bez zmiany. 18. XII. Moczu 1480 ctm. sz., c. g. 1.012, białka 0.2$^0/_{00}$. w osadzie wałeczki szkliste, drobno i gruboziarniste (1—2 nie w każdem polu widzenia), nabłonek nerkowy rzadko, ciałek białych krwi 5—10 w polu widzenia, czerwonych 1—2 nie w każdem polu widzenia. 19. XII. Moczu 1600 ctm. sz., c. g. 1.012, białka 0.2$^0/_{00}$, w osadzie bez zmiany. 20. XII. Moczu 2120 ctm. sz., c. g. 1.009, białka 0.15$^0/_{00}$.

21. XII. Moczu 1700 ctm. sz., c. g. 1007, białka 0.12$^0/_{00}$, w osadzie wałeczki szkliste, drobno i gruboziarniste (1—2 nie w każdem polu widzenia), nabłonek nerkowy rzadko, ciałek białych krwi około 10 w polu widzenia. Wstrzyknięto 50 ctm. 4$^0/_0$ rozczynu żelatyny. Po 6 godzinach dreszcze, pałanie, ból głowy, ciepłota ciała 38^0.6. 22. XII. Moczu 900 ctm. sz., c. g. 1.017, w moczu widoczna domieszka krwi, białka 0. 3$^0/_{00}$, w osadzie tylko więcej ciałek czerwonych. Cały dzień silny ból głowy. Miejsce wstrzyknięcia znacznie zaczerwienione, obrzmiałe i bolesne. 23. XII. Moczu 900 ctm. sz., c. g. 1.015, barwa popłuczyn mięsnych, białka 0.9$^0/_{00}$, w osadzie dużo wałeczków z przylepionemi czerwonemi ciałkami, wałeczki krwiste, dużo wolnych czerwonych ciałek krwi, po części wyługowanych, ciałek białych około 10 w polu widzenia. Ból głowy, jak wczoraj; objawy miejscowe trochę mniejsze. 24. XII. Moczu 850 ctm. sz., c. g. 1.015, barwa ciemno czerwona, osad bardzo obfity z krwinek, białka 2.6$^0/_{00}$, w osadzie ciałka czerwone zaścielają całe pole widzenia. Głowa chorą nie boli. Miejsce wstrzyknięcia trochę tylko bolesne. 25. XII. Moczu 580 ctm. sz., c. g. 1.015, barwa ciemno-czerwona, białka 1 65$^0/_{00}$. w osadzie bez zmiany. 26. XII. Moczu 700 ctm., sz., c. g. 0.16, białka 1.65$^0/_{00}$, w osadzie bez zmiany. 27. XII. Moczu 800 ctm., c. g. 1.015, białka 1.6$^0/_{00}$, barwa ciemno-czerwona, w osadzie ciałek czerwonych jak gdyby nieco mniej. 28. XII. Moczu 1040 ctm., c. g. 1.014, białka 0.5$^0/_{00}$, barwa popłuczyn mięsnych, w osadzie ciałek czerwonych mniej. 29. XII. Moczu 1800 ctm. sz., c. g. 1.011, barwa jaśniejsza, białka 0.3$^0/_{00}$, w osadzie wałeczków i ciałek czerwonych mniej. 30. XII. Moczu 1700 ctm. sz., c. g. 1.010, domieszki krwi gołem okiem zauważyć nie można, białka 0.2$^0/_{00}$, w osadzie składników chorobowych mniej. 31. XII. Moczu 1400 ctm. sz., c. g. 1.012, białka 0.2$^0/_{00}$, w osadzie wałeczki szkliste, drobno i gruboziarniste (1—2 w polu widzenia), nabłonek nerkowy rzadko, ciałek białych krwi 5—8 w polu widzenia, czerwonych 3—4 nie w każdem polu widzenia.

W danym przypadku po wstrzyknięciu żelatyny otrzymaliśmy znaczne zwiększenie się ilości krwi w moczu (od pojedyńczych ciałek czerwonych do całego ich mnóstwa), tudzież i wałeczków. Największego stopnia wydzielenie się krwi dosięgło 4. dnia i na tym poziomie trzymało się prawie przez 3 doby. Powrót do stanu pierwotnego nastąpił dopiero 11 dnia. Również w tym przypadku po wstrzyknięciu żelatyny zauważyliśmy zmniejszenie się ilości moczu (z 1700 ctm. sz. na 900 ctm. sz.) i podniesienie się ciężaru właściwego (z 1.007 na 1.015) przyczem powrót do stanu pierwotnego nastąpił zaledwie na 9. dzień, kiedy stan nerek zaczął już wyraźnie poprawiać się po otrzymanym urazie. Objawy podmiotowe po wstrzyknięciu żelatyny były dość ciężkie.

16 O b o s t r z e n i e przewlekłego zapalenia nerek. Ciąża VI m. K. K. lat 33, wstąpiła do kliniki szpitalnej 12. X. 1906 r. Przeziębiła się w nocy 27. IX., poczem doznała wstrząsających dreszczów i wymiotowała dwukrotnie Choroba przebiegała z silnem kłuciem w prawym boku i suchym kaszlem. Mocz był barwy ciemno-czerwonej. Ciepłota ciała wahała się od 37,^{0}6 do 38,^{0}8. Do 3. X. ciepłota ciała spadła do poziomu prawidłowego, pozostało atoli znaczne osłabienie i ciemno-czerwone zabarwienie moczu. Zaczerwienienie moczu od czasu do czasu chora zauważa już od 4. miesięcy. Ostatnimi czasy uskarża się także na krwawienia z nosa i osłabienie wzroku. Ciąża w 6. miesiącu. Chora podaje, że już blisko dwa lata jest bardzo blada i doznaje bolów głowy i krzyża.

Skóra i widzialne błony śluzowe bardzo blade z niewielkiem zabarwieniem żółtaczkowem. Podściółka tłuszczowa mierna, obrzęków niema. Granice stłumienia serca: prawa nieco przekracza za lewą linię mostkową, górna na 4. żebrze, lewa na 1$^1/_2$ palca na wewnątrz od linii sutkowej. Tony czyste; tętno 80 w 1 minucie, miękkie. Brzuch powiększony, jak u ciężarnych, dno macicy wyczuwa się na poziomie pępka. Wątroba macalna na palec poniżej łuku żebrowego, miękka, bolesna. Śledziona wyczuwalna na 2 palce pod łukiem żebrowym, miękka, nieco bolesna. Nieprzyjemne uczucie przy wstrząsaniu w okolicy nerek. Dobowa ilość moczu 1500 ctm. sz., c. g. 1.009, odczyn obojętny, barwy ciemnych popłuczyn mięsnych, mętnawy, białka 1$^0/_{00}$, cukru niema; ślady barwików żółciowych, odczyn Hellera i Ira-Willy dodatni; w osadzie dużo wałeczków drobno — i gruboziarnistych i niewielka ilość krwistych, nabłonkowych i szklistych; dużo wolnych czerwonych ciałek krwi, miejscami wyługowanych, ciałek białych 1—2 w polu widzenia, miejscami w kupkach po kilkadziesiąt; dużo nabłonka nerkowego, z dróg moczowych i pochwy.

Zalecono dyetę mleczną i wanny 28^0—29^0 R. po 10

do 15 minut. Od 12. X. do 30. X. zabarwienie żółtaczkowe skóry ustąpiło zupełnie. Ilość i ciężar właściwy moczu oraz zawartość w nim krwi, białka i składników morfotycznych wahają się w bardzo nieznacznych granicach. Stan podmiotowy przez cały czas niezadawalniający.

31. X. Moczu 1600 ctm. sz., c. g. 1.009, barwa ciemno czerwona, białka 0.6‰; w osadzie dużo wałeczków drobno i gruboziarnistych, niewielka ilość szklistych, nabłonkowych i krwistych, dość dużo ciałek czerwonych krwi oraz nabłonka nerkowego, ciałek białych 1—2 w polu widzenia, miejscami w postaci zlepków. Ze względu na ciążę zamiast podskórnego wstrzyknięcia żelatyny podano wewnętrznie w postaci kisielu 20.0 żelatyny. Podniesienia się ciepłoty ciała niema. 1. XI. Moczu 1800 ctm. sz., c. g. 1.010, białka 0.3‰, mocz o barwie jaśniejszej; w osadzie wałeczków krwistych mniej. Stan podmiotowy zadawalniający. Wewnętrznie 20.0 żelatyny. 2. XI. Moczu 1800 ctm. sz. jeszcze jaśniejszego, c. g. 1.009, białka 0.25‰, wałeczków krwistych niema, ziarnistych i nabłonkowych, tudzież nabłonka nerkowego mniej. 3. XI. W moczu domieszki krwi gołem okiem zauważyć się nie daje; dobowa ilość 1900 ctm. sz., c. g. 1.009, białka 0,2‰; w osadzie składników morfotycznych mniej. 4. XI. Moczu 1800 ctm. sz., c. g. 1.009, białka 0.1‰; w osadzie niewielka ilość wałeczków szklistych, drobno i gruboziarnistych (po 1—2 nie w każdem polu widzenia); ciałka czerwone krwi 1—2 nie w każdem polu widzenia, ciałek białych 1—2 w polu widzenia, miejscami w postaci zlepków. Stan podmiotowy dobry. Okolica nerek nie bolesna. Wątroba i śledziona mniejsze, mało wrażliwe na dotykanie.

W danym przypadku już po 1. dawce żelatyny wewnętrznie ilość krwi w moczu wyraźnie się zmniejszyła; po 2. dawce, dnia następnego, uwidoczniła się różnica i w ilości chorobowych składników morfotycznych w osadzie. Czwartego dnia po pierwszem zażyciu żelatyny nie można było gołem okiem zauważyć krwi w moczu. Stan nerek szybko z każdym dniem polepszał się. Jednakże, czy zależało to od żelatyny, czy od wanien, spokoju i dyety mlecznej, powiedzieć z pewnością nie można. Na ilość i ciężar właściwy moczu, jakoteż na ciepłotę ciała podawanie wewnętrzne żelatyny wpływu nie miało.

We wszystkich więc przypadkach III. grupy po podskórnem wprowadzeniu żelatyny otrzymaliśmy wzmożenie się krwotoku nerkowego, przyczem tylko po pierwszem wstrzyknięciu w przypadku 11. owo wzmożenie się zaznaczyło się niewielkiem zwiększeniem się ilości czerwonych ciałek krwi, zwykle zaś występowały dość znaczne krwotoki z jednoczesnem zwiększeniem się ilości wałeczków i nabłonka nerkowego. Największe wydzielanie się krwi następowało zwykle na 3-ci dzień po wstrzyknięciu żelatyny, trzymało się na takim poziomie przez 1—4 dni, następnie ilość krwi zmniejszała się i powracała do dawniejszych granic mniej więcej koło 7-go dnia, tylko w przypadku 11. po drugiem wstrzyknięciu po miesiącu jeszcze nie było powrotu do dawnego stanu. Po podskórnem wstrzyknięciu żelatyny tylko w jednym przypadku (15) otrzymaliśmy zmniejszenie się ilości moczu i zwiększenie się ciężaru właściwego. Objawy przedmiotowe i podmiotowe, niezależnie od stanu nerek, wahały się od bardzo nieznacznych (przypadek 14) do bardzo ciężkich (przypadek 15). Z naszych spostrzeżeń odnieśliśmy wrażenie, jak gdyby odsetkowa zawartość żelatyny we wprowadzonym pod skórę rozczynie nie miała wpływu na objawy przedmiotowe i podmiotowe.

Jak widać z przytoczonych historyi chorób, podział naszych chorych na 3 grupy jest zupełnie usprawiedliwiony z klinicznego punktu widzenia, gdyż wpływ podskórnych wstrzykiwań żelatyny w każdej grupie jest inny. Pewne podobieństwo daje się zauważyć tylko pomiędzy I. i II. grupą. Jak tu, tak i tam w niektórych przypadkach (grupa I. — przypadki 2 i 3, grupa II. — przypadki 5, 7 i 8) zwykle na 3-ci dzień po wstrzyknięciu żelatyny zjawiały się ślady białka (próba z kwasem azotowym), resp. zwiększenia się już istniejącego przedtem białkomoczu, oraz zjawienia się niewielkich ilości wałeczków szklistych, lubo zwiększenia się ilości spostrzeganych wcześniej Jednakże te objawy powikłania ze strony nerek ustępują najczęściej na 4—5. dzień, nie pozostawiając żadnych widomych śladów przebytego powikłania. Przypadek 10. włączono do grupy II., albowiem, pomimo, że spostrzegano w nim czasem wałeczki szkliste, krwawienie było najprawdopodobniej pochodzenia miedniczkowego. W tym przypadku żelatyna na krwotok dodatnio nie wpłynęła. Wogóle na chore nerki (bez krwawienia miąższowego), również jak i na zdrowe, żelatyna nie wywiera bardzo szkodliwego wpływu. Co zaś do grupy III., to tu we wszystkich przypadkach otrzymaliśmy wzmożenie się krwotoku, przyczem największa ilość krwi w moczu przypada na 3—4. dzień, powrót zaś do dawnego stanu przypada na 7—9. dzień, a w niektórych przypadkach (przypadek 11) nie możemy go doczekać się nawet po miesiącu. Fakt ten wskazuje na to, że jeżeli kłębki są o tyle zmienione, że przepuszczają czerwone ciałka krwi, to działanie żelatyny robi je drożnemi dla krwi, jak rzeszoto. Potwierdzenie naszego przypuszczenia znajdujemy w badaniach anatomo-patologicznych Gawriłowa, który po wśródżylnych wstrzykiwaniach żelatyny u zwierząt spostrzegał na preparatach drobnowidowych rozszerzenie naczyń włoskowatych, a w torebkach kłębków pomiędzy kulkami żelatyny pojedyncze czerwone ciałka krwi. Przypadki Freudweilera[11]) są podobne do naszych przypadków z grupy III. Przypadki zaś innych autorów, gdzie przy krwotocznem zapaleniu nerek otrzymywano, po podskórnych wstrzyknięciach żelatyny, ustanie wydzielania się krwi w moczu, należy uważać albo za przypadkowe (przypadek Schwabe[11]), albo za błędy rozpoznawcze, np., 2. przypadek Grunowa[18]) jednostronnego zapalenia krwotocznego nerek, następnie obydwa przypadki Bergera[10]), gdzie w pierwszym obecność krwotocznego zapalenia nerek jest bardzo wątpliwą, a w 2. przypadku było jakieś swoiste krwawienie; w przypadkach zaś Gossnera[17]), w 1. Grunowa chodziło najprawdopodobniej o zapalenie miedniczek nerkowych.

Spostrzeganych przez nas powikłań nie możemy kłaść na karb zanieczyszczenia żelatyny toksynami drobnoustrojów, jak to twierdzi Stursberg, ponieważ jedna i ta sama żelatyna jednocześnie przygotowana w jednych przypadkach wywoływała powikłanie, w drugich nic; przyczyny więc należy szukać nie w żelatynie, ale w zmianach w nerkach.

Objawów mocznicy po wstrzyknięciu żelatyny nie spostrzegaliśmy ani razu. Na ilość moczu podskórne wstrzyknięcie żelatyny wywarło wpływ tylko w jednym przypadku, mianowicie nastąpiło zmniejszenie się ilości z jednoczesnem podniesieniem się ciężaru właściwego.

Co do przypadku 16 zaś, to przytoczyliśmy go nie dlatego, by pokazać, że w przeciwstawieniu do podskórnych wstrzykiwań żelatyny, krwotoczne zapalenia nerek można leczyć wewnętrznem stosowaniem żelatyny, jeno

dlatego, że w niektórych przypadkach, jak naprzykład w danym, podskórne stosowanie żelatyny jest ryzykowne, gdy tymczasem wewnętrzne podanie żelatyny może przynieść pewną korzyść, nie wywierając przytem żadnych ubocznych szkodliwych wpływów. Tak np., Sorgo [21]), Hahn [22]) i inni wskazują, że żelatyna podana wewnętrznie nietylko nie wywiera szkodliwego wpływu na nerki, lecz w niektórych przypadkach otrzymano nawet bardzo dodatnie wyniki. Laffont [23]) nawet radzi leczyć w ten sposób białkomocz. Zupełnie więc odosobnionem jest spostrzeżenie Bauermeistra [25]) co do ujemnego wpływu wewnętrznego stosowania żelatyny. Przytoczymy przeto ten przypadek w skróceniu:

Chorej z przewlekłem miąższowem zapaleniem nerek, silnymi krwotokami macicznymi, a także nosowymi i podskórnymi, znacznymi bolami i zawrotami głowy, osłabieniem pamięci, z powodu krwotoków z macicy, podano 9 razy w ciągu dnia po 10,0 żelatyny, miejscowo zaś, tamponada szyjki gazą żelatynowo-sublimatową. Po 36 godzinach krwotok ustał, lecz na drugi dzień chora zmarła przy objawach mocznicy.

W tym przypadku śmierć nastąpiła, mojem zdaniem, najprawdopodobniej niezależnie od stosowania żelatyny, ponieważ z jednej strony u chorej jeszcze przed stosowaniem żelatyny spostrzegano już objawy mocznicy, jako to: silne bole i zawroty głowy, osłabienie pamięci, z drugiej zaś strony nie mogło pozostać bez wpływu na chore nerki wchłanianie się sublimatu z tamponu.

Na podstawie więc wszystkiego, co przytoczono powyżej, powinniśmy przyznać, że

1. Na ilość i ciężar właściwy moczu podskórne wstrzykiwania żelatyny w zwykłych leczniczych dawkach wpływu nie mają.

2. W przewlekłych miąższowych i w przewlekłych śródmiąższowych zapaleniach nerek bez miąższowych krwawień nerkowych, podskórne wstrzykiwania żelatyny w dawkach leczniczych wielkiej szkody nie czynią, zwiększając tylko w niektórych przypadkach, i to stosunkowo na krótko, zawartość białka i chorobowych składników morfotycznych w moczu.

3. W schorzeniach nerek z miąższowymi krwotokami nerkowymi, podskórne wstrzykiwania żelatyny nietylko nie zatrzymują, lub nawet nie zmniejszają wydzielania się krwi, lecz, przeciwnie, wzmagają krwotoki, dla tej więc przyczyny podskórne wstrzykiwania żelatyny w tych przypadkach są bezwarunkowo przeciwwskazane.

Piśmiennictwo. Przytaczam według Gawriłowa: O wydielenji żełatiny poczkami. Dyss. Kijów, 1903 r. — 2) Tamże. — 3) Tamże. — 4) Tamże. — 5) Tamże. — 6) Gaz. degli osped. e delle clin. 1900, Nr 13. Ref. z Ctb. für inn. Med. 1900, Nr 45. — 7) Przytocz. wedł. Stursberga: Virchow's Archiv 1902, T. 167, Z. 2. — 8) Münch. med. Wochs. 1901, Nr 24. — 9) Münch. med. Wochs. 1901, Nr 50. — 10) Przegl. lek. 1909, Nr 10—12. — 11) Ctb. für inn. Med. 1900, Nr 27. — 12) Ctb. f. d. Grenzgeb. der Med. u. Chir. 1900, Z. 3. — 13) Würzb. Abt. T. 3. Z. 5. Ref. z Ctb. f. inn. Med. 1903, Nr 30. — 14) Med. Record 1901, 28 sept., Ref. Wracz 1901, Nr 42. — 15) Casopis lék. cesk. Ref. Ctb. für inn. Med. 1908, Nr 35. — 16) Therap. Monatsh. 1900, Nr 6. — 17) Münch. med. Wochs. 1901, Nr 2. — 18) Berl. klin. Wochs. 1901, Nr 32. — 19) Virchow's Archiv 1902, T. 167, Z. 2. — 20) Arch. für exper. Pathol. und Pharmac. 1906, Z. 2—3). — 21) Ther. der Gegenw. 1900, sept. — 22) Münch. med. Wochs. 1900, Nr 42. — 23) Journ. of Amer. Med. Ass. 1902, 10 mai. Ref. Bolniczn. Gaz. 1902, Nr 50. — 24) Deutsche med. Wochs. 1899.

O gruczołach przytarczycowych

(glandulae parathyreoideae).

Napisał

Prof. Dr Adam Bochenek.

Kiedy w roku 1860 Luschka odkrył w ustroju człowieka gruczoł ogonowy (glandula coccygea), napisał Hyrtl w znanym podręczniku anatomii, że trudno było przypuszczać, aby anatomia preparująca nożem zdołała jeszcze znaleźć w ustroju ludzkim jaki nowy, nieznany dotąd narząd. Dalsze dzieje anatomii wykazują jednak, że twierdzenie Hyrtla nie było bynajmniej słuszne, gdyż po odkryciu Luschki poznano jeszcze nowe narządy. Takimi nowo odkrytymi narządami są gruczoły przytarczycowe [1]) (glandulae parathyreoideae), dalej paraganglia, należące do systemu narządów chromochłonnych, wreszcie gruczoły krwisto-limfatyczne. Pierwszymi z wymienionych tworów ma się zająć moje sprawozdanie.

Zaznaczyć musimy odrazu, że nie będziemy tu mówić o gruczołach tarczycowych dodatkowych (gl. thyreoideae accessoriae), o których pisali Verneuil, Kadyi, Zuckerkandl, Madelung i inni, ani też o gruczołach limfatycznych, napotykanych poza gruczołem tarczowym, ale o tworach, opisanych po raz pierwszy przez Sandströma, mających sobie właściwą budowę mikroskopową i jak dotychczasowe doświadczenia wykazują, ważną czynność fizyologiczną.

Literatura tego przedmiotu w piśmiennictwach zagranicznych jest już obfita, w polskiem piśmiennictwie napotykamy dotychczas jedyną pracę Leśniowskiego, dlatego też zdawało mi się potrzebnem zdać sprawę z wyników, do jakich doszli badacze, zajmujący się tą sprawą.

Gruczoły przytarczycowe u różnych autorów zagranicznych noszą różne nazwy; dla umożliwienia oryentacyi w literaturze obcej zestawiam poniżej szereg nazw, używanych w piśmiennictwie francuskiem i niemieckiem. Francuzi nazywają je: glandules thyreoides, glandules parathyreoides, glandules thymiques (jedne z nich), glandules branchiales, Niemcy — Nebenschilddrüsen, albo często Epithelkörperchen.

Sandström, który gruczoły przytarczycowe odkrył, opisał także dokładnie ich położenie anatomiczne i budowę histologiczną, tak że dalsze badania tylko uzupełniły obraz gruczołów, dany przez Sandströma. Widział on je na 50 zwłokach ludzkich, a także u psa, kota, konia, wołu i królika. Według jego opisu są to gruczołki, symetrycznie mniej więcej leżące, a znajdujące się po każdej stronie w liczbie dwóch. Anatomicznie leżą one zwykle w bliskości rozgałęzień tętnicy tarczowej dolnej (arteria thyreoidea inferior). Budową mikroskopową miały one, zdaniem Sandströma, przypominać budowę zarodkowego gruczołu tarczowego. Nazwą też, nadaną im, chciał Sandström zaznaczyć, że stosunek ich do gruczołu tarczowego uważa za taki, jaki n. p. ma przyjądrze (paradidymis) do jądra, a przyjajniki (parovarium) do jajnika.

Nie wiedząc o pracy Sandströma, opisywali po nim Baber, Wölfler i Rogowicz gruczoły przytarczycowe, uważając je za nierozwinięte cząstki gruczołu tarczowego. Ro-

1) W dyskusyi, jaka rozwinęła się przy sposobności wykładu, wygłoszonego na ten temat przez autora w Towarzystwie lekarskiem krakowskiem, okazało się, że są wątpliwości, jak gruczoły te właściwie nazwać należy. Autor nazywał je wtedy gruczołami przytarczykowymi lub przytarczowymi. Prof. Browicz proponował nazwę gruczołów przytarczycznych, ponieważ jednak nazwa ta jest dość trudna do wymówienia i brzmi niedźwięcznie, autor w niniejszym artykule posługuje się nazwą »gruczoł przytarczycowy«, użytą w piśmiennictwie polskiem przez kol. Dra Leśniowskiego, któremu, jako pierwszemu w tej sprawie piszącemu w naszym języku, prawo nadania nazwy przysługuje.

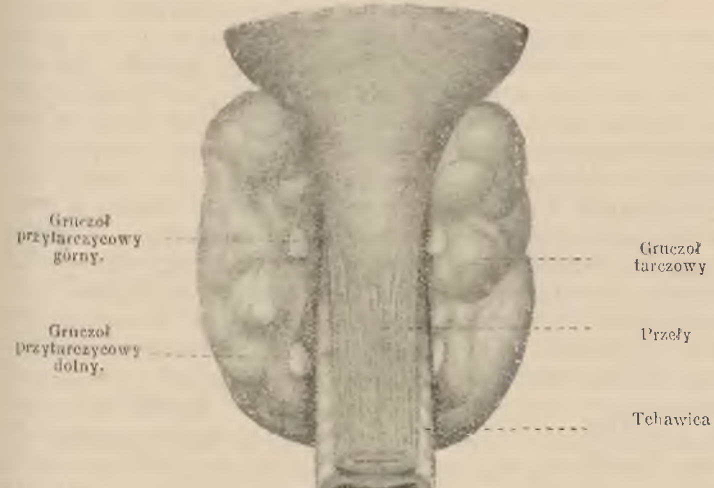
gowicz przypuszczał, że po wyczerpaniu się innych dróg wzrostu gruczołu tarczowego, elementa gruczołów przytarczycowych dostarczają nowego materyału komórkowego do wzrostu gruczołu tarczowego, przybierając definitywnie taką samą budowę i czynność fizyologiczną, jak tarczyca.

Dopiero prace Gleya, wykonane w roku 1892 nad fizyologią gruczołu tarczowego, zwróciły znowu uwagę na zapomniane odkrycie Sandströma. Od tego czasu mnożą się badania nad gruczołami, tak u zwierząt, jak i u ludzi.

Zaznaczywszy, że gruczołami tymi u zwierząt zajmowali się Cristani, (u szczura, myszy domowej i myszy polnej), Kohn (u kota i królika), Schaper (u owcy), Symington (u leniwca), Nicolas (u nietoperzy i owadożernych, t. j. jeża i kreta), Zuckerkandl (u dydelfa) i Erdheim (u szczura), przejdziemy odrazu do stosunków u człowieka, zbadanych przez Benjaminsa, Zuckerkandla, Mac-Calluma i Petersena.

a) Anatomia gruczołów przytarczycowych.

Normalnie znajdujemy z każdej strony po dwa gruczoły przytarczycowe. Od tej reguły istnieją wyjątki, dość jednak rzadkie. Widziano z jednej strony brak zupełny gruczołów, czasami widziano tylko jeden, czasami za to aż trzy. W ostatnim wypadku widział Benjamins, że dwa z nich były połączone sznurem tkanki nabłonkowej, tak że należało uważać je za dwie części, które oddzieliły się z jednej całości. Oba leżą jeden ponad drugim na tylnym brzegu bocznych płatów gruczołów tarczycowych, zwykle bliżej dolnych ich brzegów. W tem położeniu zostają one w blizkim stosunku do rozgałęzień tętnicy tarczowej dolnej (art. thyreoidea inferior) i do rozgałęzień nerwu krtaniowego dolnego (n. laryngeus inferior) (Benjamins, Erdheim).



Gruczoł tarczowy i gruczoły przytarczycowe u człowieka, widziane od tyłu.

Z dwóch gruczołów, niżej leżący znajduje się zwykle w miejscu, w którem dolna z dwu gałęzi tętnicy tarczycowej wchodzi w tkankę gruczołu tarczowego. Nierzadko jednak leży on albo trochę z boku od gruczołu tarczowego, albo też poniżej niego; w tym wypadku może się ułożyć tuż przy tchawicy, w tłuszczu otaczającym ją od przodu.

Gruczoł górny ma położenie bardziej stałe, gdyż leży prawie zawsze w wysokości górnego przyczepu mięśnia tarczowo-pierścieniowego (m. crico-thyreoideus). W gruczole tarczowym znajduje się zwykle w tej wysokości wcięcie, które otacza wyraźny guzowaty odcinek gruczołu. Tuż przy tej szczelinie, zwykle powyżej niej, leży właśnie gruczołek. Przez tę szczelinę wchodzi zwykle w obręb gruczołu tarczowego górna gałąź tętnicy tarczowej. Z nią więc pozostaje gruczołek ten w blizkim stosunku. Gruczołki oba leżą u człowieka na zewnątrz torebki gruczołu tarczowego. U zwierząt często dolny leży wśród tkanki gruczołu tarczowego, przyczem elementa komórkowe obu gruczołów mogą przechodzić bezpośrednio jedne w drugie. Kształt obu gruczołków jest spłaszczony, górny miewa najczęściej postać wydłużoną, nierzadko nerkowatą, czasami jednak może być bardziej zaokrąglony. Zwykle jednolity, może czasem przedstawiać budowę płatowatą.

Wymiary osi najdłuższej wahają się między 3 a 15 mm, grubość nie przenosi 1 mm.

Gruczołek dolny miewa kształty podobne do górnego, częściej jednak jest zaokrąglony.

Barwa obu gruczołków u ludzi dojrzałych jest brunatnawo lub żółtawo czerwona, u dzieci do 2. lub 3. roku życia ciałka nabłonkowe są jaśniejsze, mniej żółte, a bardziej szare. Barwą swą odbijają gruczołki dość wybitnie od tarczycy samej, jakoteż od gruczołków limfatycznych, leżących w tejże samej okolicy. Często jednak dopiero badanie mikroskopowe dozwala stanowczo stwierdzić, czy znaleziony gruczoł jest gruczołkiem przytarczycowym, czy nie.

Erdheim badając szczury, a to w ten sposób, że rozkładał na seryę skrawków mikroskopowych całą tchawicę wraz z otoczeniem aż po wejście jej w obręb klatki piersiowej, znalazł w szczytach płatów grasicznych małe dodatkowe gruczołki przytarczycowe, nieraz w większej liczbie (3—5). Co do istnienia podobnych gruczołków dodatkowych u człowieka, nie mamy dotąd żadnych wiadomości, ze względu jednak na rozwojowy stosunek gruczołków do grasicy, istnienie ich i u człowieka jest dosyć prawdopodobne.

(C. d. n.).

Oceny i sprawozdania.

Czerny: **Lekarz, jako wychowawca dziecka.** Z drugiego wydania przetłómaczył Dr A. Mamrot. Warszawa. E. Wende i Sp. 1910.

Wykłady jednego z najwybitniejszych współczesnych pedyatrów niemieckich, wydane pod tym tytułem, miały na celu z jednej strony pouczyć lekarzy, kiedy może ich rada w sprawach wychowania być potrzebna i jakich zasad wtedy trzymać się należy, z drugiej zaś strony uchronić ich od popełniania w praktyce błędów w postępowaniu, szkodliwych pod względem pedagogicznym. Zadanie było wdzięczne, a zamiar pożyteczny, zwłaszcza wobec tego, że nawet lekarzom-pedyatrom daje się nieraz odczuwać brak znajomości pedagogii, która to znajomość i ze stanowiska ściśle lekarskiego jest konieczna. Książka Czernyego potrzeby tej w całej rozciągłości nie może zaspokoić z powodu swych szczupłych rozmiarów, w każdym jednak razie przynosi główne przynajmniej zasady i zachętę do dalszych studyów w tym kierunku. A to już jest bardzo wiele. To też zarówno tłómaczowi, jak i wydawcy, należy się szczere uznanie za przyswojenie tej rozprawki naszemu piśmiennictwu.

Z.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Keppler. **W sprawie leczenia złośliwego czyraka twarzy.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 7—8). W sprawie leczenia złośliwego czyraka twarzy przeważa zdaje się obecnie postępowanie o ile możności doszczętne, a to z obawy przed wystąpieniem ogólnego zakażenia. Przypala się więc czyraka lub przecina głęboko cięciem krzyżowem, a są tacy, którzy nawet wycinają czyraka, jak nowotwór, w zdrowem (Riedel). Wstrzykiwania w ognisko

lub w otoczenie karbolu, jodyny i t. p. zostało obecnie już zarzucone, choć niektórzy otrzymywać mieli przy tem korzystne wyniki (Schede).

W zupełnem przeciwieństwie do tego postępowania doszczętnego stoją ci, którzy radzą przy złośliwym czyraku postępować zachowawczo. Lenhartz np. jest zdania, że zbyt energiczne leczenie wprost wywołuje nieraz zakażenie ogólne, zwłaszcza przy czyrakach warg. Podobnego zdania był Thiersch i obecnie jest Kümmel. Również w klinice uniwersyteckiej berlińskiej postępuje się przy złośliwym czyraku twarzy, ew. karku, o ile możności zachowawczo. W ostatnich czasach stosowano przy tem, i to ze skutkiem nadzwyczaj dobrym, zastoinę żylną zapomocą opaski, zakładanej na 20—22 godzin. W miarę, jak cierpienie znika, skraca się też czas leżenia opaski na szyi. Z początku zwiększa się przy tem obrzęk, jednak potem zwiększa się wydzielina i naciek zmniejsza się. Ból znika zwykle pod opaską, a gdy nie zniknie, lecz nasila się, należy opaskę zwolnić, bo jest na pewno założona za mocno. Twarz, zwłaszcza koło miejsca chorego, wygląda przy tem strasznie, jest sina, obrzękła, ale nie należy się tem zrażać. W ten sposób leczono w klinice berlińskiej wszystkie przypadki czyraka złośliwego. Od zabiegów doszczętnych odstąpiono zupełnie, jedynie w razie utworzenia się wybitnego ropnia, nakłuwano go, a zresztą na dane miejsce przykładano opatrunek z maści. Leczono przypadki ciężkie z wysoką gorączką i dreszczami; we wszystkich osiągnięto zupełne wyleczenie.

Wobec tych dobrych wyników uważa K. przy złośliwym czyraku twarzy leczenie zachowawcze, a zwłaszcza zastoinę, za najracyonalniejszy sposób leczenia w przeciwieństwie do zabiegów doszczętnych, które nieraz wprost szkodzą. K.

Prof. Schnitzler. **Kilka uwag w sprawie patologii i terapii czyraka.** (Öster. Ärzte-Ztg. 1910, Nr 1). Czyrak powstaje przeważnie wskutek urazu. Uraz ten może być bardzo mały; wystarcza już otarcie skóry kołnierzem, brzegiem mankieta i t. p., a zarazki znajdują się przecież wszędzie. Gdy się wytworzy już jeden czyrak, wtedy ustrój staje się niejako przeczulony (anaphylaktisch) i skłonny do licznych czyraków, zwłaszcza, jeżeli nie zachowuje się czystości i odpowiednich ostrożności. Czyrak zwykły pociągać może za sobą skutki nawet poważne. Tak n. p. spostrzegano już jako powikłanie czyraka ropnie kołonerkowe. Czyrak, już gojący się, pod wpływem urazu może na nowo się powiększyć lub też utworzyć na nowo ognisko i to nawet w głębi, na co przytacza S. przykłady. Co do leczenia czyraków, to w razie silnych objawów wykonuje S. wycięcie szczytu guza, natomiast cięcie krzyżowe odrzuca, albowiem cięcie to rychło się zasklepia. Naturalnie chodzi tu o przypadki bardzo ciężkich czyraków, np. na twarzy u osób cierpiących na cukrzycę i w podeszłym wieku. Natomiast nie uznaje S. zupełnie leczenia zastoiną i ssawkami, albowiem przy sprawach zamkniętych jest ono niebezpieczne, a przy otwartych niepotrzebne. K.

Hess. **Prątek durowy jako sprawca ropienia.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 5). W przypadku duru brzusznego spostrzegał H. zapalenie ropne okostnej zębowej, a w ropie wykazano czystą hodowlę prątka durowego. Znaną jest rzeczą, że w przebiegu duru brzusznego występują często ropnie; chorzy na dur bardzo skłonni są do ropienia i rozmaite drobnoustroje ropne łatwo wtedy w ustroju się usadawiają. Natomiast mniej rozpowszechniona jest wiadomość o tem, że i prątki durowe same wywołać mogą typowe ropienie. Wykazali to Gasser, Łukasiewicz, Colzi, Dmochowski i Janowski. Niektórzy twierdzą, że w ropniach durowych dlatego znajduje się tylko prątki durowe, bo drobnoustroje ropne rychło wobec nich giną. Przeciwko temu przemawiają liczne doświadczenia Barciego, Michona i innych. Zwykle ropienia durowe występują u ludzi młodych w okresie zdrowienia po chorobie, a czasem w kilka miesięcy, a nawet i lat po przebyciu duru. — Prątek durowy zachowuje się tu nieraz podobnie, jak gruźliczy, drzemiący nieraz latami, a potem nagle rozwijający swe działanie. Dmochowski i Janowski dowodzą, że prątki durowe usadawiają się chętnie w miejscach zmienionych patologicznie, n. p. w zwyrodniałych mięśniach brzusznych, gdzie łatwo występują pęknięcia pęczków, krwotoki śródmięśniowe, a następowo ropnie. Nie rzadko ropnie durowe spotyka się także w mięśniach przywodzących udo i w mięśniach ramienia. Znaną jest rzeczą, że po durze występują często ropnie w gruczole tarczowym, w ropie spotyka się czyste hodowle prątków. Cierpienie to jest tak częste, że na 73 przypadków zapalenia wola Walther w 40 wykazał jako przyczynę dur. Nierzadko też ropnie durowe występują w zmienionych chorobowo jajnikach. Skłonne do ropień durowych są też wszystkie miejsca tkanki podskórnej, narażone na uderzenia, ucisk, dalej zakrzepy w żylakach i t. p. Nierzadko występują ropnie durowe w miejscach, gdzie wstrzykiwano kamforę, morfinę, lub podskórnie wlewano sól kuchenną

Sennert przytaczy następujący przypadek: 6-letni chłopak wskutek upadku odniósł stłuczenie okolicy wątroby z wytworzeniem się krwiaka. W 5 tygodni potem zapadł na dur, a w 4. tygodniu w wątrobie w miejscu krwiaka wytworzył się ropień, który nacięto. W ropie hodowla prątków durowych. Znane są też przypadki ropni płuc na tle zakażenia zawału płucnego prątkami duru, oraz ropienia podurowe nerek. Z układu kostnego najczęściej ropieniu durowemu ulegają: kość goleniowa i żebra. Doświadczalnie wykazano także, że u zwierząt w razie wstrzyknięcia prątków durowych do krwi tworzą się ropnie w złamanych kościach. Fakta podobne spostrzegano także u ozdrowieńców po durze, n. p. po urazach. K.

Schichhold. **Leczenie t. zw. schorzeń gośćcowych od strony migdałków.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 6). S. hołduje teoryi Güricha, który twierdzi, że migdałki tworzą wrota zakażenia wszelkich spraw gośćcowych. Istnieje już wiele dowodów na to, że łączność schorzeń migdałków z gośćcem jest ścisła. Tak np. ludzie, cierpiący na gościec, zapadają bardzo często na migdałki, a nawet, jak to wykazuje S., bardzo często chorzy nie wiedzą o tem, i dopiero badanie lekarskie wykazuje nieraz nawet rozległe zmiany w migdałkach. Dlatego też u każdego chorego na gościec powinno się badać i leczyć migdałki. Badanie powinno być dokładne, zapomocą haczyka odchylającego łuki. Łączności zmian migdałków z cierpieniami stawów dowodzi też fakt wybitnej poprawy w stawach po wycięciu zmienionych migdałków. Doświadczenie autora obejmuje 70 przypadków. S. poleca dokładne wyłuszczenie migdałków. Krwotoku większego obawiać się nie należy, a sposób ten wiedzie do celu rychło i pewniej, niż rozcinanie i wyczyszczanie poszczególnych zaułków migdałka. Po wycięciu migdałków występuje z początku poprawa, a potem pogorszenie stanu stawów jako wyraz odczynu, poczem dopiero następuje poprawa, względnie wyleczenie stałe. Leczenie to wpływa również korzystnie na świeże sprawy sercowe.

Curschmann zwrócił uwagę, że schorzenie migdałków pociąga często za sobą schorzenia nerek. S., potwierdzając to, donosi, że uzyskał wybitną poprawę, a nawet wyleczenie sprawy nerkowej przez leczenie migdałków. Stosowane zwykle odcinanie migdałków zapomocą tonsylotomu nie wiedzie do celu, usuwa bowiem część migdałka wystającą i zwykle właśnie najmniej zmienioną; S. zaleca jedynie zabieg doszczętny. K.

Okulistyka.

Aurand. **Sporotrichosis oculi.** (Rev. gén. d'ophth. 1909, Nr 6). Autor wykonał szereg doświadczeń i przekonał się, że zaszczepienie grzybka »sporotrix Beurmann« udaje się tylko wyjątkowo, ale nie wywołuje zmian charaktery-

stycznych. U królika powstają w 15 dni po wstrzyknięciu podspojówkowem hodowli nacieki żółtawe, bez silniejszego odczynu zapalnego i bez zajęcia sąsiednich gruczołów. Sporotrichosis corneae występuje u królika w dwóch postaciach: albo tworzy naloty, przypominające grzybicę kropidlakową (aspergillosis) powierzchowną, albo głębokie nacieki, podobne do gruźlicy rogówki. Wstrzyknięcie hodowli do przedniej komory wywołuje średnio po upływie pięciu dni ograniczony naciek na rogówce, przypominający z wejrzenia gruzełek. Guzek ten niema skłonności do rozmiękania, sprawa zazwyczaj się nie szerzy, lecz ulega wessaniu. Wstrzyknięta do ciała szklistego hodowla wywołuje powstanie śnieżnobiałych okrągłych, lub owalnych ognisk, bez obwódki barwikowej, rozsianych po siatkówce i naczyniówce. Sprawa może jednak przybrać postać rozległych, białych nalotów, przypominających grzybicę kropidlakową doświadczalną naczyniówki. Ogniska sporotrychozy w siatkówce i naczyniówce goją się w kilku tygodniach z pozostawieniem małych plamek rozsianych, mimo to jednak często następuje zapalenie nerwu wzrokowego ze znacznym obrzękiem tarczy. K. W. Majewski.

Doc. Salzer. **W sprawie plastyki rogówki.** (Münch. med. Wochs. 1909, Nr 28). Tkanki przeszczepiać możemy w trojaki sposób: 1) z jednego miejsca u tego samego osobnika na drugie (autoplastyka), 2) z jednego osobnika na drugi pokrewny (homoplastyka), 3) z osobnika jednego na inny całkiem różny (heteroplastyka). Praktyczne jedynie dwa pierwsze sposoby wchodzą w rachubę. Co do rogówki, to rzecz ma się tu o tyle odmiennie, że przeszczepiona tkanka nie przygaja się zwykle w stanie niezmienionym, gdyż część ulega zanikowi i zostaje zastąpiona przez zwykłą tkankę ziarninową. Tak n. p. przy zastępowaniu rogówki ludzkiej zwierzęcą może wprawdzie nastąpić dobre przygojenie, ale wkrótce przerasta przeszczepiona rogówka tkanką, pochodzącą z otoczenia. Zwłaszcza łatwo wydarza się to przy plastycznem leczeniu garbiaka (staphyloma), już z natury obfitującego w tkankę łączną i naczynia w otoczeniu. Natomiast przeszczepiona rogówka może przygoić się idealnie, jeżeli przeszczepiamy w rogówkę zresztą zdrową, n. p. przy sparzeniach wapnem, choćby nawet przeszczepiać trzeba było bardzo duży kawałek. S. używał u królików do przeszczepiania błonki jaja i rogówki konia, ustalonej w formolu. Odczyn był przytem bardzo mały, a przeszczepione kawałeczki przyjmowały się i pozostały przeźroczyste nawet po miesiącach. O ile więc reszta rogówki jest zdrową, przeszczepianie jest rzeczą zupełnie możliwą; kawałki wszczepione są jakby chwilowem rusztowaniem, po którem, jak wykazują badania drobnowidowe, zagaja się potem rogówka sama. A.

Hanford Mc Ree. **Wiewiórowe zapalenie spojówki na tle przerzutu. Obecność dwoinek wiewiórowych w wydzielinie.** (Ophthalmology 1909, V. V., Nr 4). Powikłanie to występuje zazwyczaj w przebiegu wiewióra uogólnionego, a więc w przypadkach wiewiórowego zapalenia wsierdzia, przerzutowego zapalenia tęczówki i t. d. Znamiennem jest, że obfita nieraz ropna wydzielina z cewki moczowej częstokroć nagle ustaje i znika z chwilą wystąpienia objawów zapalnych ze strony spojówki, podobnie, jak się to z reguły prawie dzieje w przebiegu ostrego trypra z chwilą wystąpienia zapalenia najądrza. Co do etyologii wiewiórowego przerzutu do spojówki istnieją trzy zapatrywania: według Axenfelda przerzutowe zapalenie spojówki jest wynikiem działania nie samych dwoinek wiewiórowych, lecz ich jadów (gonotoksyn). Wedle drugiej teoryi zapalenie to jest następstwem zakażenia mieszanego. Dwoinki wiewiórowe torują drogę do spojówki zwyczajnym bakteryom ropnym (paciorkowcom i gronkowcom). Najnowsze jednak badania (Lipski, Morax, van Moll, Burchardt, Kurka, Knapp) wykazały w przypadkach takich obecność samychże dwoinek wiewiórowych, co wskazuje na ich wyłączną rolę etyologiczną. Autor przytacza spostrzeżenie własne, odnoszące się do 19-letniego mężczyzny, leczącego się już od kilku miesięcy z powodu wiewióra, u którego nagle wystąpiło zapalenie stawu między śródstopiem, a pierwszym członkiem dużego palca lewej nogi. Równocześnie pojawiły się objawy zapalne ze strony spojówek obu oczu i obfita wydzielina ropna. Z chwilą wystąpienia tych objawów wydzielina z cewki moczowej znikła zupełnie. Badanie bakteryologiczne wydzieliny spojówkowej dało czyste hodowle dwoinek Neisserowskich, tak że przypadek ten stanowi dalszy dowód, iż nie same tylko gonotoksyny, ani bakterye ropne, lecz wniknięcie samych dwoinek wiewiórowych wywołuje przerzutowe zapalenie spojówki. R. W. Majewski.

Ostroninow. **O leczeniu jaglicy zastoiną sposobem Biera.** (Wraczebn. Gaz. 1909, Nr 41). Cristiakow. **O leczeniu jaglicy kwasem jodowym.** (Prakt. Wracz 1909, Nr 30). Obie prace pochodzą z kliniki oftalmologicznej uniwersytetu w Tomsku. O. stosował sposób Biera w 5 przypadkach. Zastoinę wywoływał zapomocą szczypczyków Gorbunowa, które są odmianą szczypczyków Snellena. Szczypczyki zakładano codziennie na 15—20 minut w ciągu 8—19 dni. Leczenie nie dało wyników dodatnich; zaledwo w 1 przypadku zauważono jakby niewielkie polepszenie. W końcu musiał O. powrócić do dawnego sposobu leczenia: wyłuszczania ziaren i stosowania siarczanu miedzi.

C. stosował kwas jodowy (15 ac. jodici: 1 gummi arabici) w 21 przypadkach. W tej liczbie 15 leczono systematycznie od 2 tygodni do 4 miesięcy. W 6 przypadkach przeprowadzono leczenie porównawcze, t. j. na jednem oku stosowano kwas jodowy, na drugiem zaś wyłuszczenie ziaren, azotan srebrowy i siarczan miedzi. Wyniki leczenia kwasem jodowym nie były zachęcające. W 2 tylko przypadkach (u 10 i 13-letniego dziecka) zauważono polepszenie, jednakowoż polepszenie to nie było trwałe, nastąpił nawrót i sprawa zakończyła się zbliznowaceniem. W przypadkach, w których przeprowadzono badania porównawcze, dawny sposób dawał daleko lepsze wyniki. Wobec tego jednak, że kwas jodowy u dwojga dzieci wywarł wpływ w pewnym stopniu dodatni, mniema Cz., że należałoby jeszcze próbować kwasu jodowego w lekkich postaciach choroby. L. Mańkowski.

Suker, Grosvenor. **Przerzutowy rak naczyniówki.** Studyum krytyczne z przytoczeniem ogłoszonych dotąd przypadków. (Ophthalmology 1909, V, Nr 4). Na podstawie wyczerpującej kazuistyki wysnuwają autorowie następujące wnioski. Przerzutowy rak nie występuje nigdy przed wiekiem pokwitania, zazwyczaj pomiędzy 30. a 60. rokiem życia. Bez wyjątku istnieje w ustroju dawniejsze pierwotne ognisko nowotworowe. Przerzuty rakowe pojawiają się często w naczyniówkach obu oczu. Utrata wzroku następuje zazwyczaj w bardzo krótkim czasie. Zazwyczaj zator nowotworowy tkwi w tętnicach rzęskowych. Uderzającym jest jednaki zawsze typ wzrostu przerzutów nowotworowych. Po pojawieniu się przerzutów w oczach chorzy wkrótce umierają. Rak przerzutowy rozrasta się w oku szybko w kierunkach najmniejszego oporu. Rzadko dochodzi do przebicia ścian gałki. Nagałkowa siedziba przerzutów zdarza się rzadko. Tarcza nerwu wzrokowego prawie nigdy nie jest punktem wyjścia przerzutu. Z reguły przychodzi do rozległego oderwania siatkówki. W znacznym odsetku przypadków występuje znaczne obniżenie napięcia gałki ocznej. Przerzuty raka w naczyniówce odznaczają się szczególną mieszaniną znamion histologicznych, w jednym bowiem guzie od miejsca do miejsca spotyka się budowę to raka włóknistego, to rdzeniastego, to znów gruczolakoraka (adenocarcinoma). Nacieki nowotworowe wrastają często w naczynia krwionośne. Przerzutowe rozsiewanie się ognisk nowotworowych po samej gałce ocznej (przerzuty trzeciorzędne) spostrzega się tylko wyjątkowo. Nowotwór obrasta zazwyczaj w koło tarczę nerwu wzrokowego. Licznie występują ogniska martwicze i krwotoczne. Prawie wszystkie wyżej wskazane zna-

miona raka są przeciwieństwem znamion, cechujących mięsaki naczyniówki. K. W. Majewski.

Medycyna sądowa i ubezpieczenia.

Lévai. **O związku przyczynowym pomiędzy wypadkiem przy pracy a powstaniem przepukliny.** (Öster. Arzt. Zeitg. 1910 Nr 2). Przepukliny u robotników są bardzo częste; Berger na podstawie wielkiego materyału paryskiego ocenia częstość ich na 4.4°/₀₀. Nie dziw też, że wobec tego wielu korzysta z rzekomego wypadku, by przypisywać mu dawno już istniejącą przepuklinę, która bądź co bądź zawsze upośledza zdolność zarobkowania. Nie wynika jednak z tego, by zaprzeczać możliwości przepukliny po urazie. Sultan np. twierdzi, że worek przepuklinowy wytwarza się wprawdzie zwolna przez częste, a mniejsze zadziałania (np. parcie, kaszel, i t. p.), gdy jednak worek się utworzy, wtedy już łatwo jakiś silniejszy uraz może wepchnąć jelito do gotowego już worka przepuklinowego. Koch z Dorpatu jest innego zdania. Twierdzi on, że wszelkie przepukliny, biegnące kanałami (np. pachwinowa, udowa, zasłonowa i t. p.) muszą być zawsze wrodzone, t. zn. wrodzone są właśnie te kanały. Lekarza, orzekającego o związku przyczynowym urazu z przepukliną, teorye te wiele nie obchodzą, bo choćby nawet skłonność do przepukliny lub sama przepuklina były wrodzone, to i tak w przypadku, w którym u człowieka przedtem zdrowego, po znacznym urazie, wśród obrzęku i podbiegnięć krwawych, zjawia się np. przepuklina pachwinowa prosta, musi lekarz uznać, że związek jest widoczny, a uraz uznać należy za bezpośrednią przyczynę nagłego zjawienia się przepukliny. Takie przypadki bezwątpienia istnieją; L. przytacza typowe przykłady ze swej praktyki. Przy ocenianiu związku przyczynowego trzeba koniecznie brać w rachubę następujące okoliczności: 1. Czy uraz wogóle był tego rodzaju, że mógł wywołać powstanie przepukliny? 2. Czy dana przepuklina rzeczywiście jest świeżo powstałą? Na pytanie pierwsze dają nam odpowiedź wywiady, na drugie — skrupulatne badanie i wykazanie obrzęku, bolesności, wynaczynień i t. p. w okolicy przepukliny. Przepuklina pachwinowa urazowa jest prawie zawsze prostą (dorekt), a nie skośną, t. j. nie biegnie przez cały kanał pachwinowy. Są też pewne dane, które znów wyłączają urazowe powstanie przepukliny np. przepuklina duża, wolna, schodząca aż do jądra, napewno nie jest urazową. Również przepuklina obustronna przemawia przeciwko urazowemu powstaniu (jeżeli chory twierdzi, że naraz po obu stronach się zjawiła). Często udaje się wykryć ze śladów na ciele, że uszkodzony nosił już pasek (zanik tkanki tłuszczowej od ucisku peloty, plamy barwikowe naokoło pasa i t. p.). Ważny jest też czas, jaki upłynął między urazem, a powstaniem przepukliny. Zaprzeczyć się nie da, że niezawsze przepuklina powstaje odrazu przy zadziałaniu urazu. Potrzeba na to bardzo gwałtownych zniszczeń tkanek. Zwykle przepuklina zjawia się w pewien czas, który jednak nie powinien być znowu za długi np. liczyć się na miesiące, jeżeli mamy uznać związek urazu z przepukliną. Przepuklinami, obecnie wchodzącemi często tu w rachubę, są przepukliny nabrzuszne w linii środkowej; chociaż, podług Coopera, w miejscu tem w linii białej wykazać się dają zawsze wrodzone słabsze miejsca, a nawet otwory, to jednak nieraz nie możemy wyłączać związku przyczynowego (bolesność, wynaczynienia i t. p.).

Co do oceny niezdolności do pracy, to przedstawia się ona następująco: 1. Jednostronna przepuklina pachwinowa zmniejsza zdolność zarobkowania o 5%. 2. Obustronna pachwinowa o 10%. 3. Te same przepukliny u ludzi dźwigających ciężary zwiększają niezdolność do pracy podwójnie. 4. Jeżeli pasek zatrzymuje dobrze przepuklinę, to niezdolność do pracy jest naturalnie mniejsza, jednakże nie poniżej stopnia pod 1. 5. Natomiast, gdy pasek przepukliny już nie trzyma, to niezdolność przy jednostronnej przepuklinie wynosi 30—50%, przy obustronnej 50—75%. Klęsk.

Müller. **Stłuczenie i skręcenie kręgosłupa i ich skutki, na podstawie 56 własnych spostrzeżeń.** (Arch. f. klin. Chir. 1909, 91. II.). W pracy swej zajmuje się M. przypadkami urazu kręgosłupa, w których wyłączyć można wszelkie poważniejsze uszkodzenia, jak złamania, pęknięcia więzadeł, wstrząs rdzenia i t. p., a mimo to uszkodzeni miesiącami są niezdolni do pracy. Przypadków takich spostrzegał M. 56. Przebiegają one typowo: człowiek dotąd zupełnie zdrowy, doznaje urazu, stosunkowo nawet niebardzo ciężkiego, w okolicę kręgosłupa (n. p. spada ze schodów, zostaje przytłuczony jakimś ciężarem i t. p.). Na razie pracuje dalej i dopiero zwykle na drugi dzień zwraca się do lekarza. Uszkodzeni skarżą się na ból kręgosłupa przy dotykaniu i opukiwaniu. Bolesne są także ruchy w kręgosłupie. Przedmiotowo nic stwierdzić nie można; mimo pilnego śledzenia, nie udaje się wykazać symulacyi. M. cierpienie to nazywa wertebralgią i uważa je za cierpienie psychiczne, wytwór ustawodawstwa ubezpieczeniowego i sądzi, że zapobieżonoby nieraz temu cierpieniu, gdyby się chorych zaraz po urazie odsyłało do odpowiednich zakładów, a nie leczyło w kasach chorych. K.

Bacchi. **Nowa metoda stwierdzania plemników w plamach nasiennych.** (Deut. med. Wochenschr. 1909, Nr 25). Podaną przez autora metodę wykonuje się w następujący sposób: 1. Barwienie plemników na podejrzanej tkaninie zapomocą nasyconego wodnego rozczynu kwaśnej fuchsyny przez 15—30 sekund. 2. Odbarwianie w mieszaninie 100 cm³ 70% alkoholu + 1 cm³ kwasu solnego przez 10—30 sekund, aż preparat przybierze błękitno-różowy ton. 3. Przepłukanie w alkoholu absolutnym (15—20 sekund). 4. Przeniesienie preparatu na szkiełko przedmiotowe, rozdzielenie igiełkami włókien tkaniny; po dodaniu kropli balsamu kanadyjskiego przykryć szkiełkiem nakrywkowem i badać pod mikroskopem. Badając pod słabem powiększeniem (90—100 razy) zauważa się, że włókna tkaniny po największej części są zupełnie bezbarwne i przeźroczyste, a na ich tle występują bardzo wyraźnie główki plemników, jako małe, ciemno-czerwone punkciki. Przy silniejszem powiększeniu (250—600 razy) uwidoczniają się już całe plemniki z nieco słabiej zabarwionymi ogonkami (witkami). Metodę swoją wypróbował Bacchi na świeżych i starych plamach nasiennych na tkaninach wełnianych, bawełnianych, płóciennych. We wszystkich przypadkach miał otrzymać dobre wyniki; najwyraźniej występowały plemniki w plamach, znajdujących się na tkaninach wełnianych i płóciennych. J. Olbrycht.

Corin i Stockis. **Nowa metoda stwierdzenia plam nasiennych na bieliźnie.** (Arch. d. anthrop. crim. 1909, Nr 180). Wszystkie metody badania podejrzanych plam polegają na stwierdzeniu plemników. Mikrochemiczne odczyny Florenca i Barberio nie okazały się pewnymi, ponieważ dają wynik dodatni także w obecności wielu innych ciał organicznych. To też metody te bywają tylko do tego jeszcze używane, aby na prześcieradle większych rozmiarów szybko znaleść miejsca, w których ma się zamiar wykonać dokładniejsze badania. Rozmaite dotychczasowe metody barwienia mają tę ujemną stronę, że barwią równocześnie składniki tkaniny i wskutek tego znalezienie plemników jest bardzo utrudnione. Aby tego uniknąć, zastosowali autorowie amoniakalny rozczyn erytrozyny, a mianowicie erytrozyny 1,00 na 200,00 amoniaku. Rozczyn ma wiśniowo-czerwone zabarwienie i daje się bardzo długo przechowywać. Przy użyciu tego rozczynu części tkanin pozostają niezabarwione, natomiast składniki organiczne barwią się czerwono tak, że w razie obecności plemników bardzo łatwo je rozpoznać. J. Olbrycht.

Schumacher. **Ciekawy przypadek rany kłutej.** (Korrespblatt f. Schweizer Ärzte 1909, czerwiec). Podczas bójki otrzymał pewien Włoch pchnięcie nożem w twarz. Nóż zranił łuk brwiowy lewy i górną powiekę, oddzielił dolny załamek spojówki, następnie przedostał się przez jamę oczodołową do otworu nosowego środkowego i utkwił w podniebieniu twardem, tu się odłamując. Gałka oczna

i narząd łzowy nienaruszony. Ponieważ próby wydobycia nie udawały się, otwarto lewą kostną połowę nosa i w ten sposób usunięto ostrze. J. Olbrycht.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Akademia Umiejętności w Krakowie.

Wydział matematyczno-przyrodniczy.

Posiedzenie d. 5. kwietnia 1910.

1. Czł. H. Hoyer przedstawia pracę p. Wład. Polińskiego p. t.: **Badania nad rozwojem podskórnych naczyń limfatycznych ssaków, a w szczególności bydła rogatego.**

2. Czł. H. Hoyer przedstawia pracę p. Jana Stacha p. t.: **Ontogenia zębów siecznych królika; przyczynek do kwestyi pochodzenia gryzoni.**

3. Czł. Marchlewski przedstawia pracę p. Ant. Korczyńskiego p. t.: **O przyłączaniu chlorowodoru w temperaturze nizkiej przez aniliny substytuowane.**

4. Czł. Bądzyński przedstawia pracę p. F. Rogozińskiego p. t.: **Przyczynki do znajomości wymiany fosforu w ustroju zwierzęcym.**

Autor poddał zbadaniu wpływ, który wywierają na wymianę azotu i kwasu fosforowego u psa, dodane do stałej karmy fityna, lecytyna i fosforan sodowy. Z doświadczeń wynika, że na wymianę azotu oraz zużytkowanie azotu, zawartego w karmie, żadna z tych substancyi wyraźnego wpływu nie wywiera. Podobnież nie wywierają one znaczniejszego wpływu na przyrost azotu i kwasu fosforowego w ustroju. Kwas fosforowy, wprowadzony w postaci lecytyny lub fosforanu, pies wydala w moczu, natomiast kwas fosforowy, wprowadzony w postaci fityny, wydala w małej tylko części w moczu, przeważnie zaś w kale. W doświadczeniu na człowieku stwierdzono, że fityna nie wywiera wyraźnego wpływu na wymianę azotu i kwasu fosforowego. Kwas fosforowy, wprowadzony w postaci fityny, odnajduje się w przeważnej części w kale. Zbadanie rozmieszczenia kwasu fosforowego w kale psim i ludzkim wykazało, że kał ludzki zawiera znaczną ilość lecytyny, psi zaś nie zawiera jej prawie wcale. Fityna, wprowadzona z pożywieniem, odnajduje się w kale psim w znacznej ilości niezmieniona; natomiast w ustroju ludzkim fityna ulega całkowitemu rozkładowi i do kału nie przechodzi wcale. Inozytu, jako produktu rozkładu wprowadzonej z pożywieniem fityny, nie można wykazać w moczu ludzkim.

5. Czł. J. Talko-Hryncewicz przedstawia rozprawę p. Walerego Łozińskiego p. t.: **Przyczynki do antropogeografii krainy jarowej Podola.**

6. Czł. T. Browicz zdaje sprawę z przedstawionej na posiedzeniu z d. 21. lutego b. r. pracy pp. Adama Wrzoska i Adolfa Macieszy p. t.: **Badania doświadczalne nad dziedziczeniem się tak zwanej padaczki świnek morskich, wywołanej przez uszkodzenie nerwu kulszowego.** (Część pierwsza badań doświadczalnych nad dziedziczeniem się cech nabytych).

Praca poświęcona jest zbadaniu zagadnienia: czy u potomstwa świnek morskich, u których padaczka została wywołana przez uszkodzenie nerwu kulszowego, można wywołać napady padaczkowe zupełne lub niezupełne. Autorowie uszkadzali nerw kulszowy z jednej lub obydwu stron u 108 świnek morskich; nerw albo przecinano, albo wycinano zeń kawałek długości 0·5 cm do 1 cm, albo wreszcie podwiązywano go silnie nitką jedwabną. U zwierząt, których nerw kulszowy uszkodzono, można było wywołać w pewien czas po operacyi t. zw. przez Brown-Séquarda napady padaczkowe niezupełne, a potem i zupełne, jeżeli tylko zwierzęta żyły dostateczny czas po operacyi. Z potomstwa świnek morskich, u których padaczka wystąpiła wskutek uszkodzenia n. kulszowego, autorowie systematycznie badali 81. Z tych 81 u 31 można było w pierwszych tygodniach życia wywołać napady niezupełne, a u 50 nie można było wywołać żadnych napadów. U żadnej natomiast nie można było wywołać napadów zupełnych. Badając systematycznie 17 świnek morskich, pochodzących od rodziców zdrowych, żadnej operacyi nie poddawanych, mogli autorowie również wywołać u 8 napady niezupełne w pierwszych tygodniach życia. Na możność wywołania napadów niezupełnych u młodych świnek morskich, pochodzących od rodziców zdrowych, dotychczas żaden z badaczów uwagi nie zwrócił.

Ogólne wyniki badań swoich streszczają autorowie w sposób następujący: 1) Dziedziczenia się padaczki świnek morskich, wywołanej przez uszkodzenie n. kulszowego, autorowie nie stwierdzili. 2) U potomstwa świnek morskich, u których napady zupełne zostały wywołane przez uszkodzenie n. kulszowego, autorowie zauważyli pewne usposobienie do padaczki, albowiem u rzeczonego potomstwa można było wywołać przez uszkodzenie n. kulszowego napady zupełne padaczkowe wcześniej, aniżeli u potomstwa świnek morskich zdrowych i nie operowanych. 3) Występowania, po podrażnieniu mechanicznem skóry pyska i szyi, napadów niezupełnych u świnek morskich, pochodzących od rodziców padaczkowych, autorowie nie uważają, wbrew Brown-Séquardowi i Westphalowi, za dowód dziedziczenia cechy nabytej, gdyż drażniąc skórę pyska i szyi świnek morskich zdrowych i od zdrowych rodziców pochodzących, autorowie wywoływali także w pewnej liczbie przypadków napady niezupełne.

(Przedmiot 3 innych rozpraw, przedstawionych na tem posiedzeniu, przekracza ramy »Przeglądu lekarskiego«).

7. Sekretarz zawiadomił, że w dniu 28. II. b. r. odbyło się posiedzenie Komisyi historyi nauk matem.-przyrodniczych (wraz z lekarskiemi). Na posiedzeniu tem Komisya ukonstytuowała się, wybierając Prof. J. Rostafińskiego przewodniczącym, Prof. L. Birkenmajera sekretarzem. Po dłuższej dyskusyi nad programem czynności Komisyi, uchwalono założyć wydawnictwo aperyodyczne, poświęcone jej pracom. — Wydawnictwo to ma być poświęcone: a) ogłaszaniu tekstów dawnych zabytków literatury matem.-przyrodniczej w Polsce, rozpoczynając od cenniejszych; b) zbieraniu zewsząd drobnych, lecz możliwie licznych wiadomości, tyczących się historyi wymienionych nauk w Polsce. Prace konstrukcyjne, lub monografie poświęcone bądź pojedynczym epokom, bądź szczególnie interesującym osobistościom, będą pomieszczane przy spółdziałaniu Komisyi i nadal w wydawnictwach Wydziału matematyczno-przyrodniczego Akademii. Prace i wydawnictwa Komisyi obejmować będą również zabytki literatur obcych, zwłaszcza w razie większej owych pomników wartości. — Czł. Birkenmajer wymienił i opisał pokrótce kilkanaście zabytków naukowych dawnej literatury matem.-przyrodniczej w Polsce, które, jego zdaniem, należałoby najpierw wydać. Decyzyę w tej mierze na razie odroczono.

Omawiano również układ, tytuł i inne szczegóły proponowanego wydawnictwa, roztrząsano wreszcie propozycye co do nowych spółpracowników, których Komisya zamierza przedstawić do zatwierdzenia Wydziałowi matem.-przyrodniczemu Akademii Um. Ostateczne decyzye w tych wszystkich sprawach odłożono do następnego posiedzenia Komisyi.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dn. 16. marca 1910.

Przewodniczy Dr Damski. — Obecnych członków 38.

1) Kol. Steuermark przedstawia chorego z rozległą blizną po **wrzodzie żrącym** (ulcus rodens, terebrans), który przez **naświetlania promieniami Röntgena** uległ prawie całkowitemu zabliźnieniu. Chory, liczący lat 82, miał na twarzy przez 20 lat przeszło owrzodzenie, które zniszczyło cały nos aż do kości i prawe oko, a posuwając się ku

stronie lewej, zagrażać zaczęło oku lewemu. Przed 10 miesiącami rozpoczął S. naświetlania, stosując je w ten sposób, że w odstępach co 3—4 tygodni chory otrzymywał pełną dawkę według radiometru Sabouraud-Noiré. Już po pierwszej dawce zmieniło się wejrzenie wrzodu bardzo wyraźnie; dno wrzodu, które było nierówne, poszarpane, pokryte mocno cuchnącą, posokowatą wydzieliną, szybko zaczęło się oczyszczać i wyrównywać, wał tkanki nowotworowej dookoła wrzodu zaczął się spłaszczać, a po dalszych naświetlaniach, których było dotychczas 18, cały nos pokrył się zdrową skórą, owrzodzenia w kątach obu oczów znacznie się zmniejszyły, tak, że jest obecnie nadzieja, iż ten rozległy wrzód będzie w krótkim czasie w całości zabliźniony. S. dodaje, że przypadek ten określony został przez chirurga, jako nie nadający się do operacyi, a zarazem zwraca uwagę na charakter blizny, która pod względem kosmetycznym jest wprost idealna. (Streszczenie własne).

2) Prym. Borzęcki przedstawia chorego 24-letniego, u którego przed dwoma laty z powodu zmian chorobowych na skórze przedramienia i uda prawego wykonano zabieg operacyjny, prawdopodobnie z powodu rozpoznania sprawy jako **tocznia** (lupus). Przed 2 tygodniami chory zgłosił się do oddziału kol. Borzęckiego z powodu nawrotu cierpienia na obwodzie blizn dawniejszych po operacyi. Obraz kliniczny budził przypuszczenie **zmiany kiłowej** (syph. tuberosa exulcerans). Odczyn Wassermanna dodatni uzasadnił to przypuszczenie. Podano choremu jodek potasu i po dniach 14 oba ogniska uległy zabliźnieniu. (Streszczenie własne).

3) Prof. Krzyształowicz wygłasza wykład: **O nabłoniakach**.

W dyskusyi zwraca uwagę prym. Borzęcki, iż nagniotki, które powstają skutkiem stałego powtarzania się urazu, nie dają jednak powodu do powstawania raka.

Prof. Reiss podnosi szczegóły praktyczne i zapytuje prelegenta, czy objął w zakres swoich badań w kierunku histopatologicznym pewną kategoryę owrzodzeń nowotworowych, które ze względu na przebieg kliniczny, na rokowanie, a przedewszystkiem także i ze względu na odmienne wyniki lecznicze nieco odrębne zajmują stanowisko. Z pomiędzy nabłoniaków zasługują na wyodrębnienie nowotwory, występujące często jeszcze w wieku nie podeszłym w postaci bardzo powierzchownych nadżerek o bardzo płytkim nacieku, sadowiące się zawsze na twarzy i to w okolicy oczodołu lub fałdu nosowopoliczkowego, które mają przebieg niezmiernie łagodny (epithelioma erosivum, carcinoma Jacobi). Przypadki przejścia tych nowotworów o przebiegu łagodnym w formy złośliwe, połączone z rozpadem i przerzutami, odpowiadają zwykle okresom bardzo późnym, w których z przyczyn najrozmaitszych przychodzi do podkopania odporności tkanek w ustroju. Mowca przytacza przypadek, w którym przez długie lata utrzymujące się »epithelioma erosivum« przybrało cechy złośliwe równolegle z wywiązaniem się ostrego zapalenia nerek. Tego wyodrębnienia tych tworów z ogólnej grupy nabłoniaków domagają się także i zupełnie odmienne wyniki lecznicze, odnoszone po zabiegach nieraz bardzo powierzchownie działających, po kauteryzacyach, które nie mogły działać głęboko i nie zdołały bynajmniej zniszczyć w zupełności tkanki rakowo zwyrodniałej. Mowca zyskiwał w tych postaciach nowotworowych bardzo zadowalniające wyniki po przyżeganiach stężonymi roczynami jodu w jodku potasu, jak również zapomocą tak zwanej elektrolizy dwubiegunowej, która dawała trwałe i kosmetycznie zadowalniające wyniki. Mowca nie spostrzegał natomiast prawie żadnych wyników dodatnich po osławionej i z pewnością przereklamowanej metodzie arszenikowej (Truneczek-Czerny), mimo, że stosował ją w tych formach wielokrotnie. Mowca przytacza pracę dermatologa hiszpańskiego Azuy, który doszedł na podstawie swoich badań histopatologicznych do przekonania, że różnice w przebiegu klinicznym pewnych form nabłoniaków nie znajdują przeważnie odzwierciedlenia w obrazach histologicznych, szczególnie w okresach późniejszych. Autor ten wskazuje w pracy swojej (Pseudoepithéliomes cutanes) na fakt, że istnieją owrzodzenia, przedstawiające histologicznie typ utkania rakowego, a których klinicznie zdaniem jego do raków »sensu stricto« zaliczyć niepodobna, ponieważ samoistnie i trwale ulegają samowygojeniu. Azua klasyfikuje te twory jako »pseudo-epitheliomata«. Mowca przytacza podobny przypadek z własnej praktyki, w którym wrzód, przedstawiający histologicznie budowę nabłoniaka, wygoił się pod maścią obojętną trwale w szeregu tygodni. Nawiązując do tych uwag, zapytuje mówca kol. prelegenta, czy w obrazach przez siebie spostrzeganych nie zauważył pewnych cech, względnie odcieni, któreby usprawiedliwiały w kierunku histologicznym ową różnicę zasadniczą, która w powyższych formach nabłoniaków jest tak silnie klinicznie zaznaczona. (Streszczenie własne).

Kol. Eisenberg: Fakt podniesiony przez prelegenta, że raki skórne wogóle mają przebieg powolny i na ogół łagodniejszy, jakoteż, że przy raku narządów wewnętrznych przerzuty skórne są nader rzadkie, da się może wytłómaczyć przez związek, zachodzący między rozwojem raka a odżywieniem, na który E. wskazywał już w poprzednich dyskusyach. Możnaby mianowicie przypuścić, że komórka rakowa dla wygórowanych swych potrzeb odżywczych znajduje w skórze gorsze warunki, niż w narządach wewnętrznych, stąd jej powolniejszy wzrost i mniejsza na ogół mnożność, stąd też przerzuty nie znajdują tu podatnego gruntu do rozwoju. Podobne tłómaczenie może dałoby się też rozszerzyć na gruźlicę skóry, przytaczaną przez prelegenta jako przykład podobnie łagodnego i powolnego przebiegu. Dla wytłómaczenia wielkiej mnożności komórek rakowych Ehrlich przyjmuje zwiększone ich powinowactwo do ciał odżywczych; warunkiem tej mnożności będzie oczywiście dostateczny dowóz tych ciał. (Streszczenie własne).

Kol. Koźniewski, nawiązując do przemówienia kol. Dr Eisenberga, zaznacza, że o »powinowactwie« tkanek normalnych lub patologicznych do pokarmów, nic określonego nie wiemy, więc wprowadzanie tego czynnika, a właściwie wyrazu, do etyologii nowotworów wyjaśnić nic nie może. Nazywanie rzeczy nieznanych nowymi wyrazami nie ułatwia nam sprawy. Podobnie rzecz się ma z wprowadzaniem przez kol. Eisenberga pojęcia lipoido-białkowych związków do tłómaczenia różnych zawiłych biologicznych procesów (dyskusya nad odczynem Wassermanna, etyologią raka itd.). Loeb wprowadził pojęcie »Lipoid-membran«, stosując je w znaczeniu przeważnie morfologicznem i w tem znaczeniu termin ten ogólnie się używa. Mówić jednak o osłonce z ciał lipoido-białkowych, rozpatrywać warunki rozpadu tych ciał, przypisywać im poważną rolę, jest to robienie dalekiego kroku bez podstaw faktycznych. O typie takich związków z tego już względu ogólnie mówić nie można, że biologia pod nazwą lipoidów obejmuje szereg ciał, chemicznie nieraz nic wspólnego ze sobą nie mających, a często i pod względem odczynów biologicznych antagonistycznie działających (lecytyna i cholestearyna). (Str. własne).

Prof. Krzyształowicz odpowiada, iż istotą nagniotka jest nieprawidłowe nadmierne rogowacenie naskórka i to może być przyczyną braku zwyrodnienia rakowego; skłonność raków skórnych do zabliźniania się przypisuje tkance łącznej.

Sekretarz: Dr Bujak.

Sekcya jarosławska Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Sprawozdanie z posiedzeń naukowych za rok 1908.

Odbyto posiedzeń siedem.

I. Odczyty.

1. Kol. Turzański: **Kilka uwag w sprawie poprawy obecnych stosunków prostytucyi.** Cz. I. i Cz. II.
2. C. k. lekarz pułkowy Sikorski: **O znaczeniu rozpoznawczem odczynu skórnego i ocznego** (Wolf Eisnera-Calmetta i Pirqueta) po szczepieniu tuberkuliną Kocha na

podstawie własnych doświadczeń (200 przypadków), przeprowadzonych w szpitalu powszechnym i szpitalach wojskowych w Jarosławiu.

3. Rossberger: **Higiena wychowania wedle najnowszych badań** (Część ogólna).

4. Orłowski: **Przebieg i charakter płonicy w czasie obecnie panującej epidemii.**

5. Sawicki: **O pielęgnowaniu chorych.**

II. Demonstracye.

1. Kol. Sikorski przedstawił: *a*) **chorych szczepionych** tuberkuliną Kocha **sposobem Wolf-Eisnera-Calmetta** z wynikiem dodatnim (martwica kości, gruźlica płuc, limfatyczne zapalenie spojówek, gruźlica jądra, gruczolak szyi); *b*) zdrowych, u których szczepienie wypadło ujemnie.

2. Kol. Puzon przedstawił: *a*) chorych na **zmiękknienie kości, leczonych wstrzykiwaniami adrenaliny** (Bossi); chorych na **rwę kulszową, leczonych** wstrzykiwaniami śródmiąższowemi **sposobem Langa.**

3. Kol. Rossberger przedstawił 8-letnią dziewczynkę, u której prawy górny ząb sieczny, zwrócony całkiem ku tyłowi, zapomocą korony, osadzonej na zębie przeciwnym, posunął równo do innych zębów.

4. Kol. Fechter przedstawił chorych: *a*) 2 dzieci z następstwami po ostrych chorobach zakaźnych: 1) 5-letniego chłopaka ze **zgorzelą stopy i goleni** prawej do połowy **po przebyciu odry**; 2) dziecko $1^1/_2$-roczne z **niedowładem obu kończyn** dolnych **po porażeniu rdzeniowem** (poliomyelitis infantum acuta); *b)* kobietę 24-letnią z **tocznieni** twarzy i kończyny dolnej prawej **z następową słoniowaciną**; *c*) chorego 32 letniego ze **zgorzelą gardła** (pharyngitis gangraenosa, noma); *d*) kobietę z zupełnem **wypadnięciem macicy** (uterus myomatosus); zmiany odżywcze w postaci odleżyn i wrzodów urazowych (u chorej tej wyjęto po demonstracyi macicę wraz ze zropiałym torbielem w zatoce Douglasa — przez pochwę; — wyleczenie). *e)* **ozdrowienia po zabiegach chirurgicznych**, wykonanych w szpitalu: 1) stopy płasko-koślawe (pedes planovalgi), osteotomia supramalleolaris sposobem Trendelenburga; 2) zwichnięcie zastarzałe w stawie biodrowym prawym z następową ostitis proliferans; wypiłowanie stawu sposobem Rydygiera; 3) chorego (40 l.) z nabłoniakiem prącia; wypatroszenie obu pachwin, odjęcie prącia pod spojeniem łonowem; przeszczepienie cewki moczowej poniżej moszen na kroczu; 4) 18 przypadków wola rozmaitej wielkości, siedziby i budowy anatomicznej, operowanych sposobem Kochera, w znieczuleniu miejscowem Schleicha; wszystkie te przypadki pochodzą z powiatów Jarosław i Przeworsk z okolic Pruchnika i Kańczugi, graniczących ze sobą; 5) chorą po usunięciu torbieli skórzastej, wielkości głowy dorosłego mężczyzny, w okolicy krzyżowej; 6) chorego, u którego z powodu żylaków kędzierzastych wyłuszczono żyłę podskórną odpiszczelową po podwiązaniu jej (Trendelenburg-Casati); 7) 2 chorych z tężcem przyrannym urazowym, leczonych wstrzykiwaniami (śródżylnie i podskórnie) surowicy przeciwtężcowej Bujwida; wyleczenie; 8) chorych z próchnieniem kości: *a)* 2 operowane sposobem Schedego (unter dem blutigen Schorf), w czterech tygodniach wygojenie; *b*) chorych 1) z caries sicca humeri; 2) caries necrotica tibiae; 3) caries humeri, u których stosowano plombę kostną Mosetiga z modyfikacyą Eiselsberga; 9) 2 chorych, u których wykonano operacyę doszczętną z powodu ropnego zapalenia ucha środkowego po płonicy, powikłanego zajęciem wyrostka sutkowego i zatoki (mastoiditis et sinusphlebitis sbsqu. abscessu subdurali); 10) chorą po skróceniu więzadeł (Aleksander Adams) z powodu tyłozgięcia macicy; 11) chorą po przyszyciu macicy (ventrofixatio) z powodu całkowitego wypadnięcia macicy; 12) 7-letniego chłopca z wrodzoną stulejką i wypadnięciem rzyci nabytem, u którego przez cięcie nadłonowe pęcherza moczowego wydobyto kamień wielkości śliwki; 13) kilkunastu ozdrowieńców po operacyi przepuklin uwięźniętych; z tych 4 ze względu na zawartość worka zasługują na podniesienie: *a)* zgorzel worka przepuklinowego prawego, którego zawartość stanowił zgorzelinowy wyrostek robaczkowy, *b)* przepuklina pachwinowa lewostronna (eventratio); objawy niedrożności ostrej; we worku klepsydrowato w środku przewężonym zadzierżgnięcie; powyżej skręt jelita cienkiego, herniolaparotomia, wyleczenie; 3) przepuklina prawostronna; uwięźnięcie w kanale pachwinowym w otworze wewnętrznym; herniolaparatomia; w kanale obrzmiały wyrostek robaczkowy; postronek od krezki wyrostka do sieci, zadzierzgający pętlę jelita cienkiego tuż w otworze wewnętrznym kanału; wyleczenie; 4) przepuklina prawostronna pachwinowa uwięźnięta; u chorego w przeciągu 10 lat kilkakrotnie ze skutkiem stosowano odprowadzanie (taxis); worek zgrubiały; sieć przyrośnięta do worka; na pętli jelita cienkiego i na krezce uwięźniętej prócz świeżej bruzdy inkarceracyjnej zrosty i zgrubienia włókniste, zwężające światło jelita, jako ślady wygojonych zmian po poprzednich zabiegach odprowadzenia; 14) chorego z ropnem zapaleniem rozlanem otrzewnej z przebicia wyrostka robaczkowego; laparotomia, wycięcie wyrostka; sączkowanie jamy brzusznej drenami szklanymi (Kümmel); wyleczenie; 15) chorego z ostrem zapaleniem wyrostka robaczkowego z przebicia (appendicitis destructiva perforativa), operowanego w 4 godziny po wystąpieniu objawów przebicia; laparotomia, wycięcie wyrostka, sączkowanie; wyleczenie; 16) 2 chore z ostrą niedrożnością jelit (strangulatio); zrosty w okolicy wyrostka robaczkowego i między nim. a przydatkami macicy; laparotomia, wyleczenie; 17) chorą, u której przed 3 laty z powodu gruźlicy otrzewnej wykonano cięcie w linii środkowej, celem wypuszczenia płynu. Z czasem wytworzył się w bliźnie rozstęp i przepuklina. Śród pracy w polu ścieńczała skóra pękła, wypadnięcie trzew; wezwany kol. Mazanek z Łańcuta odprowadził jelita, założył kilka szwów skórnych, opatrunek i polecił odwieść chorą po 8 dniach, jeśli będzie żyła, do szpitala. Laparotomia, wycięcie bramy przepuklinowej; uwolnienie zrostów; zeszycie trójwarstwowe, wyleczenie. Przy tej sposobności zwraca kol. Fechter uwagę na dzielność fizostygminy, podawanej podskórnie po 1 mlgrm., jako środka pobudzającego ruch robaczkowy jelit; 18) chorą ze zaśniadem groniastym (mola hydatidosa); wyleczenie.

5) Kol. Fechter przedstawił i omówił **preparaty anatomiczne**: *a*) z 2 przypadków niedrożności jelit; przypadek ostrego wgłobienia (invaginatio ileocoecalis) od 14 dni; rozsunięcie wgłobienia nie powiodło się; musiano wyciąć całe wgłobienie wraz z odpowiednią częścią jelita doprowadzającego, które znacznym uległo zmianom; *b)* zadzierżgnięcie i skręcenie jelita biodrowego; chory miał przebyć przed kilku laty ciężki dur brzuszny; od 3 dni brak stolca i wiatrów; laparotomia; postronek od sieci do krezki uciskający jelito biodrowe tuż przy wejściu do kątnicy; powyżej zadzierżgnięcia skręt jelita cienkiego, z którego w odległości 20 cm od zadzierżgnięcia wychodzi ślepy uchyłek budowy jelita, długości 40 cm; resekcya jelita; oba przypadki skończyły się niepomyślnie; *c)* zawartość torbiela skórzastego, który przebił do pęcherza moczowego (włosy, kamienie, zęby); chora zmarła na posocznicę; *a)* śledzionę poszarpaną wyjętą (rana postrzałowa); *e)* preparat żołądka, uzyskany przy nekroskopii. P. P., zarobnica, l. 32., 1. XII. rano zgłosiła się do szpitala z przypadłościami żołądkowemi; rozpoznano rozszerzenie żołądka znacznego stopnia i przeznaczono chorą na drugi dzień, w celach dyagnostycznych do przepłukania żołądka na czczo; o godz. 9. wieczór leżąc na łóżku skarży się chora na silny ból w dołku; zapad; mimo podawania i stosowania środków podniecających, tętno ustaje, o 11. w nocy śmierć. Nekroskopia jamy brzusznej: Calculi cystis felleae multiplices; peritonitis circumscripta obsoleta sbsqu. stenosi pylori; dilatatio ventriculi ingens; ruptura ventriculi ad curvaturam minorem infra cardiam; peritonitis. Prawie zupełne oddarcie się żołądka tuż przy wpuście; żołądek wisiał u przepony na listewce.

Sekretarz: Dr Puzon.

Towarzystwo lekarzy polskich w Kijowie.

Posiedzenie w dniu 26. stycznia 1909 r.

Przewodniczy K. Rumszewicz. Obecnych członków 25.

Dział naukowy.

1) L. Daszkiewicz: **Bąblowiec jamy Douglasa i lewego jajowodu.**

W dyskusyi oświadcza się Pietkiewicz za tem, aby w podobnych przypadkach sączkować jamę bąblowca, operowanego przez cięcie brzuszne, także przez pochwę. Przytacza spostrzegany przez siebie w kwietniu roku zeszłego w szpitalu miejskim przypadek bąblowca sieci, który się opróżnił do pęcherza moczowego. Miejsce przedziurawienia znalazł mowca zapomocą wziernika pęcherzowego. Operacyi dokonano z wynikiem pomyślnym. W sieci znaleziono pięć ognisk bąblowca, z których najniżej leżące zrośnięte było z pęcherzem moczowym. — Daszkiewicz zauważa, że wobec istnienia już otworu w ścianie brzusznej, uważał za zbyteczne robić otwór w pochwie, by nie dodawać do ciężkiego bądź co bądź zabiegu operacyjnego nowego uszkodzenia tkanek. — Łążyński zaznacza, że w danym przypadku stan pooperacyjny przez czas dłuższy był najzupełniej beznadziejny, jednak wszystko skończyło się pomyślnie; nigdy przeto nie należy rąk opuszczać, ale przeciwnie trzeba wypróbować wszystkie możliwe sposoby podtrzymania gasnącego życia. — Gilewicz zwraca uwagę na mało dotychczas uwzględniany sposób różniczkowego rozpoznania guzów jamy brzusznej od nerki, leżącej w miejscu niewłaściwem, — a mianowicie sposób podany przez Schreibera, opracowany przez E. Żebrowskiego, Hulanickiego i innych, polegający na miesieniu guza i badaniu następnem moczu co do białka. Mowca przytacza typowy przypadek takiego rozpoznania z praktyki szpitalnej.

2) B. Kozłowski pokazuje **preparat wyciętej kiszki** i wielkiego kawałka sieci **w przepuklinie uwięźniętej.**

Sekretarz: M. Łążyński.

Z XVI międzynarodowego Zjazdu lekarskiego w Peszcie.

Sekcya medycyny wewnętrznej.

Opracował **Dr. E. Stahr.**

(Ciąg dalszy).

8) Caryophyllis (Ateny): **O rzadkiem pojawianiu się gruźlicy u robotników kopalnianych.** Na 1932 chorych górników, leczonych w ostatniem dziesięcioleciu w szpitalach Grecyi, było tylko 5 przypadków gruźlicy. Przyczyny tego zjawiska dopatruje się autor w stałej wilgoci powietrza kopalnianego.

7) D. Nagel (Nowy Jork): **Fizyologiczny kwas solny w leczeniu gruźlicy.** Autor zauważył, podając chorym na gruźlicę płuc we wczesnych okresach kwas solny, uzyskany z żywej świni, nagłą poprawę trawienia i spory przybytek na wadze.

10) G. Geszti (Węgry): **W sprawie teoryi i metodyki leczenia przeciwgorączkowego u gruźliczych.** G. stara się wysoką gorączkę zwolna obniżać i utrzymywać ciepłotę na nizkim stopniu. Zupełne usuwanie gorączki uważa za niezawsze wskazane i potrzebne. G. podaje pyramidon lub antypirynę.

11) H. Senator (Berlin): **O policytemii.** Przybytek ciałek czerwonych może być względnym i bezwzględnym i wydarzać się już to w okolicznościach prawidłowych, jużto patologicznych. A. Policytemię fizyologiczną spostrzegamy po wielkich utratach wody, po wprowadzeniu wielkiej ilości pożywek do ustroju, w ozdrowieniu po różnych niedokrwistościach u noworodków, w toku sztucznej duszności, u zwierząt w czasie snu zimowego. B., Patologiczną policytemię spotykamy wśród chorobowego zagęszczenia krwi, w toku różnych sinic, w toku hemolizy wywołanej przez różne zatrucia i zakażenia, w toku niektórych chorób nerwowych, a czasem w toku chorób o nieznanej nam bliżej zmianie krwi; zawsze (prócz względnej policytemii wywołanej zagęszczeniem krwi) należy uważać za przyczynę policytemii patologiczny spadek parcia tlenu w krwi, co krwiotwórcze narządy pobudza do wzmocnionej czynności. Osobno jeszcze wyróżniać należy Vaqueza »policythaemia megalosplenica« i Geisböcka »policythaemia hypertonica«. Tych obu spraw przyczyną jest przewrotne schorzenie szpiku. Choroba Geisböcka, dotąd mało znana, odróżnia się od choroby Vaqueza wysokiem parciem krwi (z przerostem serca) i brakiem obrzęku śledziony. Zmiany w innych narządach zdają się być jednakowe w toku obu chorób. Zmiany krwi, zbadane szczególnie w chorobie Vaqueza, polegają na wzmożeniu się lepkości i ciężaru gatunkowego krwi, natomiast surowica zawiera mało suchych pozostałości. Odporność ciałek czerwonych zdaje się być prawidłową, pojemność tlenowa prawidłowa lub nieco większa. Wymiana gazów oddechowych okazywała często wysokie liczby. Skutecznie zdają się działać dyeta jarska i upusty krwi. Niektóre postacie pierwotnej policytemii nie dadzą się zaliczyć do żadnej z tych 2 kategoryi policytemii.

Dyskusya: M. Eintom (Nowy Jork) widział przypadek choroby Vaqueza, w którym mimo tęgiej budowy ogólnej było uderzające ogólne osłabienie i w którym prócz obrzęku śledziony i policytemii (7 milionów c. czerwonych) nie można było wykazać nic nieprawidłowego. Gołubinin (Moskwa) spostrzegał w kilku przypadkach policytemii niezwykłą ciemność płuc w obrazie rentgenowskim, co tłómaczy wzmożoną ilością krwinek czerwonych. Pomaga tylko odpowiednia dyeta i pijawki (nie otwieranie żył z powodu prędkiego krzepnięcia krwi!) A. Koranyi wspomina o spostrzeganym przez siebie przypadku policytemii ($7^1/_2$ miliona c. czerw.), który udało mu się wyleczyć po kilku miesiącach, jak dotąd (już 5 lat) trwale. K. nie chce rozstrzygać, czy w przypadku tym pomogło lub nie — stale stosowane wdychanie tlenu. Bence (Peszt) donosi, że wczoraj dokonano sekcyi w jednym przypadku, który spostrzegano w klinice Koranyiego od 6 lat; stwierdzono tam gruźlicę prosówkową ogólną, której punktem wyjścia był narząd rodny. Szpik kostny był czerwony i zawierał liczne erytrocyty. G. v. Bergmann (Berlin): W toku policytemii nie ulega zmianie zdolność ustroju wiązania tlenu, gdyż jeden chory tego rodzaju miał we krwi zależnie od poliglobulii 28—32% objętościowych O zamiast 17—20%. Pomiary dokonano zarówno w tym, jak w już ogłoszonym przypadku Loewyego nadzwyczaj dla kliniki nadającą się metodą J. Plescha.

12) Ebstein (Göttingen). **O patologii białaczki.** Na obrazie krwi opierające się wywody w sprawie patologii białaczki nabiorą dopiero wtedy istotnej wartości, kiedy poznamy etyologię choroby. E. podobnie dziś, jak i przed 20 laty, kiedy pierwszy nakreślił szczegółowy obraz ostrej białaczki, uważa za odpowiednie dzielić białaczkę na ostrą i przewlekłą, przyczem można wyróżniać jeszcze postać podostrą, która w przebiegu swym zbliża się najbardziej do postaci ostrej. Postać ostra trwa średnio od 5—7 tygodni, przewlekła rok do dwóch, podostra średnio $^1/_2$ roku. Jednakże postać ostra może trwać znacznie krócej, a przewlekła znacznie dłużej. E. przedstawia dalej dokładnie stronę hematologiczną i anatomo-patologiczną sprawy w różnych jej odmianach, mówi o osobniczych skłonnościach i innych przyczynach usposabiających, a potem o rozpoznaniu i rokowaniu. Następnie zastanawia się autor nad istotą choroby i jej zakaźnością na podstawie obfitego materyału klinicznego u ludzi i zwierząt, mówi o próbach przeszczepiania choroby, o pasorzytach, którym niektórzy przypisują wywoływanie tego cierpienia, i o związku między mięsakiem i białaczką. E. dochodzi do wniosku, że białaczka jest sprawą zakaźną. W końcu mówi E. o związku białaczki z ciążą, z różnemi chorobami zakaźnemi, a przedewszystkiem z gruźlicą, jakoteż o związku jej z dną i tworzeniem się kamieni moczowych.

(C. d. n.).

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Warszawskie Towarzystwo higieniczne zamknęło swą działalność w r. 1909 poważnym i godnym istotnie pozazdroszczenia dorobkiem, pomimo, że z 14 prowincyonalnych oddziałów Towarzystwa, założonych między r. 1902 a 1907, tylko trzecia część okazała się żywotną i w swoim zakresie nie ustała w pracy.

Wedle sprawozdania Towarzystwa, ogłoszonego w »Zdrowiu« (Nr 4) głównymi przedmiotami działalności były w r. 1909: Zjazd higieniczny w Częstochowie, wystawa higieniczna tamże, jako dział wystawy ogólnej krajowej, wystawa przeciw alkoholizmowi, urządzana kolejno w Warszawie, Żyrardowie, Częstochowie, Łodzi, Pabianicach, Kielcach i Dąbrowie, a uwieńczona znakomitem powodzeniem, wreszcie przygotowania do wystawy »miast-ogrodów«, mającej się odbyć w maju 1910 w Warszawie. Rada Towarzystwa współdziałała w dwu wielce doniosłych przedsięwzięciach, organizowanych w Częstochowie: muzeum higieny ludu i kąpiele dla pątników. Dalej zajmowała się Rada załatwieniem wniosków Zjazdu higienicznego w Lublinie z r. 1908, sprawą rządowego projektu ustawy miejskiej dla Królestwa, wydaniem opinii w sprawie ścieków w Lublinie i Warszawie, sprawą ujednostajnienia działalności instytucyi społecznych, mających na celu wychowanie dzieci i młodzieży. Z funduszu kąpieli ludowych udzielono zasiłku na urządzenie tanich kąpieli w m. Bełżycach.

Działalność wydziałów i komitetów Towarzystwa przedstawiała się w r. 1909 w sposób następujący: w Wydziale biologicznym odbyły się 3 wykłady, w wychowawczym 5, w balneologicznym 12 (na 6 posiedzeniach), w szpitalnym 2, w wydziale miast i mieszkań 2, higieny życia domowego 1. Komitet badania i zwalczania raka odbył 6 posiedzeń, a zajmował się sprawą statystyki raka w szpitalach warszawskich i zorganizowaniem zbiorowego popularnego wykładu o wczesnem rozpoznawaniu raka. Biuro informacyjne o zdrojowiskach udzieliło kilkudziesięciu osobom wyjaśnień, rozsyłało broszury i t. p.

Organ Towarzystwa, miesięcznik »Zdrowie«, redagowany przez Dra J. Jaworskiego, pomieścił w r. 1909 na 52 arkuszach druku 26 prac oryginalnych, obfity i urozmaicony dział sprawozdawczy i t. d. Koszt wydawnictwa wynosił 2268·71 rb.

Ogrodów im. Raua było w r. 1909 czynnych, jak i w poprzednim — 9; urządzano zabawy rozmaitego typu (dla wszystkich, dowolne i zapisowe), kąpiele (wiślane i ciepłe), pływanie, wycieczki statkiem, ślizgawki, zabawy z posiłkiem i gimnastykę pod kierunkiem personalu, złożonego z 70 osób, osobno w tym celu wykształconych i przeważnie od lat wielu już pracujących w instytucyi. Liczba uczęszczań i zabiegów doszła w r. 1909 ogółem 965.080 (w r. 1908 — 780.582), koszt jednego zabiegu dla jednego dziecka wynosił 1,9 kop. (w r. 1908 — 2,2 kop.). Rachunki ogrodów zamykają się w dochodach i rozchodach kwotą 20640·92 rb., bilans w stanie biernym i czynnym kwotą 327.585·73 rb.

Instytut higieny dziecięcej im. Lenvala, kierowany przez Dra Paderewskiego, a zajmujący się »Kroplą mleka«, kąpielami i udzielaniem porad higieniczno-lekarskich, zwiększył również swoją działalność, ale znajduje się w trudnem położeniu finansowem. Niedobór 1.833·28 rb. (przy ogólnych wydatkach 11.470·03 rb.) pokryto z trudem resztką funduszów zapasowych. W Instytucie gimnastykowało się w r. 1909 — 2256 dzieci, wykąpało się 33.061; porad lekarskich udzielono 7599, dentystycznych 1581, wydano buteleczek mleka pasteryzowanego 146701, lekarstw bezpłatnie 6745.

Sanatoryum dla chorych piersiowo w Rudce, kierowane przez Dra Gałeckiego, a rozporządzające obecnie 67 łóżkami, leczyło w r. 1909 ogółem 214 osób, przeważnie ze stanu średniego; chorych w I okresie było 45%, w II — 21%, w III — 34%; średnio trwało leczenie 76 dni. Wyniki ogólne: poprawa w 73% przypadków (w I okresie 91%, w II — 58%, w III 35%), bez poprawy 27%. Dochód sanatoryum wynosił 50.131·09 rb. (w tem opłaty od chorych 49.523·89), rozchód 51.759·30 rb., niedobór 1628·21 rb. Bilans zamyka się kwotą 281.379·03 rb.

Własny rachunek dochodów i wydatków Towarzystwa higienicznego wynosił w dochodach i rozchodach 3570·46 rb. Członków rzeczywistych było 321, zwyczajnych 88.

Z prowincyonalnych oddziałów Towarzystwa ograniczał się oddział radomski do prowadzenia »Kropli mleka«. Oddział lubelski (członków 171) oprócz »Kropli mleka« zajmował się sprawą kąpieli ludowych w Bełżycach i Nałęczowie i przygotował organizacyę zabaw dla dzieci, które mają wejść w życie z wiosną 1910. — Oddział kaliski oprócz »Kropli mleka« rozwijał żywą działalność w sekcyi wychowawczej, która wysłała 57 dzieci na kolonie letnie, urządziła kąpiele (5451 dzieci), zabawy ruchowe (około 60 dzieci dziennie), oraz 5 odczytów, a wreszcie postarała się o wprowadzenie oględzin lekarskich w szkołach elementarnych. — Oddział łódzki (członków 256) opracowuje monografię sanitarną Łodzi; urządził 7 wykładów. — Oddział częstochowski (członków 156) odbył 7 posiedzeń (9 wykładów), prowadził ogród zabaw (średnio dziennie 100 dzieci), i pracownię higieniczną, uczestniczył w urządzeniu wystawy i Zjazdu higienicznego, doprowadził do skutku budowę Muzeum higieny ludu (kosztem 12.300 rb.) i przygotowuje budowę kąpieli dla pątników, wreszcie urządził 4 wykłady popularne. — Oddział kujawski (37 członków) założył ogródek zabaw dziecięcych, zajmuje się założeniem »Kropli mleka« i urządził 5 odczytów.

Całe sprawozdanie warszawskiego Towarzystwa higienicznego świadczy, że po chwilowem osłabnięciu w niespokojnych latach 1904/5, działalność jego znów coraz bardziej rozwija i rozszerza się; jest ono zarazem wymownym dowodem, że nawet w trudnych warunkach przy dobrej woli wiele zdziałać można. Gdyby to przekonanie przeniknęło ogół naszych lekarzy, z natury rzeczy powołanych do przodowania w ruchu społeczno-higienicznym, jakieżby świetne wyniki osiągnąć można i w tych częściach Królestwa, gdzie działalność oddziałów Towarzystwa higien. warszawskiego przygasła, i w wielu miastach Galicyi, w których nie brak zadań do wypełnienia i rąk do pracy, tylko brak inicyatywy i — chęci. R.

Cofanie się gruźlicy we Lwowie. Pod tym tytułem podaje »Kuryer lw.« (Nr 161) szczegóły o gruźlicy ze sprawozdania Fizykatu lwowskiego za lata 1907—1909, podobno nie mającego wyjść drukiem, lecz przeznaczonego do przedstawienia Radzie miejskiej tylko w rękopisie. (Dlaczego?!). Otóż gdy w r. 1905 wynosiła śmiertelność z gruźlicy 71·7 na 10.000 ludności (w Londynie 13·4!), to w r. 1906 spadła na 65·1, w r. 1907 na 54, a w r. 1908 wynosiła już tylko 51·2. Sprawozdawca »Kuryera lw.« przypisuje ten spadek śmiertelności głównie poprawieniu się stosunków przez zaprowadzenie wodociągów (otwartych w r. 1901).

Zauważyć jednakże należy, że śmiertelność z gruźlicy spada w ostatnich latach nietylko we Lwowie, ale i w innych miastach galicyjskich. Wystarczy przytoczyć kilka danych odsetkowych, które obliczyliśmy wedle liczb bezwzględnych, zawartych w najświeższej statystyce Centralnej Komisyi statystycznej z r. 1909:

	1905	1909
Tarnów	44·1	38·8
Przemyśl	48·5	40·7
Lwów	71·7	55·5
Kraków	84·8	63·7

C.

Wiec lekarzy salzburskich odbył się w d. 24. III. b. r. w Salzburgu, zwołany przez Izbę lekarską i ogólną Organizacyę krajową, a to w sprawie uchwały subkomitetu komisyi parlamentarnej dla ubezpieczenia społecznego. Uchwała ta stanowi, że od obowiązkowego ubezpieczenia w kasach chorych mają być zwolnione w przyszłości tylko te osoby, których dochód roczny wynosi ponad 3600 kor. i które zwolnione być mogą z posady tylko po trzymiesięcznem wypowiedzeniu. — Przeciw tym pozornie niewinnym dodatkom (pensya roczna przekraczająca 3600 kor. i wypowiedzenie najmniej 3-miesięczne), postanowili lekarze salzburscy jak najenergiczniej zaprotestować, jako postanowieniom, uchylającym w istocie wszelkie ograniczenia dla ubezpieczenia na wypadek choroby, a więc groźnym dla bytu całego stanu lekarskiego. Prawie połowa lekarzy kraju (nie miasta) Salzburga zjawiła się na wiecu, przybyli także posłowie do parlamentu Hüber, Dr Stoelzel i Dr Sylwester, przedstawiciele prasy miejscowej i Rady miasta. Organizacyę centralną reprezentował prezydent Dr Gruss z Wiednia. Po wyczerpującym referacie Dra Kohna uchwalono jednomyślnie przedłożone rezolucye z gorącym protestem przeciw uchwałom subkomitetu parlamentarnego. Lekarze salzburscy domagają się ustanowienia górnej granicy dochodów na 2400 kor. rocznie bez żadnych innych dodatków. W dyskusyi mówił Dr Gruss o sposobach ewentualnej walki, oprzeć się mającej na legalnej samopomocy i udo-

wadniał, że ewentualną walkę podejmą lekarze nietylko w interesie własnym, ale i chorych. Stahr.

Krajowa Rada Zdrowia odbyła w d. 9. IV. 1910 we Lwowie posiedzenie, na którem wydano opinie: 1) w sprawie planów szpitala w Zbarażu, 2) w sprawie okręgów sanitarnych w Bolesławiu (zmiana siedziby) i Rymanowie (utworzenie), 3) w sprawie nauki higieny w seminaryum w Stanisławowie, 4) w sprawie płonicy we Lwowie, 5) w sprawie szpitala izraelickiego w Tarnowie, poczem obradowano w dalszym ciągu nad sprawozdaniem sanitarnem za rok 1908 i nad sprawą Izb aptekarskich.

Stosunek liczebny lekarzy do ludności. Na 10.000 mieszkańców liczą lekarzy: Szkocya 7·9, Anglia 7·1, Irlandya 6·0, Włochy 6·3, Dania 5·2, Niemcy 5·0, Francya 4·9, Austrya 4·1, Szwecya 2·4, Rosya 1·8. X.

Śląski Wydział krajowy przedstawił Sejmowi projekt stypendyów dla lekarzy, chcących kształcić się na kursach uzupełniających dla lekarzy w Wiedniu, Gracu, Pradze, Krakowie lub Wrocławiu. Z proponowanych 3000 kor. rocznie, mają kandydaci otrzymywać po 350 ew. 200 kor., zależnie od tego, czy wyjadą na kurs 4-tygodniowy, czy 2-tygodniowy. X.

Z niwy piśmiennictwa partackiego.[1]) Dyagnoza z oczu. (Berlin, nakład wydawn. »Przewodnika zdrowia«). Sposób rozpoznawania choroby z oczu człowieka był już znany przed wiekami mnichom. Na nowo zajął się tą sprawą Węgier, Ignacy Peczely, potem szwedzki pastor Liliequist, a dalej niemiecki lekarz Schlegel. Peczely będąc jeszcze chłopcem zauważył u sowy, że po złamaniu nogi wystąpiła na tęczówce plama. Stopniowo doszedł do stwierdzenia, że w oczach każdej żyjącej istoty pewne miejsca są w stałym związku z pewnemi częściami ciała. I tak: czoło i górna część głowy mają mieć związek z górnym odcinkiem tęczówki, nogi z dolnym, ramiona i ręce z dolnym zewnętrznym itd. (!). Każde oko odpowiada jednej połowie ciała. Wyjątek stanowią cewka moczowa, pochwa i macica, którym odpowiada tylko prawe oko (!). Jeszcze ważniejsze ma być oglądanie kolorów tęczówki. Daje nam ono bowiem poznać ogólny stan zdrowia, jakoteż »stopień zwyrodnienia«. Rozpoznawanie z oczu nie czyni zbytecznem innych sposobów badania, ale je uzupełnia i popiera. W pewnych razach sposób ten wskazuje tylko siedlisko choroby, w innych wyraża znów rodzaj choroby (?). Do sposobu tego należy też badanie źrenicy. U osób o zdrowych nerwach źrenica jest spokojną, u osób zdenerwowanych drżącą. Gdy pozostaje nieruchomą i przy zmiennem świetle, wtenczas należy myśleć o ciężkiej chorobie mózgu lub rdzenia. Spostrzeżenia oczne dowodzą, że większa część chorób powstaje wskutek zaburzeń narządu trawienia (!). »Okręg jelitowo-żołądkowy« (znajdujący się naokoło źrenicy) zabarwiony biało »dowodzi« zapalenia, nerwowego podrażnienia lub stałego używania sody (!). Łatwo też rozpoznać można z barw tęczówki cierpienia gośćcowe (kropki) i tworzenie się kwasu moczowego (znamiona żółtawo-białe). Im ciemniejsze znamię na tęczówce, tem silniejsze zaburzenie. Operacye, rany, złamania kości i t. p. objawiają się na tęczówce jako plamy bardzo ciemne. Gdy nastąpi wygojenie, wtedy plamy otoczone są białawym obwodem (!). »Część ogólną« broszury kończy nieznany autor (podług znanego systemu partaczy) słowy: »Sztuka rozpoznawania chorób z oczu jest nader trudna, ale znacznie trudniejsze wydaje się nam dokładne jej objaśnienie w tak krótkiej rozprawce lub jej wkleszczenie w pewną szablonę naukową« (?). »Ale nieco komicznem musi się wydawać doświadczonemu praktykowi« (z oczu) — wywodzi dalej autor — »który po kilkoletnich badaniach wyrobił sobie taką pewność i wprawę w rozpoznawaniu chorób, że u pacyentów wzbudza największe zdumienie« (to chyba nie trudno, przyp. spraw.) »skoro jakaś medyczna lub inna (?) »wielkość« po przeczytaniu książek lub broszur lub zrobieniu kilku niedołężnych prób zasiądzie na trybunale i zawyrokuje, że cała sztuka tej dyagnozy jest tylko matactwem. Jest to zupełnie to samo, jak gdyby ktoś nieumiejący grać na fortepianie, pobrzdąkał klawiszami i orzekł, że instrument jest niedobry!«

Następnie przytacza autor przykłady rozpoznań, nawet z rycinami, napadając przytem na lekarzy, np. nazywając operacye »zamachami partacko-rękoczynnemi«, a lekarstwa »aptecznymi przysmakami i truciznami«. Broszurę kończy: »Pogląd krytyczny na metodę rozpoznawania chorób z oczu«. Czytamy tam z początku: »Wyniki dyagnozy ocznej są nieraz tak zdumiewające, że niejednego mogłoby łatwo pokusić do zapatrywania, że to jest jedyny pewny sposób rozpoznawania«. Autor jednak przestrzega przed tem, co więcej stara się przekonać czytelników, że i ta metoda ma pewne braki i że tylko na niej zawsze opierać się nie można. Np. dyagnoza oczna wskazuje, że chorem jest płuco prawe, ale jeszcze z tego nie wiadomo, na jaką chorobę, i tu trzeba dopiero badać po lekarsku, aby przekonać się o rodzaju i rozmiarach choroby. Prócz więc dyagnostyki z oczu trzeba także umieć i... medycynę! »Nie chcąc wchodzić w dalsze wyszczególnienia, wypada zaznaczyć, że sumienny lekarz nie powinien wyrzekać się dotąd używanych i sprawdzonych metod badawczych« (?).

W broszurze tej język polski pozostawia bardzo wiele do życzenia, choć wydawcą jest p. Czarnowski, podobno Polak. I to jednak jest także charakterystyczne dla naszego »swojskiego« piśmiennictwa partackiego, żyjącego głównie tłómaczeniami i przeróbkami z języków obcych. Dr Adolf Klęsk.

[1]) Artykuł niniejszy ma na celu jedynie treściwe podanie „zasad" „rozpoznawania z oczu" według przytoczonego dziełka i wstrzymuje się zupełnie od zbijań lub prostowania twierdzeń w niem podanych.

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 3. IV. do 9. IV. 1910 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Buczacz (Barysz 8, Bobulińce 1, Kujdańce 2), Czortków (Czortków 1, Wygnanka 1), Drohobycz (Krynica 3), Gródek jag. (Koców ad Bar 3), Grybów (Izby 8, Śnietnica 2, Fiorynka 2, Jaszkowa 2, Stawisza 7), Horodenka (Czortowiec 1), Jaworów (Czerczyk 3, Jazów nowy 4, Starzyska 2), Lisko (Hoszowczyk 2, Ustrzyki dolne 1), Lwów pow. (Zaszków 10), Nadwórna (Wołosów 12, Kamienna 1), Podhajce (Wiśniowczyk 5), Przemyślany (Nowosiółka 9), Śniatyn (Tułuków 7, Wołczkowce 5), Stanisławów (Chorostków 3), Tłumacz (Tłumacz 2, Olesza 3), Turka (Komarniki 1), Zborów (Kudobińce 2, Grabkowce 1, Podhajczyki 3, Kabarowce 1); ospy pow. Borszczów (Olchowiec 3). Dr T.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 3. IV. do 9. IV. 1910 zgłoszono przypadków: błonicy 4 † — (w tem obcych 3 † —), krztuśca 8, płonicy 7 † — (2 † —), odry 1, duru brzusznego 6 † — (2 † —), czerwonki 1 † 1 (1 † 1), róży 1. Dr Janiszewski.

Pięćdziesięciolecie pracy lekarskiej.

Półwiekową rocznicę rozpoczęcia pracy zawodowej obchodzić będzie d. 21. kwietnia r. b. lekarz p. Szymon Adler w Monasterzyskach (w powiecie buczackim) w Galicyi.

Niecodzienny ten wypadek w życiu lekarskiem spowodował lekarzy miejscowych do zawiązania komitetu celem uczczenia Jubilata, którego życie było jednem pasmem ciągłej rzetelnej, pełnej poświęcenia i uczuć obywatelskich pracy, obejmującej wszystkie dziedziny wiedzy lekarskiej, świadczącej usługi nietylko w życiu prywatnem, ale i w rozmaitych gałęziach administracyi państwowej. Jubilat w latach 1857, 1858, 1859 oddawał się studyom lekarskim w Uniwersytecie lwowskim, poczem w r. 1859 jako rygorozant udał się na Uniwersytet w Peszcie, gdzie po odbyciu praktycznych studyów z zakresu położnictwa i chorób kobiecych pod kierownictwem Semmelweisa, tudzież po złożeniu dwu rygorozów uzyskał chlubny dyplom, upoważniający go do zawodu lekarskiego. W maju 1860 r. powróciwszy do Galicyi, wykonywał praktykę lekarską w Stryju, poczem w r. 1861 był lekarzem pomocniczym w wojskowym szpitalu załogi lwowskiej pod kierownictwem Dra Zimmermana, a w tym samym roku został przez urząd powiatowy w Cieszanowie powołany do Narola, jako lekarz miejski, gdzie jako domowy lekarz hr. Łosiowej, był w r. 1863 kierownikiem założonego w jej zamku szpitala dla powstańców. W r. 1865 osiedlił się na stałe w Monasterzyskach, objął czynności lekarza rządowej fabryki tytoniu, lekarza sądu, później lekarza miejskiego, a pełniąc obowiązki swego zawodu w życiu prywatnem szedł z postępem wiedzy, pracował nad swem wykształceniem, czego dowody złożył w licznych monografiach z zakresu medycyny, umieszczanych w piśmie »Medic. chirurg. Centrallblatt« i »Allgem. Wiener Medic. Zeitung«. W r. 1888 ogłoszono drukiem broszurę S. Adlera p. t. »Die Ursachen der habituellen Arbeiterkrankheiten bei den k. k. Tabakfabriken«.

Jak skuteczną i sumienną była ta cicha i skromna praca, świadczą liczne dowody uznania, jak uznanie urzędu powiatowego w Cieszanowie i Namiestnictwa we Lwowie za działalność lekarską w czasie epidemii cholery. Namiestnictwo skarbu oso-

bnem pismem z 7. XI. 1888 dziękuje p. Adlerowi za wydanie podanej wyżej broszury. Po chlubnem pełnieniu przez 42 lat obowiązków lekarza rządowej fabryki tytoniu w Monasterzyskach, przeszedłszy w stały stan spoczynku, otrzymał Jubilat na mocy Najwyższego postanowienia w r. 1898 złoty krzyż zasługi z koroną. Pisma te i odznaczenia świadczą, że praca kol. Adlera obejmowała szeroki zakres, że przez pół wieku całą swą wiedzą i wszelkiemi siłami służył społeczeństwu i krajowi, że służba Jego ciężka i żmudna, była prawą i sumienną. To też uroczystość jubileuszowa w dniu 21. kwietnia b. r. w Monasterzyskach, jaką komitet przygotowuje, będzie wyrazem serdecznego uznania kolegów i społeczeństwa dla sędziwego Jubilata.

Dr Wiktor Borysiewicz.

Do mnogich życzeń, jakie zasłużony Jubilat otrzyma w dniu złotych godów swoich z zawodem, umiłowanym przez siebie i pełnionym z rzetelnym dla społeczeństwa pożytkiem, a jakie prześlą Mu imieniem najszerszych kół kolegów przedewszystkiem obie Izby lekarskie galicyjskie, przyłącza się ze swej strony serdecznie Redakcya »Przeglądu lekarskiego«, gorąco biorąc udział w uczczeniu zasług i w wyrazach uznania, wieńczących owoce pracowitego lekarskiego żywota.

Wiadomości bieżące.

Autorowie polscy raczą przesyłać odbitki prac swoich kolegom, zdającym stale sprawę z piśmiennictwa polskiego do czasopism zagranicznych. Stałymi sprawozdawcami są:

Ze wszystkich działów: Komisya sprawozdawcza Towarzystwa lek. lwowskiego; prezes Prof. Dr Adolf Beck, Lwów, Piekarska 52 (Virchows Jahresber. der ges. Medizin): Dr H. Pisek, Podgórze-Kraków i Dr Cz. Meissner, Poznań (Deutsche mediz. Wochenschrift), Dr Stanisław Ostrowski, Petersburg, Woźniesieńskij prospekt 23, m. 10 (Russkij Wracz); z medycyny teoretycznej: Prof. Dr S. Bądzyński, Lwów. Piekarska 52 (Lavori e riviste di chimica etc.), Prof. Dr H. Hoyer, Kraków, św. Anny 6 (»Schwalbes Jahresberichte üb. die Fortschritte der Anatomie u. Entwickelungsgeschichte«, anatomia ludzka, porównawcza, histologia, embryologia, antropologia); Dr Filip Eisenberg, Kraków, Strzelecka 9 (Centralblatt f. Bakteriologie); Dr W. Szczawińska, Paryż, rue Dutot 18 (Bulletin de l'Institut Pasteur); z medycyny wewnętrznej: (w zakresie gruźlicy) Dr S. Sterling, Łódź, Piotrkowska 111 (Intern. Centralblatt f. d. ges. Tuberculoseforschung), (hematologia): Dr Stanisław Klejn, Warszawa, Leszno 17 (Folia haematologica et serologica); z chirurgii: Dr Radliński (Centralblatt f. Chirurgie), Kraków, Kopernika 40; Dr Ant. J. Goldman, Łódź, Piotrkowska 19 (pisma francuskie), Dr A. Wertheim (Warszawa, Krucza 47a) (Centralblatt f. Chirurgie, z prac, wydanych w Królestwie Polskiem); z neurologii: Dr K. Orzechowski, Lwów, ul. Kraszewskiego 15 (»Folia neurobiologica« Groningen i »Epilepsia« Budapeszt); z pedyatryi: prym. Dr J. Landau, Kraków, Gertrudy 9 (Jahrbuch für Kinderheilkunde), Dr J. Brudziński, Łódź, Spacerowa 27 (Monatschrift für Kinderheilkunde); z ginekologii: Dr Franc. Neugebauer, Warszawa, Leszno 33 (prace ginekol.-położnicze, Frommel's Jahresbericht), Dr Ehrlich, Przemyśl (Monatsschrift f. Geburtshilfe u. Gynaekologie); z laryngologii i otyatryi: Dr J. Sędziak, Warszawa, Erywańska 10 (Monatschr. f. Ohrenheilk. [Berlin], Journal of Laryng etc. [London], Annals of Otology etc. [St. Louis]), Dr R. Spira, Kraków, Grodzka (Archiv für Ohrenheilkunde); z dermatologii: Dr Leon Feuerstein, Lwów, św. Mikołaja 20 (w lecie: Bad Hall, Oberösterreich), (Monatshefte f. praktische Dermatologie), Dr J. Baschkopf, Kraków, Floryańska 25, (Dermatologische Zeitschrift); z hydroterapii: Doc. Dr Kowalski, Lwów, Romanowicza 20 (Monatsschr. f. d. physik.-diät. Heilmethoden); z elektrologii: Dr J. Zanietowski, Kraków, Batorego 1 (Zeitschr. f. Elektrologie, Annales d'electrol., Archiv. f. physikalische Med., Annali di electricita med.); z okulistyki: Dr St. Lewicki, Odessa, ul. Elisawetyńska 23, m. 1. (Wiestnik Oftalmołogii); z historyi medycyny: Dr J. Lachs, Kraków, Jasna 2 (Mittheil. zur Geschichte der Medizin i dział historyczny w Virchows Jahresberichte der ges. Medizin).

Redakcya »Przeglądu lekarskiego« uprasza Kolegów, zdających stale sprawę do innych pism, o łaskawe zgłoszenie się celem uzupełnienia powyższego spisu.

Wydanie jubileuszowe wiekopomnej »Teoryi jestestw organicznych« J. Śniadeckiego, można nabywać w Administracyi »Przeglądu lekarskiego« (Dunajewskiego 2), po bardzo nizkiej cenie 2 kor. 50 hal. Dochód z rozprzedaży przeznaczony na cele użyteczności publicznej.

Kraków. Walne Zgromadzenie polskiego Tow. balneologicznego odbyło się 8. IV. b. r. Udzielono ustępującemu Wydziałowi absolutoryum i wyrażono podziękowanie redakcyi »Przewodnika zdrojowo-kąpielowego«. Na wniosek Dra Cerchy Walne Zgromadzenie zamianowało hr. Jana Potockiego członkiem honorowym Towarzystwa, poczem nastąpiły wybory. Prezesem wybrany został Prof. Dr Pareński, wiceprezesem Dr Cercha, sekretarzem Dr Józef Zanietowski, skarbnikiem Dr T. Piotrowski. Do Wydziału weszli: Dr Pelczar, Dr Aronsohn, hr. Jan Potocki, Dr Regiec i Dr Wąsowicz.

W roku ubiegłym urządziło Towarzystwo II. Zjazd balneologów polskich i wniosło na zasadzie jego uchwał szereg petycyi do władz rządowych i autonomicznych. Wydział postanowił urządzić wystawę balneologiczną w Rymanowie w r. 1910, ewentualnie w Krakowie w roku 1911 w czasie Zjazdu lekarzy i przyr. polskich, wziął udział w ankiecie wiedeńskiej przeciw opodatkowaniu wód mineralnych, wydał II. Tom »Pamiętnika« Towarzystwa i załatwił szereg spraw drobniejszych.

— »Towarzystwo dla popierania nauki polskiej«, działające od lat kilku we Lwowie, liczyło w r. 1909 ogółem 996 członków, miało 10,009·03 kor. funduszu obrotowego, 49.748 kor. funduszu zakładowego, a 5878·30 kor. funduszu bibliotek prowincyonalnych. Księgozbiór, gromadzony dla założenia bibliotek prowincyonalnych, doszedł 28.546 tomów. Towarzystwo wydaje »Archiwum naukowe« (dotąd 5 tomów, z nich 1 w dziale matematyczno-przyrodniczym), »Studya nad historyą prawa polskiego« i t. p., a wydało dotąd 24 dzieł i rozpraw; nauk lekarskich dotyczy z nich jedno (Szumowskiego: »Galicya pod względem medycznym za Jędrzeja Krupińskiego 1772—1783«).

— Dr Stanisław Przybylski, były asystent kliniki chirurgicznej i położniczo-ginekologicznej U. J., ordynować będzie we Franzensbadzie.

Warszawa. Na posiedzeniu Wydziału III. Towarzystwa naukowego warszawskiego w d. 7. IV. b. r. przedstawiono m. i. następujące prace: P. Gorczyński: »O przebiegu rocznym usłonecznienia w Krakowie«, p. St. Sterling: »Badania nad budową i funkcyą kończyn przednich u wielorybów«.

Z różnych stron. Na porządku dziennym posiedzenia Wydziału lekarskiego »Polskiego Związku lekarzy i przyrodników« w Petersburgu w d. 2/15. IV. b. r. znajdowały się następujące wykłady: 1) Prof. Dr Ziemacki: Pokaz chorego i preparatów. 2) Dr Messing: Gorączka w napadach bolów strzelających w przebiegu wiądu rdzenia (3 przypadki). 3) Prof. Dr Ziemacki: Przypadek wycięcia wrzodu okrągłego żołądka i plastycznej operacyi rozszerzenia odźwiernika.

— Biuro stałej Komisyi międzynarodowej dla Zjazdów lekarskich, mającej siedzibę w Hadze, zawiadamia nas, że dn. 29. i 30. III. 1910 odbyło się pierwsze posiedzenie biura. Obecni na tem posiedzeniu byli 3 przedstawiciele Holandyi (Wenckebach, Burger, van der Haer), 1 Francyi (Blondel), 2 Niemiec (Waldeyer i Posner), 1 Włoch (Maragliano), 2 Anglii (Pavy i ClydeRiviere). Obrady toczyły się o organizacyi Zjazdów, któraby bardziej odpowiadała celowi, a wynik ich ma być przedstawiony na najbliższem posiedzeniu plenarnem. Komisyę przyjął imieniem rządu holenderskiego minister spraw wewn. Heemskerk, nadzwyczaj życzliwie. Sekretarzem generalnym komisyi w miejsce Prof. Wenkebacha wybrany został Prof. Burger z Amsterdamu. Adres biura komisyi: Commission permanente des Congres internationaux de médecine, La Haye, Hugo de Grootstraat 10. — Ogólne Zgromadzenie komisyi w jesieni r. b. zajmie się ogólną organizacyą najbliższego Zjazdu w Londynie. Biuro komisyi prosi czasopisma lekarskie wszystkich krajów o nadsyłanie wydawnictw lub przynajmniej numerów, zawierających artykuły o Zjazdach międzynarodowych. Również prosi biuro lekarzy wszystkich krajów o nadsyłanie życzeń i wniosków, zmierzających do podniesienia pracy naukowej na Zjazdach.

— Utworzony niedawno »Międzynarodowy komitet dla sprawy uzupełniającego wykształcenia lekarskiego« ukonstytuował się, wybierając prezesem Prof. Waldeyera z Berlina, sekretarzem generalnym Prof. Kutnera z Berlina, a do zarządu Prof.

Grosza z Pesztu, Landouzy z Paryża, Pavy z Londynu i Reina z Petersburga. Komitet oparty jest na zasadzie przedstawicielstwa państw*). Na najbliższem posiedzeniu w czasie uroczystości uniwersyteckich w Berlinie ma być uchwalone zbieranie danych o uzupełniającem wykształceniu lekarskiem we wszystkich krajach i utworzenie międzynarodowego biura informacyjnego dla tych spraw.

— Dr Teodor Wikerhauser, jeden z najwybitniejszych współczesnych lekarzy chorwackich, obchodził w r. b. dwudziestopięciolecie swej pracy w szpitalu SS. Miłosierdzia w Zagrzebiu. Rocznicę tę uczcili asystenci i uczniowie Jubilata wydaniem okazałej księgi pamiątkowej, obejmującej oprócz przedmowy i życiorysu Jubilata, pióra Dra Cackovica, 15 prac naukowych, przeważnie z zakresu chirurgii i ginekologii. — Jubilat, urodzony w roku 1858 w Zagrzebiu, studyował medycynę w Gracu, gdzie też uzyskał dyplom doktorski w r. 1883; następnie został sekundaryuszem szpitala Br. Miłosierdzia, a od r. 1885 szpitala SS. Miłosierdzia w Zagrzebiu, gdzie też w r. 1890 otrzymał prymaryat, na którym rozwinął szeroką działalność jako chirurg praktyczny i jako nauczyciel młodego pokolenia lekarzy chorwackich. Pod tym względem znaczenie pracy Jubilata da się porównać ze znaczeniem wielu naszych oddziałów szpitalnych w Warszawie, zastępującym młodym siłom lekarskim brak własnego naszego uniwersytetu. W ciągu swej działalności wykształcił Wikerhauser przeszło 30 asystentów, a pod Jego kierunkiem ogłoszono drukiem 89 rozpraw naukowych, nie licząc demonstracyi w Towarzystwie lek. chorwackich.

Redakcya »Przeglądu lekarskiego« przesyła Jubilatowi serdeczne »Ad multos annos!«.

— Jak podaje »Kuryer warszawski« (Nr 97), mają być w Anglii na podstawie uchwały parlamentu z d. 31. III. b. r. zaprowadzone Pogotowia ratunkowe, zorganizowane według projektu Dra Henryka Nachtla, Polaka, zamieszkałego w Paryżu.

Mianowani: Internista Docent Posselt w Insbrucku profesorem nadzw.

Zmarli: Dr Kazimierz Wołowski w 77 r. ż. w Petersburgu; Dr Roman Morozewicz, lekarz powiatowy w 48 r. z. w Lubartowie; Dr Wacław Cennere, sekretarz Towarzystwa lekarskiego w Radomiu;

Dr Roman Romme, sekretarz redakcyi »Presse méd«, referent lekarski kilku wielkich dzienników paryskich, doskonały »dziennikarz lekarski«, w 49 r. ż. w Paryżu; pochodził z Wilna, które z przyczyn politycznych musiał opuścić w 16 r. ż.

Redakcya otrzymała: Statystyka miasta Krakowa, opracowana przez Biuro statystyczne miejskie. Zeszyt XI. za lata 1906 i 1907. Kraków, 1909. — Otolski: Krótka charakterystyka ważniejszych alkaloidów roślinnych. Podręcznik dla farmaceutów. Warszawa, 1910, str. 139. Wydanie Fr. Karpińskiego. Skład gł. E. Wende i Sp. — Falgowski: 1) Jakich zasad trzymać się należy ze stanowiska społecznego w operowaniu zmian zapalnych przydatków macicy. »Przegl. chir. i ginek.«, 1910. 2) Ueber cystoskopische Befunde nach gynaekologischen Operationen. »Zeits. f. gyn. Urologie«, 1909. — Bogdanik: Stärke-Kontentiv-Verband bei Beinbrüchen. »Wiener klin.-ther. Wochs.«, 1910. — Goldman: Serodiagnoz sifilisa po Wasserman'n. Wydawnictwo »Klin. obszcz. stud. med.«. Kijów, 1910. — Biernacki: Zur Therapie der Epilepsie. »Wiener klin. Wochs.«, 1910. — Spomenica Dr T. Wikerhauseru posvecuju mu njegovi zahvalni ucenici. U Zagrebu 1910, str. 292.

*) Państwa, mające ponad 10 milionów mieszkańców, mają prawo wysyłać do komitetu oprócz zwykłych 3, jeszcze jednego, ew. dwu przedstawicieli. Austrya (nie licząc Węgier, mających osobnych 4 przedstawicieli) wysyła do komitetu 3 Niemców, Prof. Eiselsberga, Dra Haberlera i Dra Thenena; ciekawa rzecz, czy też jako dalsi przedstawiciele Austryi powołani będą także tylko Niemcy.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 20. kwietnia 1910 o g. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym wykład kol. Dra Frączkiewicza: »O gryserynie, jako leku przeciwgruźliczym«.

Zebranie sekcyi jarosławskiej Towarzystwa lek. gal. odbędzie się we czwartek **21. kwietnia 1910** o godzinie 6-ej w szpitalu powszechnym w Jarosławiu z następującym porządkiem dziennym: 1) Demonstracya chorych; 2) O działaniu wód leczniczych jodo-bromowych u chorych na kiłę, ze szczególnem uwzględnieniem leczenia w zakładzie zdrojowym w Iwoniczu, kolega Dr Turzański.

O liczny udział uprasza biuro Sekcyi.

Sekretarz: Dr Feldman. Przewodniczący: Dr Czyżewicz.

Rok XLIX. Kraków, dnia 23 kwietnia 1910. Nr 17.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z c. k. uniwersyteckiej Kliniki okulistycznej Radcy Dworu Prof. B. Wicherkiewicza i z c. k. uniwersyteckiego Zakładu mikrobiologii Prof. Dra Nowaka.

Hemeralopia, Xerosis et Keratomalacia.

Podał

Dr Edmund Rosenhauch,

asystent kliniki.

Oddawna wiadomą jest rzeczą, że pewne choroby oczne pozostają w związku z cierpieniami niektórych narządów lub ogólnemi schorzeniami ustroju. Wiemy, że w przebiegu zapalenia nerek rozwija się często charakterystyczne zapalenie siatkówki (retinitis albuminurica), że wiądowi rdzenia towarzyszy zanik nerwów wzrokowych, że w następstwie kiły, lub gośćca niejednokrotnie powstaje zapalenie tęczówki i t. d.

Prócz tych jednak cierpień, których związek z dokładnie określonemi chorobami ustroju jest dobrze znany, istnieją trzy schorzenia narządu wzrokowego, pozostające w pewnym, jakkolwiek niejasnym związku z ogólnym stanem ustroju, który zwykliśmy nazywać jużto przedwczesnem starzeniem się (marasmus praematurus), jużto podupadłem odżywieniem, złym składem krwi, charłactwem, upadkiem sił i t. p. Nazw. tych, jakkolwiek dotyczą one spraw pokrewnych, nie można jednak uważać za identyczne. Do zmian, jakie w tych stanach ustroju występują w narządzie wzrokowym należą: kurza ślepota (hemeralopia), zeskórnienie (xerosis) i zmięknienie rogówki (keratomalacia).

Pierwsze badania, odnoszące się do tych cierpień, przypadają pod koniec pierwszej połowy XIX wieku. Wtedy to opisał Rau dwa przypadki zeskórnienia, jednakże nie tłómacząc przyczyny tego cierpienia. W kilkanaście lat później ogłosił Bitot swoje spostrzeżenia nad zeskórnieniem, pisząc między innemi: »Cette lesion n'occupe pas les paupières, elle se forme sur le globe de l'oeil et elle consiste, non en une inflammation, mais en un assemblage de points d'un blanc éclatant, produisant comme une tache nacrée ou argentée à côté de la cornée transparente«. On też pierwszy zwrócił uwagę na łączność zeskórnienia z kurzą ślepotą.

Wkrótce potem potwierdził spostrzeżenia Bitota Villemin, a jako przyczynę kurzej ślepoty podał mechaniczną przeszkodę, wywołaną przez ułożenie się złuszczonych komórek nabłonkowych na powierzchni rogówki.

Netter sprzeciwia się temu zapatrywaniu, uważa kurzą ślepotę za poboczny objaw zeskórnienia, ze złuszczeniem nabłonka niemający nic wspólnego.

Prawie równocześnie ogłosił Gama Lobo z Rio de Janeiro 4 spostrzeżenia tego cierpienia, które nazywa: »Ophthalmia Brasiliana«. Wszystkie te 4 przypadki były ciężkie, połączone ze zmianami rogówki i skończyły się śmiertelnie.

Jednakże pierwszym, który dokładnie opisał zmiany występujące w przebiegu tego cierpienia na rogówce, był A. Graefe. Wszystkie jego przypadki odnoszą się do dzieci w wieku 2—4 miesięcy; wszystkie te dzieci były blade, źle odżywione, cierpiały na rozwolnienia; wszystkie też przypadki zakończyły się śmiertelnie, wśród coraz znaczniejszego upadku sił, lub wskutek przyłączającego się zapalenia płuc. Były to zatem przypadki ciężkie, podobne do opisanych przez Gama Lobo. Graefe uważa zmiany oczne za następstwo zmian mózgu (encephalitis infantilis), a przypuszczenie to opiera na badaniach mikroskopowych tkanki mózgowej, dokonanych przez Klebsa, ktory prócz tego znalazł w wątrobie w tych przypadkach rozległe stłuszczenia. Już wtedy przypuszczał też Graefe, że wszystkie te zmiany zależne są od ogólnego zaburzenia w odżywieniu ustroju. »In unseren beiden Fällen« pisze Graefe, »fand sich allerdings ausser der Encephalitis noch Fettleber vor und es könnte hiernach der Verdacht auftauchen, dass vielleicht das Hirnleiden mehr eine Teilerscheinung allgemeiner Ernährungsstörungen als den Quellpunkt des Gesammtleidens bezeichne«. Lżejsze postacie tego cierpienia bez powikłań rogówkowych opisał Snell w czasopiśmie: »The Lancet« i następnie Hocquart w »Archives d'Ophthalmologie«.

W opisie podróży po krajach bengalskich wspominają Capello i Ivens, że spotkali chorego nędznie odżywionego, prawie bezsilnego, którego wzrok coraz bardziej podupadał. Chory ten w końcu ociemniał zupełnie; przypadek zakończył się śmiertelnie. Gouvea w swojej obszernej rozprawie o zmięknieniu rogówki przytacza opisy Capelli i Ivensa i przypuszcza, że podróżnicy ci spotkali się z daleko posuniętym stopniem zmięknienia rogówki na tle wyniszczenia ustroju. Autorowi temu przypada zasługa zwrócenia uwagi na związek, zachodzący pomiędzy zeskórnieniem i kurzą ślepotą z jednej strony, a zmięknieniem rogówki z drugiej. U niewolników murzynów, zmuszonych do ciężkiej pracy przy niedostatecznem odżywianiu się, spostrzegał Gouvea charakterystyczne trójkątne zmiany zeskórnienia, znajdujące się po bokach rogówki w obrębie szpary powiekowej. Prawie we wszystkich tych przypadkach chorzy skarżyli się równocześnie na upośledzenie bystrości wzroku wieczorem o zmroku. Gouvea pierwszy zaznaczył, że samo złe odżywienie ustroju nie wystarcza do wywołania kurzej ślepoty, ale że koniecznem do tego jest także zadrażnienie siatkówki jaskrawem światłem, niejako uraz świetlny. Z reguły też z wywiadów przekonywał się, że niedowidzenie wieczorne występowało po pracy w polu najczęściej w czasie

żniw, podczas słonecznych dni. W przypadkach Gouvei przyłączały się do już wymienionych objawów, powikłania rogówkowe, występujące w postaci drobnych owrzodzeń w środku rogówki, które się szybko rozszerzały ku obwodowi, wywołując rozpad tkanki, wśród prawie zupełnego braku objawów zapalnych. Przypadki takie spostrzegał Gouvea, zarówno u osób dorosłych, jak zwłaszcza u dzieci, u których zazwyczaj sprawa kończyła się śmiertelnie. Kurzą ślepotę tłómaczy Gouvea niedokrwieniem siatkówki, pozostającem w związku z podupadłem odżywieniem ustroju i urazem świetlnym. Za przyczynę zeskórnienia i rozmiękknienia rogówki uważa również przewlekłe postępujące zaburzenia w odżywieniu i proponuje dla tych cierpień nazwę: »Xerophthalmia cachectica«.

Ciekawe spostrzeżenia ogłosili Kubli i Thalberg. Spostrzeżenia obu odnoszą się do chorych, zgłaszających się do szpitali petersburskich, przeważnie po długo trwających postach (przed Wielkanocą, 7 tygodni). W przeciągu 5 lat spostrzegał Kubli 19.589 chorych na cierpienia oczne, z tych 320 było dotkniętych kurzą ślepotą (241 mężczyzn, 79 kobiet). Choroba ta występowała daleko częściej u mężczyzn, przeważnie u robotników, pracujących ciężko fizycznie, wystawionych na działanie powietrza i jaskrawego światła. Byli to przeważnie marynarze, rybacy, rolnicy i t. d. Do wystąpienia kurzej ślepoty koniecznem jest, zdaniem Kubliego, niedostateczne odżywienie, bezpośrednią zaś przyczyną, wywołującą to cierpienie, jest fizyczny wysiłek i zadziałanie silnego światła. Objawy, jakie podczas tej choroby występowały, były następujące: niedokrwistość, bladość skóry i błon śluzowych, zapalenia gardła i tchawicy, zajęcia oskrzeli, zaburzenia trawienia. W wielu przypadkach obok kurzej ślepoty zmiany w narządzie wzrokowym polegały na znanych przyrogówkowych trójkątach zeskórnienia. Zmięknienia rogówki autor ani razu nie spostrzegał. Thalberg spotykał również podczas okresu wielkopostnego zmiany w narządzie wzrokowym w szpitalu dziecięcym w Petersburgu. Spostrzeżenia Kubliego odnoszą się do osób starszych, a zmiany ograniczały się albo tylko do kurzej ślepoty, albo do kurzej ślepoty z zeskórnieniem; natomiast spostrzeżenia Thalberga u dzieci należą do przypadków cięższych, prawie stale łączących się z powikłaniami na rogówce, najczęściej w postaci zupełnego jej zmięknienia. Zmiany te występowały u dzieci, których matki niedostatecznie się odżywiały — u dzieci częstokroć zupełnie, zdaniem Thalberga, zdrowych. O ile dzieci przebywały inne jakie choroby, to zmiany narządu wzrokowego tem szybciej i tem groźniej się rozwijały. Z powodu zbyt młodego wieku chorych nie można było stwierdzić, czy u dzieci tych istniała kurza ślepota. Thalberg przypuszcza, że przyczyną rozpadu rogówki jest zwolniony, albo zupełnie odcięty dopływ materyałów odżywczych, wskutek upadku ogólnego stanu odżywienia. Autor ten porównuje rozpad rogówki z powstawaniem zgorzeli na kończynach w przebiegu chorób ostrych, jak np. duru. W rogówce może do zmian takich dojść tem łatwiej, że błona ta, jak wiadomo, zupełnie nie posiada naczyń. Krążenie soków odżywczych w rogówce odbywa się, jak tego badania Pflügera dowiodły, od obwodu do środka. Głębsze warstwy rogówki odżywiają się kosztem naczyń twardówki, powierzchowne zaś jej warstwy zaopatrują w żywność naczynia spojówkowe. Thalberg wypowiada więc przypuszczenie, że powodem zmięknienia rogówki mogą być zakrzepy w naczyniach, przebiegających w obrębie pierścienia rogówkowo-twardówkowego. Chociaż zmiany tej mikroskopowo nie stwierdzono, to jednak zdaniem Thalberga, bardzo za tem przemawia nagły i szybki rozpad tkanki rogówki wśród prawie zupełnego braku objawów zapalnych. Atropina oddawała Thalbergowi złe usługi. Sprawa chorobowa natomiast szybko ustępowała po zastosowaniu maści eserynowej. Thalberg nie tłómaczy sposobu, w jaki mogło korzystnie wpływać na przebieg cierpienia rogówki, zastosowanie eseryny. Możnaby sobie je jednak wytłómaczyć w następujący sposób: wskutek niedokrwistości i podupadłego ogólnego stanu odżywienia, krążenie krwi odbywa się wolniej, tak, że niejednokrotnie następuje zastój (co najprawdopodobniej naprowadziło Thalberga na przypuszczenie tworzenia się zakrzepów w naczyniach przyrogówkowych). Jeżeli do takiego oka wpuścimy atropinę, to wskutek rozszerzenia źrenicy wzmagamy ucisk na kanał Schlemma i jeszcze bardziej przyczyniamy się do utrudnienia odpływu żylnego; eseryna natomiast przez zwężenie źrenicy nietylko nie wywołuje ucisku na kanał Schlemma, ale przeciwnie przyczynia się do ułatwienia odpływu żylnego z przedniego odcinka gałki ocznej. Korzystny wpływ eseryny na powikłania rogówkowe (keratomalacia) spostrzegał Thalberg nietylko u dzieci, ale także i u mężczyzn dorosłych, u których prawie z reguły występowały przy rogówce plamki zeskórnienia.

(C. d. n.).

O gruczołach przytarczycowych

(glandulae parathyreoideae).

Napisał

Prof. Dr Adam Bochenek.

(Ciąg dalszy).

b) Budowa histologiczna.

Badanie mikroskopowe gruczołów przytarczycowych wykazuje, że są one tworami nabłonkowymi, otoczonymi osłonką z tkanki łącznej. Wśród nabłonkowych komórek gruczołków widać mniejszą lub większą ilość tkanki łącznej, która stanowi podstawę dla komórek nabłonkowych. Tak ilość, jak i rozłożenie tkanki łącznej, wewnątrz gruczołków się znajdującej, ulega zmianom indywidualnym. To też już Sandström rozróżnił trzy typy budowy gruczołków; badania późniejsze (Kohna, Schapera, Tourneux i Verduna, Benjaminsa, Zuckerkandla) stwierdziły również istnienie tych typów.

Typ najprostszy budowy przedstawia wielką przewagę elementów nabłonkowych, między którymi znajduje się tylko delikatne naczyńka włosowate, z towarzyszącą im nieznaczną ilością tkanki łącznej.

W typie drugim elementa nabłonkowe tworzą wyraźne beleczki, łączące się ze sobą siatkowato, przestrzenie wolne tej siatki wypełnia tkanka łączna z naczyniami krwionośnemi.



Histologiczny obraz gruczołu przytarczycowego z kota.

Najrzadszym stosunkowo jest trzeci typ budowy, w którym komórki nabłonkowe układają się w lite pęcherzyki, pooddzielane większą ilością tkanki łącznej.

Wszyscy, badający początkowo gruczołki przytarczycowe (Sandström, Baber, Rogowicz, Gley i Phisalix, Zieliń-

ska, Schaper) podnosili, że budowa gruczołków przedstawia zasadnicze podobieństwo do utkania zarodkowych gruczołów tarczowych. Dopiero Kohn (1895) podniósł szereg różnic i wykazał, że podobieństwo to nie jest bynajmniej tak znaczne. Najbardziej zaś zasadniczą, jego zdaniem, różnicą jest fakt, że nawet u dorosłych nie występuje nigdy w gruczołkach przytarczycowych typowa wydzielina tarczycy, t. j. koloid.

Ponieważ Kohn w badaniach swoich, opartych na obfitym materyale gruczołków przytarczycowych kotów różnego wieku znalazł raz tylko koloid, sądzi, że uważanie gruczołków za zarodkowe utkanie tarczycy jest rzeczą błędną. Natomiast należy uważać, zdaniem jego, gruczołki za twory przyrody zupełnie swoistej, blizkie tarczycy tylko położeniem. Sądzi on, że są to specyalne gruczoły, nie mające przewodu, o ważnem wydzielaniu wewnętrznem. Dlatego też proponował zmianę nazwy, wprowadzonej dla nich przez Sandströma, na nazwę ciałek nabłonkowych (Epithelkörperchen), która nie oznacza żadnego stosunku gruczołków do tarczycy.

Od czasu, gdy Kohn postawił jako kryteryum braku powinowactwa między gruczołkami przytarczycowymi, a tarczycą, brak w pierwszych koloidu, cały szereg autorów zwrócił uwagę na to, czy koloid w gruczołkach da się wykazać, czy nie.

Schaper, Müller, Schreiber, Nicolas, Lusena, widzieli, że w części gruczołka przynajmniej mogą wytworzyć się pęcherzyki, wypełnione koloidem, że mogą one znaleźć się już w gruczołkach osobników młodych. Prócz tego stwierdzali oni często istnienie torbielków większych lub mniejszych, lub nawet małych ślepych przewodów, wysłanych nabłonkiem czasem nizkim kubicznym, a więc podobnym do nabłonka tarczycy, albo też czasem migawkowym. W tych torbielkach można było wykazać albo jakąś masę ziarnistą, albo wyraźny koloid.

Samego faktu stwierdzenia pęcherzyków, torbielków lub przewodów wypełnionych nawet koloidem, nie można uważać za dostateczne kryteryum podobieństwa lub różnicy gruczołka przytarczycowego i tarczycy, a to z dwóch względów. Po pierwsze, w okolicy, w której rozwijają się gruczołki, powstaje także osobny, niedawno dopiero poznany twór, z podobnych torbielków i kanałów się składający, twór, zwany ciałem pozaskrzelowem (corpus postbronchiale). Otóż z powodu blizkości miejsca rozwoju mogą łatwo części ciała pozaskrzelowego uledz objęciu przez tkankę gruczołków, a wtedy leżący w gruczołku torbielek lub pęcherzyk nie należy rozwojowo do gruczołka. Odnosi się to także do wszystkich podobnych tworów, leżących koło gruczołków.

Po drugie, wykazanie nawet jakiejś substancyi koloidalnej w jednym i drugim tworze nie dowodzi bynajmniej identyczności tych substancyi, a tem mniej identyczności tworów, wśród których ona powstała. Wszystkie dowody na podobieństwo dwóch substancyi koloidalnych są tylko wnioskami, opartymi na podobnem zachowaniu się tych substancyi względem barwików, a dowód taki wobec braku możliwości stwierdzenia, czy tak samo barwiące się substancye koloidalne są rzeczywiście chemicznie identyczne, nie pozwala właściwie stwierdzić ściśle ich podobieństwa, czy też identyczności, Wszak nieraz skrzepłe osocze krwi w naczyniu może przedstawiać się zupełnie podobnie, jak koloid gruczołu tarczowego. Udowodnić więc tożsamości gruczołków z tarczycą na podstawie stwierdzenia w nich koloidu nie podobna.

Drugą sprawą, która zajmowała i zajmuje jeszcze wielu badaczy, jest sprawa mikroskopowego udowodnienia wydzielania w gruczołkach. Zajmowali się pytaniem tem Kohn, Benjamins, Schreiber, Erdheim, Zuckerkandl, Petersen, a w ostatnich czasach Königstein.

Benjamins, opisując budowę gruczołków przytarczycowych, opisał w nich trzy rodzaje komórek. Pierwsze, to komórki palisadowate, wysokie, wałeczkowate, układające się jedną lub kilkoma warstwami w obwodowych warstwach gruczołków. Główną masę gruczołków stanowią jednak komórki typu drugiego, dość duże, w każdym razie większe od komórek tarczycy, o dużem pęcherzykowatem, słabo barwiącem się jądrze, a o protoplazmie zupełnie się nie barwiącej. Obok tych znajdujemy w środku gruczołków komórki również duże o małem jądrze, silnie barwiącem się i o protoplazmie ziarnistej, silnie chłonącej barwiki. Te komórki, opisywane również przez Kohna i Schreibera, a przez Erdheima nazwane komórkami kwasochłonnemi (oksyfilnemi), leżą zwykle grupami wśród komórek typu drugiego. Między dwoma ostatnimi typami można zauważyć szereg form przejściowych. Komórki, wypełnione ziarnistością, uważają zgodnie Benjamins, Petersen i Königstein za komórki, wypełnione wydzieliną. Formy przejściowe do komórek o protoplazmie jasnej, nie chłonącej barwików, za komórki, które częściowo swą wydzielinę oddały. Tak Benjamins, jak Petersen sądzą, że wydzielina dostaje się wprost do naczyń krwionośnych lub limfatycznych. Przy sprawie wydzielania niektóre komórki mogą uledz rozpadowi, wtedy przemieniają się one w koloid. Ten leży między innemi komórkami, które czasem ułożyć się mogą w kształt pęcherzyków. Benjamins, jak Petersen i Königstein uważają, że powstanie w gruczołkach koloidu jest wprawdzie objawem stałym, jako wynik rozpadu komórek, jest to jednak objaw zupełnie uboczny. Właściwy produkt gruczołu nie da się bowiem ich zdaniem wykazać mikroskopowo, i dlatego nie może być poznany.

W skład komórek gruczołków wchodzi u osobników starszych także tłuszcz, jak to stwierdził Erdheim; ilość tłuszczu zwiększa się z wiekiem w gruczołkach, i to nietylko w komórkach nabłonkowych, ale także i w komórkach tkanki łącznej gruczołków, tak że tkanka tłuszczowa może w gruczołkach osób starszych znacznie przeważać.

Z innych badań mikrochemicznych stwierdziły badania Petersena, że w komórkach gruczołkowych znajduje się glikogen, badania zaś Gleya, że w gruczołkach znajduje się jod, i to nawet w ilości większej, niż w tarczycy.

Naczynia krwionośne gruczołków badali Schaper i Petersen; podnoszą oni obaj, że naczynia włosowate odznaczają się w nich niezwykłą szerokością i że tworzą jakby pewien rodzaj zatok. Naczyń limfatycznych większych, jak to podniósł Petersen, zwykle w gruczołkach niema. U starszych osób silnemu rozszerzeniu ulegają w gruczołkach przestrzenie limfatyczne kołonaczyniowe i śródłącznotkankowe.

Zakończenia nerwowe w gruczołkach widział Sacerdotti.

c) Embryologia gruczołów przytarczycowych.

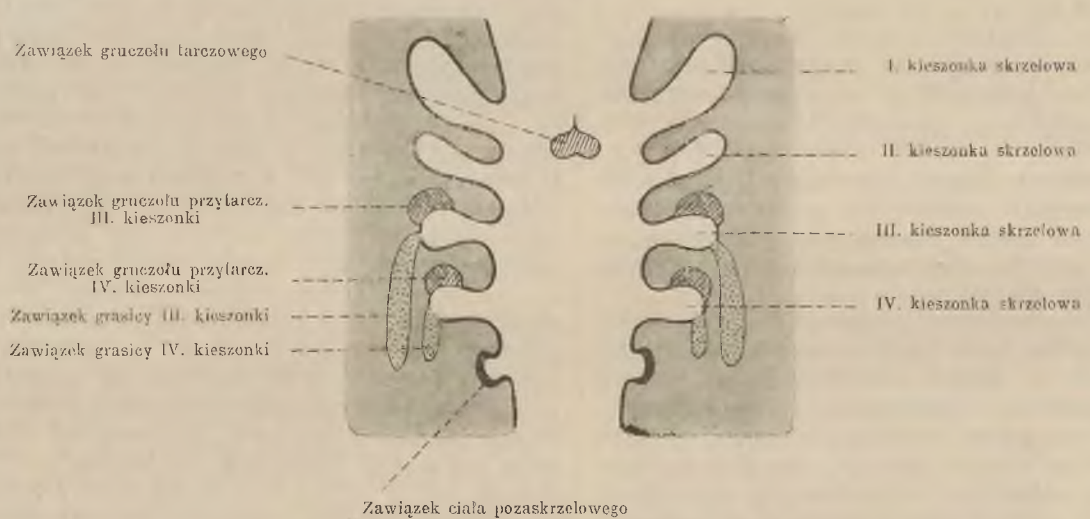
Gruczoły przytarczycowe, jak to wykazują nowsze badania Groschuffa, a także Verduna, należą do tworów, powstałych z nabłonka entodermalnego wewnętrznych kieszonek oskrzelowych na bocznej ścianie późniejszego gardła (pharynx). Z tych kieszonek powstają prócz nich grasica i tak zwane ciało pozaskrzelowe (corpus postbronchiale). Natomiast gruczoł tarczowy (gland. thyreoidea), pozostający w stadyach definitywnych w tak ścisłej łączności anatomicznej z gruczołami przytarczycowymi, powstaje na przedniej ścianie gardła (pharynx), między trzema guzkami, które później utworzą wspólnie język.

Według bardzo gruntownych i na wielkim materyale opartych badań Verduna powstają tak gruczoły przytarczycowe, jak i grasica, z trzeciej i czwartej kieszonki skrzelowej wewnętrznej. Nabłonek tej kieszonki buja we wczesnych okresach zarodkowych w dwóch kierunkach, ku stronie brzusznej i ku stronie grzbietnej. Wypuklenia brzuszne w obu kieszonkach są zawiązkami grasicy. Zawiązek brzuszny trzeciej kieszonki rozwija się w dalszym ciągu w grasicę definitywną, natomiast zawiązek grasicowy kieszonki czwartej albo zanika zupełnie, albo też pozostają z niego

tylko ślady w postaci małych grudek tkanki grasicznej, przylegających do ciałka nabłonkowego trzeciej kieszonki. Te grudki opisał pierwszy raz u kota Kohn i nazwał je płatkami grasicznymi (Thymusläppchen). Z wypukleń grzbietnych tychże samych kieszonek, t. j. trzeciej i czwartej, powstają naprzód małe ciałka lite, utworzone jedynie z komórek nabłonkowych, potem wrasta między nabłonek tkanka łączna, dzieląc jednolitą masę nabłonka na lite sznury nabłonkowe. Stosunek utworzonych w ten sposób gruczołów przytarczycowych do narządów sąsiednich zmienia się w dalszym ciągu rozwoju.

Gruczoł przytarczycowy kieszonki trzeciej leży z początku tuż obok grasicy, gdy jednak ta obsuwa się w dół, ciałko to pozostaje na miejscu. Ponieważ właśnie rozrasta się zawiązek pierwotny gruczołu tarczowego, gruczoł przytarczycowy zaczyna przylegać do niego, tworząc tak zwany przez Kohna zewnętrzny gruczoł przytarczycowy.

Gruczoł przytarczycowy kieszonki czwartej pozostaje na stałe w łączności z małym zawiązkiem grasicznym kieszonki czwartej, który, o ile nie zaniknie, tworzy przy nim płatek grasiczny. Z dwoma tworami gruczołowymi, powstałymi z czwartej kieszonki skrzelowej (gruczołkiem tarczycowym i płatkiem grasicznym) łączy się jeszcze jeden zawiązek zarodkowy, któremu dawniej przypisywano ważną rolę w utworzeniu gruczołu tarczowego. — Jest to wypuklenie nabłonka, powstające poniżej kieszonki skrzelowej 4-tej w miejscu szczątkowych dolnych szczelin skrzelowych. Z tych dwóch symetrycznych wypukleń nabłonkowych, zdaniem dawniejszych badaczy (Wölfler, Stieda, Born) miały powstawać płaty boczne gruczołu tarczowego, te miały później łączyć się z zawiązkiem środkowym, powstałym między guzkowatymi zawiązkami języka, we wspólną całość.



Schemat powstawania gruczołów pochodzących z kieszonek skrzelowych.

Badania jednak nowsze, zwłaszcza Verduna, wykazują, że boczny ten zawiązek nie daje bynajmniej materyału na boczne płaty gruczołu tarczowego, lecz że zostaje tworem szczątkowym, z którego tworzy się nieznaczna ilość pęcherzyków, wysłanych nabłonkiem nieraz migawkowym, zawierających czasem substancyę do koloidu podobną. Całą tę, wspólnem pochodzeniem związaną grupę pęcherzyków objęto nazwą ciała pozaskrzelowego (corpus postbronchiale). Ciało pozaskrzelowe przylega do gruczołu przytarczycowego, powstałego z 4-tej kieszonki skrzelowej i do powstałego z niej płatka grasicznego, wszystkie zaś razem z rozrostem gruczołu tarczowego układają się na dolnej części jego tylnej powierzchni. Niektóre pęcherzyki ciała pozaskrzelowego mogą uledz obrośnięciu przez tkankę gruczołu przytarczycowego dolnego, stąd też niektóre torbiele, zawierające nieraz koloid, wykazywane w tym gruczole, nie pochodzą bynajmniej z utkania samego gruczołu przytarczycowego, lecz z utkania ciała pozaskrzelowego.

Widzimy więc z rysu rozwojowego gruczołów przytarczycowych, że powstają z zupełnie niezależnych i od początku oddzielnych zawiązków, że więc co do powstawania są tworami zupełnie odrębnej przyrody.

Że ten rodzaj zapatrywania się na rozwój gruczołów przytarczycowych ciała pozaskrzelowego i gruczołu tarczowego jest słuszny, dowodzą przypadki nieprawidłowego rozwoju tej okolicy, opisane przez Formanka i Haskoveca. W przypadkach tych istniał zupełny wrodzony brak gruczołu tarczowego, którego nawet śladów wykazać nie było można, natomiast gruczoły przytarczycowe, grasica i ciało pozaskrzelowe rozwinęły się prawidłowo. Skoro te narządy rozwinęły się prawidłowo, a należy przypuszczać, że cała boczna okolica gardła, t. j. okolica szczelin skrzelowych, rozwijała się prawidłowo, dziwnemby też było, gdyby z tej okolicy powstająca część gruczołu, t. j. płaty boczne gruczołu tarczowego się nie rozwinęły. Natomiast zrozumiałem jest łatwo, że brak jedynie środkowego zawiązka, leżącego na przedniej ścianie gardła, spowodował zupełny zanik gruczołu tarczowego, skoro ten jedynie z tego środkowego zawiązka powstaje.

d) Fizyologia gruczołów przytarczycowych.

Pytanie o znaczeniu gruczołów przytarczycowych dla fizyologii ustroju zwierząt ssących i człowieka wyłoniło się z wyników, otrzymanych przy doświadczeniach, prowadzonych celem stwierdzenia znaczenia fizyologicznego gruczołów tarczowych.

Badania nad fizyologią gruczołów tarczowych doprowadziły do przekonania, że wycięcie gruczołów tarczowych u zwierząt mięsożernych, psa, kota, lisa, wywołuje u nich stale śmierć, która w krótkim czasie następuje, a to wśród objawów ogólnych klonicznych i tonicznych kurczów, t. j. wśród objawów tężyczki (tetania). Natomiast doświadczenia na zwierzętach trawożernych (królik, baran, owca) przekonały, że zwierzęta te znoszą operacyę dobrze, to znaczy, że tężyczka u nich nie występuje, że jednak po dłuższym czasie rozwija się u nich charłactwo (cachexia), która objawia się ociężałością, zmianami w uwłosieniu, strupami i ranami na skórze. Jako przyczynę tej różnicy podawano odmienną przemianę materyi u jednych i u drugich zwierząt. Gruczoł tarczowy miał spełniać czynność rozkładania toksyn, powstałych w sprawach przemiany materyi ustroju. Tych toksyn u zwierząt trawożernych powstawać ma mniej, dlatego objawy zatrucia przybierają u nich postać zatrucia przewlekłą, natomiast u zwierząt mięsożernych toksyn tych ma powstawać więcej, wskutek czego intoksykacya, po wycięciu gruczołu tarczowego, który nie zobojętniał tych toksyn, występuje u nich w formie ostrej, t. j. w postaci tężyczki.

Otóż doświadczenia Gleya, wykonane w r. 1892, przekonały, że u zwierząt trawożernych, t. j. u królika, operacya ta może wywołać śmierć w krótkim czasie i wśród objawów tężyczki, jeżeli wykona się operacyę całkowitego wycięcia gruczołu tarczowego (thyreoidectomie complète). Ta zaś operacya polega na tem, że wycina się nietylko sam gruczoł tarczowy, ale i dwa gruczołki leżące poniżej niego. Te dwa gruczołki nazwał Gley »glandules thyreoides«, i w dalszych swych badaniach uznał za identyczne z gruczołkami przytarczycowymi, odkrytymi już przez Sandströma.

Doświadczenia Gleya, na licznych bardzo królikach wykonane, przekonały, że usunięcie gruczołu tarczowego i »glandules« (gruczołków przytarczycowych) w przeważnej części przypadków wiedzie króliki najwyżej w 28 dniach do śmierci wśród objawów tężyczki, że zaś wycięcie samego gruczołu tarczowego i jednej tylko »glandule« wiedzie do charłactwa takiego, jakie widzimy po operacyi wycięcia gruczołu tarczowego samego.

Z tego wysnuł Gley wniosek, że gruczołki przytarczycowe pozostające mogą ratować życie królika, a to dzięki temu, że przedstawiają one zarodkową postać gruczołu tarczowego. Jeżeli gruczołki te przerosną po wycięciu gruczołu tarczowego, ratują one zwierzę od śmierci w objawach tężyczki, nie chronią go jednak od wystąpienia charłactwa.

Ponieważ Moussu zaprzeczył wynikom doświadczeń Gleya, Gley wykonał dalszy szereg doświadczeń na zwierzętach, które jako mięsożerne ulegały w doświadczeniach poprzednich autorów po wycięciu gruczołu tarczowego stale tężyczce, mianowicie na psach. Pozostawienie gruczołów przytarczycowych (»glandules«) z równoczesnem wycięciem u psów gruczołu tarczowego, ratowało zwierzęta od tężyczki, natomiast występowały u nich jako następstwo operacyi objawy charłactwa.

Te więc doświadczenia, przeprowadzone po raz pierwszy przez Gleya, zwróciły uwagę na znaczenie fizyologiczne gruczołów przytarczycowych. Powtórzono je następnie w licznych pracowniach, otrzymując wyniki, zgodne z doświadczeniami Gleya. Do tych, którzy doświadczenia Gleya z podobnym, jak on wynikiem wykonali, zaliczyć należy Hofmeistra, który dodatkowo stwierdził, że młode zwierzęta są o wiele czulsze na następstwa operacyi, niż zwierzęta starsze, Verstratena i Vanderlindena, Cadeaca i Guignarda, Capobianco, Walter Edmundsa, Palladina, Rouxeau (na 100 królikach), a wreszcie i Leśniowskiego.

Różnica w wynikach tych doświadczeń polegała jedynie na tłómaczeniu przypadków, w których pomimo wycięcia gruczołów przytarczycowych zwierzęta nie ginęły na tężyczkę, lecz wśród objawów charłactwa, jakoteż co do stwierdzenia faktu przemiany budowy gruczołków przytarczycowych w budowę gruczołu tarczowego.

Co do pierwszej okoliczności, t. j. braku objawów tężyczki mimo wycięcia gruczołu tarczowego i gruczołków przytarczycowych, to można to tłómaczyć albo powstaniem małych gruczołków przytarczycowych dodatkowych, lub też szybkiem wystąpieniem czynności gruczołów, mogących czynność gruczołu tarczowego i gruczołów przytarczycowych zastąpić, jak n. p. przysadki mózgowej.

Co do sprawy, czy pozostawiony gruczoł przytarczycowy ulega zmianie budowy na gruczoł tarczowy, to zdania znacznie się rozeszły. Verstraten i Vanderlinden stwierdzili po operacyi wycięcia gruczołu tarczowego naprzód przekrwienie, a potem przerost gruczołków przytarczycowych, podobnież Rouxeau stwierdził przerost gruczołków przytarczycowych. Walter Edmunds i Gley wspólnie z Nicolasem stwierdzili przerost gruczołków przytarczycowych, nie mogli jednak stwierdzić zmiany w budowie na budowę gruczołu tarczowego. Mimo to sądzą, że gruczoł ten, mikroskopowo niezmieniony, może objąć zastępczo czynność gruczołu przytarczycowego. Natomiast Svale Vincent i Jolly stwierdzili nietylko przerost gruczołków, ale i wybitną przemianę ich utkania w utkanie gruczołu tarczowego, t. j. wystąpienie pęcherzyków, a w nich koloidu.

Sprawa zdawała się więc w przeważnej części badań rozstrzygnięta na korzyść twierdzenia Gleya. Tymczasem między rokiem 1896, a 1899, podjęli szereg nowych doświadczeń Vassale i Generali. Operowali oni przeważnie psy, i to w odmienny sposób, niż to czynił Gley i jego następcy. W jednych doświadczeniach usuwali oni wszystkie 4 gruczołki przytarczycowe, a pozostawiali sam gruczoł tarczowy, w drugich pozostawiali wszystkie gruczoły przytarczycowe, a usuwali jedynie gruczoł tarczowy. Wyniki tych dwóch seryi doświadczeń dozwoliły tym autorom zmienić dotychczasowe pojęcie o stosunku gruczołu tarczowego do czynności gruczołów przytarczycowych; ich zdaniem dowodzą one, że czynności te są zupełnie odrębne. Ponieważ po wycięciu wszystkich gruczołów przytarczycowych następuje śmierć przy objawach tężyczki, a ta jest dowodem ogólnego samozatrucia ustroju, muszą w ustroju prawidłowym gruczoły te spełniać czynność zobojętniania tych toksyn. Brak ich zaś wywołuje intoksykacyę. Po wycięciu zaś gruczołów tarczowych nie następuje tężyczka, lecz powolne charłactwo. Sądzą więc oni, że gruczoł ten wpływa w jakiś sposób na ogólną przemianę materyi, brak jego czynności zaznacza się zaburzeniem przemiany materyi, a to objawia się wystąpieniem charłactwa. Istnieją więc w ustroju prawidłowym dwie zupełnie odrębne czynności: czynność gruczołów przytarczycowych i czynność gruczołu tarczowego.

Do tego sposobu zapatrywania przyłączył się Moussu, który przez długi czas był stanowczym przeciwnikiem twierdzenia Gleya, z późniejszych badaczy na tem stanowisku stanęli: Jeandelize, Pepere, Lusena, Pineles, Erdheim, Eiselsberg i inni. Zdaje się też, że i Gley skłonił się do zmiany swych zapatrywań pierwotnych w duchu twierdzeń, głoszonych przez Vasalego i Generaliego.

Doświadczenia Gleya i Vasalego i Generaliego powtarzali na psach, potwierdzając wyniki jednego i drugich, Quervain, Cadeac i Guignard, Capobianco, na kotach Pineles i Hagenbach, na małpach z mniej jednak pewnymi i stałymi wynikami Capobianco i Pineles, a wreszcie na szczurach Cristiani i Erdheim. Badania Erdheima podnieść należy z powodu ich wielkiej dokładności, gdyż operował on, wypalając igiełką, rozgrzaną prądem elektrycznym, gruczoły przytarczycowe, a wyniki operacyi kontrolował zawsze na seryach skrawków z okolicy operowanej. Te doświadczenia stwierdziły stałe występowanie tężyczki, o ile wszystkie gruczoły przytarczycowe były zniszczone.

Wykazały one dalej, że dodatkowe gruczoły przytarczycowe mogą znajdować się w szczycie grasicy, nieraz już poza mostkiem. O ile te dodatkowe gruczoły były dość duże, mogły one, obejmując czynność gruczołów operacyjnie usuniętych, uratować zwierzęta od objawów tężyczki. Przy długotrwałem charłactwie zauważył Erdheim zmiany nietylko na skórze i w uwłosieniu, ale i w wyrastaniu zębów, jakoteż widział rozwijanie się zaćmy. Podnosi więc, że zmiany przy charłactwie obejmują przedewszystkiem narządy pochodzenia ektodermalnego. Natomiast próby Cadeaca i Guignarda na baranach i koniach i Lanza na kozach nie dały wyraźnych wyników, co tłómaczyć można niedostateczną znajomością położenia gruczołów przytarczycowych u tych zwierząt.

Bardzo znaczna część autorów, powtarzając naprzód doświadczenia Gleya, a potem Vasalego i Generaliego, potwierdzała ich wyniki i wprowadzała wystąpienie tężyczki w zależność od braku gruczołów przytarczycowych; nie brakło jednak i na tem polu badaczy, którzy przeczyli znaczeniu, przypisywanemu gruczołom przytarczycowym. Tu zaliczyć należy przedewszystkiem Svale Vincenta i Jollyego. Operując na różnych zwierzętach, przekonali się oni wprawdzie, że u mięsożernych, n. p. u lisa, wycięcie gruczołów przytarczycowych jest stale śmiertelnem. a u nie mięsożernych zabieg ten przynajmniej u części zwierząt śmierć wywołuje, zestawiają jednak statystykę wspólną dla wszystkich zwierząt i stwierdzają, że znaczny procent nie ulega następstwom tej operacyi. Uważają też oni łączenie wystąpienia tężyczki z brakiem gruczołow przytarczycowych za jeszcze nieudowodnione, gdyż twierdzą, że przy tej operacyi zawsze ulega uszkodzeniu i sam gruczoł tarczowy, tak, że następstwa operacyi przypisać należy wspólnym zaburzeniom narządu, złożonego z gruczołów tarczowych i przytarczycowych, a nie tylko usunięciu jednej części tego narządu.

Tak samo przeciwni pierwotnemu twierdzeniu Gleya byli Blumenreich i Jacoby, którzy zmiany tężyczkowe w do-

świadczeniach swoich otrzymywali rzadko, a zmiany charłacze przypisywali innym okolicznościom, a nie operacyi.

Skrajnie przeczące stanowisko zajmuje Munk, który nietylko nie przypisuje żadnego znaczenia fizyologicznego gruczołom przytarczycowym, ale co więcej przeczy nawet, aby usunięcie gruczołu tarczowego miało jakieś znaczenie zasadnicze dla całości ustroju. Munk w tem zapatrywaniu swem jest jednak zupełnie odosobniony i zdaje się, że nie ma żadnych zwolenników.

Należy wreszcie rozpatrzyć, czy nie można u człowieka stwierdzić jakiegoś stosunku między czynnością gruczołów przytarczycowych, a tężyczką. Pod tym względem wiadomo, że po operacyi zupełnego usunięcia wola występują najczęściej objawy charłactwa, rzadko zaś objawy tężyczki i jedne jednak, tak jak i drugie opisano. Zwrócono przytem uwagę, że w klinice Kochera w Bernie częstszem następstwem usunięcia gruczołu tarczowego zwyrodniałego jest charłactwo, a w klinice Billrotha w Wiedniu stosunkowo częstszem jest wystąpienie tężyczki. Pineles zebrał przypadki, opisane w literaturze, w których po operacyi wola wystąpiła tężyczka i przekonał się, że o ile operowano płat środkowy gruczołu tarczowego, tężyczka nie występowała, natomiast zdarzała się tylko najczęściej w tych przypadkach, gdy operowano obustronnie płaty boczne. Sądzi też, że statystyka, przez niego zestawiona, dowodzi tego dobitnie, iż tężyczka występuje najczęściej wtedy, gdy operuje się w okolicach płatów bocznych, t. j. w sąsiedztwie gruczołów przytarczycowych, które skutkiem tego łatwo mogą uledz uszkodzeniu. Natomiast nie występuje ona, gdy się operuje części od gruczołów przytarczycowych dalekie. Leischnerowi udało się wytłómaczyć różnice wyników operacyi w klinice berneńskiej i wiedeńskiej. W Wiedniu przed wycięciem gruczołu tarczowego zwyrodniałego wypreparowują naprzód nerw krtaniowy dolny (nervus laryngeus inferior s. recurrens), a to w tym celu, aby go przy operacyi nie uszkodzić. W Bernie zaś operują bez tego przygotowania. Ponieważ oba gruczoły przytarczycowe leżą wzdłuż tego nerwu, przy preparowaniu jego oba są narażone na uszkodzenie. Tak więc prawdopodobieństwo uszkodzenia przy sposobie operowania, stosowanym w Wiedniu, jest większe, co też tłómaczy większą ilość przypadków tężyczki spostrzeganą w Wiedniu.

(C. d. n.).

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Hampeln. **O przednich liniach kierunkowych na klatce piersiowej.** (Deut. Archiv f. klin. Med. 1910. T. 98, Z. 4—6). Ponieważ linia sutkowa i linie przymostkowe są niestałe, poleca H. za Dietlenem i Treupelem linię mostkową środkową, jako linię kierunkową pionową, której się trzymać należy przy oznaczaniu granic narządów klatki piersiowej. Obok tego podaje linię poziomą, przechodzącą przez podstawę wyrostka mieczykowatego mostka, jako linię kierunkową dla oznaczania położenia końca serca. Latkowski.

L. Steffen. **O zachowaniu się krwi w gruźlicy płuc.** (Deut. Archiv f. klin. Med. 1910, T. 98, Z. 4—6). St. zwrócił w swych badaniach główną uwagę na zachowanie się limfocytów w przebiegu gruźlicy płuc. Krew badał w tym kierunku u większej ilości chorych w różnych okresach choroby. Wyniki dają się streścić w następujący sposób: Ilość hemoglobiny i krwinek czerwonych zachowuje się w toku gruźlicy płuc tak, jak u ludzi zdrowych, i tylko wyjątkowo zmniejsza się ilość hemoglobiny i ciałek czerwonych u osób gruźliczych równocześnie bledniczych, lub w ostatnich okresach gruźlicy płuc. Rzecz ogólnie znana, że nawet w ciężkich stanach gruźlicy płuc krew może zawierać względnie znaczną ilość hemoglobiny. Ilość ciałek białych eozynochłonnych zwiększa się w lekkich stanach chorobowych, a zmniejsza w ciężkich. Ilość leukocytów jest wskaźnikiem dla zdolności odczynu ustroju na sprawę gruźlicy. Najważniejszym jest stosunek ilościowy neutrofilów do limfocytów. U chorych nie gorączkujących z przewlekłą gruźlicą płuc znajdował St. zwiększoną do podwójnej ilości ilość limfocytów, co tłómaczy tworzeniem się gruzełek bez większego odczynu. W stanach gorączkowych znajdował zwiększenie ilości leukocytów, w lżejszych stanach z przewagą limfocytów, — zwiększenie zaś ilości neutrofilów świadczy o wtórnych sprawach zapalnych. Im cięższą jest sprawa chorobowa, tem więcej znajdujemy neutrofilów. Wraz ze spadkiem gorączki w lekkich przypadkach zwiększa się ilość limfocytów, a zmniejsza ilość neutrofilów, tylko w ciężkich przypadkach pozostaje zwiększenie ilości neutrofilów. Autor podnosi ważność zwiększenia się ilości limfocytów dla rozpoznania rozpoczynającej się ukrytej i zamkniętej gruźlicy płuc. Jeśli niema limfocytozy, nie można rozpoznawać gruźlicy płuc początkowej. Obecność jednak limfocytozy nie dowodzi gruźlicy, ponieważ limfocytoza zdarza się także w kile, chorobie Basedowa, zapaleniu nerek, krztuścu i t. d. Nie można jednak rokować źle na podstawie stwierdzenia neutrofilowej leukocytozy ani ze zmniejszenia się ilości limfocytów, bo każdy przypadek gruźlicy zachowuje się inaczej pod względem prognostycznym.

Że ilość limfocytów zwiększa się w przebiegu różnych zmian gruźliczych, świadczą o tem spostrzeżenia także innych badaczy w przebiegu wysięków opłucnej, zapalenia opon mózgowych i t. p. Latkowski.

Wertheim-Salomonson. **Badanie tętnicy paznokciem.** (Deut. Archiv f. klin. Med. 1910, Z. 4—6). Autor zaleca badanie ściany tętnicy sprychowej paznokciem, zamiast opuszką palca, ponieważ paznokciem łatwiej się ograniczyć daje tętnica z obu stron, a do wyczuwania używa się czucia całego łożyska paznokciowego. W ten sposób daje się zawsze tętnica wyczuć tak u dziecka, jak i u dorosłego, i z łatwością można ocenić grubość jej ścian, jeśli tylko tętnica leży na twardej podstawie, jak n. p. tętnica promieniowa, skroniowa i t. p. Latkowski.

G. Herxheimer i H. Kohl. **Choroba Adamsa-Stokesa i pęczek przedsionkowo-komorowy.** (Deut Arch. f. klin. Med. 1910, T. 98, Z. 4—6). W spostrzeganym przez H. i K. przypadku występował objaw charakterystycznego rozdwojenia czynności komór i przedsionków tylko w początku choroby. Wtedy liczba skurczów przedsionków przewyższała liczbę skurczów komór 3 i 4-krotnie. W późniejszym przebiegu choroby akcya komór i przedsionków była równa. Badanie anatomiczne wykazało zwyrodnienie wiązki Hisa i świeże ognisko zwyrodnienia w nerwie błędnym lewym. Autorowie tłómaczą tą zmianą w nerwie błędnym spostrzegane zwolnienie tętna, pod koniec życia zauważone. Latkowski.

E. Masing i P. Morawitz. **Klimat wysokogórski i tworzenie się krwi.** (Deut. Archiv f. klin. Med. 1910, T. 98, Z. 4—6). Autorowie chcieli odpowiedzieć na pytanie, czy w klimacie wysokogórskim występuje rzeczywiste zwiększenie ilości krwi przez wzmożone tworzenie się krwi, czy też tylko względne zwiększenie ilości krwi w jednostce objętości. Użyli w tym celu metody oznaczania ilości zużytego przez krwinki czerwone O_2 i CO_2, gdyż ze zwiększonej wymiany gazowej krwi można wnosić o żywszej regeneracyi krwi. Badali krew swą w Heidelbergu (115 m) i w Col d'Olen na Monte Rosa po 10-dniowym pobycie, gdyż w tym czasie już powinny były zmiany we krwi wystąpić. Oznaczali zużycie O_2, ilość krwinek czerwonych i ilość hemoglobiny hemoglobinometrem Haldanea. Ilość hemoglobiny i krwinek w klimacie wysokogórskim wzrastała, zwiększonego zużycia tlenu przez krwinki nie udało się natomiast spostrzedz. Nie zaprzeczając więc, czy

się wogóle odradzanie się krwi odbywa, autorowie twierdzą, iż: 1) Krew zebrana jałowo zużywa w zwykłych warunkach małą ilość tlenu i zwykle stałą ilość. 2) Zużycie tlenu wzrasta po miernych upustach krwi w okresie zwiększonego odradzania się krwi. 3) Wzniesienie o 3000 m nie wywołuje w ciągu 10 dni zwiększonego zużycia tlenu. Prawdopodobnie wytwarzanie się krwi nie bywa przez takie wzniesienie więcej pobudzone, niż przez upust krwi 300—400 cm.

Latkowski.

Doc. H. Lüdke. **O otrzymywaniu i działaniu surowicy leczniczej przeciwdurowej.** (Deut. Archiv für klin. Med. 1910, T. 98, Z. 4—6). L. starał się od szeregu lat uzyskać surowicę, zobojętniającą możliwie najsilniejsze endotoksyny durowe, przez wstrzykiwanie kozom hodowli prątków durowych roztartych w ciepłocie — 190° C, lub strawionych metodą Gottsteina i Mathesa. Do uzyskanej w ten sposób surowicy dodawał pewną ilość surowicy, mającej własności bakteryolityczne. Po przeprowadzeniu doświadczeń na zwierzętach i przekonaniu się o skuteczności tej surowicy na zwierzętach, zastosował ją L. u 6 chorych. U wszystkich chorych nastąpiła poprawa ogólnego stanu i stopniowy spadek ciepłoty (per lysin), w 5 przypadkach zauważył nadto L. skrócenie przebiegu choroby. W 6. przypadku, bardzo ciężkim, nastąpił zapad, wywołany zatruciem endotoksynami po wstrzyknięciu surowicy. W kontrolnych przypadkach duru, leczonych czystą surowicą prawidłową, uzyskaną z kóz, lub surowicą działającą tylko bakteryolitycznie, wpływu leczniczego nie zauważono. Latkowski.

Hakon B. Christensen. **Osad moczu u ludzi, zajmujących się sportem i chorych na choroby nerek.** (Deut. Arch. f. klin. Med. 1910, T. 98, Z. 4—6). Badania osadu moczowego wykonywano po ćwiczeniach fizycznych u ludzi, zajmujących się sportem, jak szermierzy, atletów, bokserów, Vikingów i t. d. Osad barwiono krystalfioletem i sudanem. Prawie u wszystkich spostrzegał Ch. pojawianie się w moczu wałeczków, białka, ciałek krwi czerwonych, tłuszczu, po zmęczeniu wskutek ćwiczeń fizycznych. Pojawianie się tłuszczu w wałeczkach uważa autor za niekorzystne zjawisko w przebiegu chorób nerkowych. Zmiany spostrzegane w nerkach po tych sportach uważa autor za zaburzenia w krążeniu nerkowem.

Latkowski.

Neurologia i psychiatrya.

P. Merle i R. Weissenbach. **Ostre zapalenie wyściółki komór mózgowych.** (Presse méd. 1910, Nr 8). 4-miesięczną dziewczynkę przywieziono do szpitala z objawami ostrego zapalenia opon mózgowych, jednakże bez znacznego podniesienia ciepłoty. Od $1^1/_2$ miesiąca znacznie zwiększyła się głowa dziecka, co wskazywało na wodogłowie. W płynie mózgowo-rdzeniowym oprócz białych ciałek dużo dwoinek, barwiących się podług Grama. W piątym dniu pobytu w szpitalu dziecko zmarło; sekcya zwłok wykazała ostre zapalenie wyściółki komór mózgowych, opony zaś rdzeniowe ledwo były dotknięte. Obraz drobnowidowy nie pozostawiał wątpliwości co do rozpoznania.

J. Bednarz.

A. Stoffel. **O przeszczepianiu nerwów przy porażeniu wiotkiem.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 5). Autor podaje kilka przypadków rdzeniowych porażeń u dzieci, gdzie zastosowano przeszczepianie nerwu. W jednym przypadku n. p. obwodowy koniec nerwu oddzielono od długiej głowy mięśnia trójgłowego, a wszczepiono w mięsień naramienny, który był porażony i zaczął już zanikać. We wszystkich przypadkach osiągnął autor wyniki zadowalniające. J. Bednarz.

U. Cerletti. **W sprawie komórek prążkowatych** (Folia neuro-biol. 1910, T. III., Nr 7). Sprawa komórek prążkowatych (Stäbchenzellen) do ostatnich czasów nie została wyjaśniona. Gdy jedni uważają, że pochodzą one z gleju, inni twierdzą, iż są pochodzenia mezodermalnego. Dla wyświetlenia tej sprawy posługiwał się C. następującą metodą barwienia: barwił preparat w błękicie toluidynowym, rysował obraz drobnowidowy na papierze, szczególnie uwzględniając komórki prążkowate, odbarwiał preparat i na nowo go barwił mieszaniną Manna, lub też mieszaniną; »Resorcin-Fuksin-Toluidinblau«, która doskonale barwi naczynia krwionośne. Nowy obraz drobnowidowy porównywał z rysunkiem. Otóż okazało się, iż część komórek prążkowatych jest w bardzo ścisłym związku z błoną zewnętrzną lub też śródbłonkiem i nie jest niczem innem, jak tylko jądrami komórek śródbłonkowych, albo błony zewnętrznej. Na zasadzie swych badań twierdzi C., iż część komórek prążkowatych jest pochodzenia mezodermalnego, ponieważ należy do naczyń krwionośnych. J. Bednarz.

Hauptmann. **Odczyn biologiczny w płynie mózgowo-rdzeniowym przy organicznych chorobach nerwowych.** (Med. Klinik 1910, Nr 5). Organicznym chorobom nerwowym towarzyszy zwykle rozpad osłonek rdzeniowych, jakoteż włókien osiowych. Wychodząc z założenia, że produkta rozpadu substancyi nerwów muszą się znajdować w płynie mózgowo-rdzeniowym, zastosował H. do wykrycia tych produktów metodę biologiczną. Jednym z produktów rozpadu nerwów jest cholestearyna, która, jak wiadomo, powstrzymuje hemolityczne działanie saponiny na czerwone ciałka krwi zwierząt. Na tym fakcie oparł H. swoje bardzo złożone badania. Używał on saponiny Kahlbauma (1: 10.000) w dawkach 0·4—07, w każdym przypadku doświadczalnie określając dawkę, płynu mózgowo-rdzeniowego 0·8 i krwi (7·5%) 0·5. Materyał był dość obfity i dał następujące wyniki: 1) U 92 chorych bez organicznych porażeń układu nerwowego wynik był ujemny; 2) 26 chorych z wybroczynami w mózgu: 70% odczynów dodatnich; 3) 53 z wiądem rdzenia: 83% odczynów dodatnich; 4) 23 z kiłą mózgowo-rdzeniową: 65% odczynów dodatnich; 5) 15 ze stwardnieniem rozsianem: 46% odczynów dodatnich; 6) 12 padaczkowych: wynik ujemny; 7) 10 z guzami mózgu i rdzenia: — wszystkie dodatnie. Szereg doświadczeń kontrolujących potwierdził osiągnięte wyniki, z których H. wysnuwa wnioski następujące: 1) Przy pewnych chorobach nerwowych organicznych, połączonych z rozpadem tkanki nerwowej, zjawiają się w płynie mózgowo-rdzeniowym pewne ciała, które dają się wykryć przez to, iż powstrzymują hemolityczne działanie saponiny na krwinki człowieka. 2) Prawdopodobnie ciała te należą do grupy cholestearyny. 3) Należałoby jeszcze określać, o ile odczyn ten da się zastosować w praktyce.

Dr J. Bednarz.

Prace w zakresie zapalenia przednich rogów rdzenia (poliomyelitis anterior) **u małp.** (Flexner i Levis: Journ. Amer. Med. Assoc. 1909, 23. XI., 4. XII., 11. XII. Münch med. Wochs. 1910, Nr 2. Presse méd. 1910, Nr 6. Leiner i Wiesner. Wiener klin. Wochs. 1909, Nr 49. Prof. P. Römer. Münch. med. Wochs. 1909, Nr 49. 1910, Nr 5. Prof. Beneke. Münch. med. Wochs. 1910, Nr 4. Landsteiner i Levaditi. Soc. de Biol. Bel. 67, 1909, 27. XI. Levaditi. Presse méd. 1910, Nr 6). Od czasu, gdy Flexnerowi i Levisowi powiodło się doświadczalnie przez szczepienie wywołać zapalenie przednich rogów rdzenia u małp (w drugiej połowie 1909 r.), badania w tej dziedzinie szybko posuwają się naprzód. Badania Prof. Römera, Flexnera i Levisa stanowczo dowiodły, że żadne zwierzę oprócz małp nie jest wrażliwe na zarazek, wywołujący tę chorobę u dzieci. Morskie świnki, kozy, owce, psy, konie, woły, świnie, szczury i koty po niejednokrotnem wstrzyknięciu zawiesiny rdzeniowej pozostawały zupełnie zdrowe. Pierwsze próby polegały na wstrzykiwaniu płynu mózgowo-rdzeniowego chorych dzieci do kanału rdzeniowego i jamy otrzewnej małp, lecz były bezskuteczne. Dopiero gdy Landsteiner i Popper użyli do wstrzykiwań zamiast płynu mózgowo-rdzeniowego zawiesiny samego mózgu, można było stwierdzić u małp zmiany w prze-

dnich rogach, podobne do tych, które powstają przy porażeniu rdzeniowem u dzieci. Jednakże zrazu nie udawało się zapomocą mózgu zakażonej małpy wywołać żadnej choroby po wstrzyknięciu go innym małpom. Późniejsze próby Flexnera i Levisa wypadły pomyślniej: mózg chorych małp, wstrzyknięty w postaci zawiesiny w fizyologicznym rozczynie soli innym małpom, wywoływał u nich zapalenie przednich rogów rdzenia. Do wstrzykiwań używano 5% zawiesiny w rozczynie fizyologicznym (Römer) lub samego mózgu roztartego bez wszelkich domieszek (Flexner i Levis), przyczem Römer dla większej pewności radził wstrzykiwać 0·5 ctm³ wewnątrz mózgowo i jednocześnie 5 ctm³ do otrzewnej. Wogóle małpy są dość na ten jad czułe; jednakże w kilku przypadkach wstrzykiwania nie odniosły żadnego skutku. Leiner i Wiesner przypuszczają, że zależało to od wieku małp i ich odporności indywidualnej. Römer zaś tłómaczy te niepowodzenia ilością jadu, a mianowicie wywodzi on, że trudno odróżnić makroskopowo części mózgu więcej zmienione od mniej zmienionych, więc przypadkowo można wziąść część mózgu mniej zmienioną, zawierającą mniej jadu, wskutek czego skutek będzie słabszy, lub wcale go nie będzie. Na dowód tego przytacza Römer przypadki, w których pierwsze wstrzyknięcie nie wywołało skutku, a dopiero powtórne wstrzyknięcie silnych dawek powodowało chorobę. Flexner i Levis otrzymali dodatnie wyniki przy wstrzykiwaniu roztartego mózgu pod skórę, do nerwu kulszowego, oraz do żył. W jednem doświadczeniu wstrzyknięto małpie mózg pod skórę. Następnie po śmierci małpy kawałek skóry z miejsca wstrzyknięcia, oraz najbliższy gruczoł chłonny i mózg roztarto, każde oddzielnie, i wstrzyknięto trzem małpom. Okazało się, że gruczoł chłonny i mózg zawierały jad, bo wywołały porażenie rdzeniowe u 2 małp; — zawiesina ze skóry dała wynik ujemny.

Ani Römer, ani Leiner i Wiesner nie znaleźli jadu we krwi, w śledzionie, płynie rdzeniowym, gruczole przyusznym i w trzustce.

Pod względem klinicznym objawy choroby u małp są podobne do objawów choroby u dzieci. Okres zwiastunowy trwa od 7 do 17 dni, obraz drobnowidowy rdzenia mało różni się od tegoż obrazu u dzieci, a nawet, jak podkreśla Prof. Beneke, bywa wybitniejszy, niż u dzieci. Prof. Beneke twierdzi, że jad pierwotnie uszkadza ściany naczyń, następnie tkankę śródmiąższową, a później miąższ (komórki nerwowe); uważa on, iż zapalenie przednich rogów u dzieci jest sprawą śródmiąższową. W śledzionie stwierdził Beneke bardzo głębokie zmiany ciałek Malpighiego. Prof. Römer twierdzi, że małpy, które raz przebyły chorobę, są odporne na ten jad, najwcześniej jednak po 24—30 dniach od początku choroby. Jeżeli przed upływem tego terminu wstrzyknąć małpie po raz drugi mózg zakażony, objawy potęgują się i zejście jest bezwarunkowo śmiertelne. Jad widocznie działa zbiorowo (kumulatywnie). Tego samego zdania są Flexner i Levis. Przy najskrupulatniejszych poszukiwaniach ani w preparatach z rdzenia, ani w płynie mózgowordzeniowym nie zdołano znaleść żadnych drobnoustrojów, któreby mogły być uważane za przyczynę choroby. Płyn otrzymany przy filtrowaniu przez sączek Berkefelda, ma te same własności, co zawiesina mózgu. Przy zachowaniu wszelkich ostrożności co do aseptyki, zawiesina nie traci swoich własności chorobotwórczych w ciągu dni 50, o ile jest przechowana w ciepłocie + 4° C, a w ciągu 40. dni przy ciepłocie — 4° C. Zmieszana z gliceryną może być zawiesina przechowywana w ciągu tygodnia, z bulionem zaś w ciągu 15 dni przy ciepł. + 38° C. Levaditi twierdzi, że w bulionie z płynem przesiękowym po zaszczepieniu odsączu udało mu się przy pomocy metody Löfflera wykryć ciałka okrągławe, czasem owalne, grupujące się parami lub kupkami, bardzo małe. Farby anilinowe nie barwią ich wyraźnie. Fuksyna rozcieńczona przy długiem działaniu nadaje ciałkom kolor blado-różowy, lub też, nie barwiąc samych ciałek, otacza je czerwonawym paskiem. Podług Giemsy ciałka barwią się na kolor blado-niebieski.

Dr J. Bednarz.

Higiena.

G. Stein. **Konserwy jarzynowe zaprawione miedzią i oznaczanie w nich zawartości miedzi.** (Zeits. f. Unters. d. Nahrungs- und Genussmittel 1909, Tom 18). Przy barwieniu jarzyn miedzią rolę główną odgrywa połączenie jej z filocyaniną; połączenia z leguminą — leguminaty — tworzą się dopiero później przy nadmiernem zaprawianiu miedzią. Dodatkiem starannym zostaje całkowita ilość miedzi dodanej związana, płyn zaś, w którym mieszczą się konserwy, może być prawie wolny od miedzi. G. omawia barwienie miedzią ze stanowiska higienicznego, oraz ze stanowiska technicznego. Z uwagi, że ilości Cu, o które idzie, są bardzo małe — posiada sposób poboru prób, do badania przeznaczonych, przygotowanie do analizy i sposób postępowania przy oznaczaniu miedzi bardzo ważne znaczenie dla osiągnięcia dobrego wyniku. Na 10 badanych przez S. konserw zawierało 8 ponad 55 mg miedzi w 1 kg konserw (75—101 mg). Do badania użył S. 100—200 gr konserw, opłukanych wodą, przez co ilości podane odnoszą się do właściwej masy konserw; w płynie znalazł autor miedzi 0,0004—0,002%. Przy ustawowem uregulowaniu sprawy barwienia konserw miedzią należy podać dokładnie, czy dopuszczona ilość miedzi odnosi się do właściwej masy konserw, czy też do równoczesnej zawartości jej i w płynie okalającym konserwy.

Stwierdzić obecność miedzi w konserwie można łatwo przez włożenie świeżo wypolerowanej blachy żelaznej do konserwy, zakwaszonej 25% kwasem solnym; przy większej zawartości miedzi wydzieli się przy ciepłocie 50—60° miedź na blasze już w ciągu 1 godziny. Do ilościowego oznaczania miedzi nadaje się badzo dobrze metoda elektrolityczna, którą autor w 2 odmianach opisuje. Obie odmiany dają zgodne ze sobą wyniki, natomiast metoda Brebeka w formie zmienionej przez Graffa łatwo bywa źródłem błędów.

L. Bier.

M. Fritsche. **Farby do barwienia masła, zawierające oleje mineralne.** (Zeits. f. Unters. d. Nahrungs- und Genussmittel 1909, Tom 17). Głównym składnikiem obu farb był olej mineralny, zielonawo fluoryzujący, o zapachu nafty, c. g. 0,9045 przy 15° C. punkcie wrzenia 360° C. W barwiku pierwszym było go 60% obok 2% barwika, resztę stanowił olej łogowy (sezamowy), barwik drugi zawierał go w ilości 53% obok oliwy z kukurydzy. L. Bier.

Marsh Pitzman. **Własności odkażające sublimatu i azotanu srebrowego wobec płynów, zawierających białko.** (Hygien. Rundschau 1909, Z. 12). Sublimat i azotan srebrowy w obecności płynów, zawierających białko, łączą się z niem w pewnych stałych stosunkach. Utworzony związek białka i rtęci nie posiada własności odkażających wobec zwykłych zarazków ropnych. Celem uzyskania odkażenia w płynie, zawierającym białko, należy tyle dodać doń sublimatu, by starczyło go nietylko do związania białka, lecz również do odkażenia. Wiele połączeń białka ze srebrem posiada sole srebrowe w nadmiarze; nie posiadają one jednak co do własności odkażających właściwości korzystniejszych, aniżeli też same sole srebrowe, nie zawierające białka.

L. Bier.

E. Küster. **Morbicid, nowy przetwór mydlany z formaldehydem.** (Hyg. Rundschau 1909, Z. 16). Morbicid jest przetworem specyalnie złożonego mydła z 12,5% wag. formaldehydu. Własności jego bakteryobójcze — jak wynika z doświadczeń K. — są w stosunku do zawartości w nim aldehydu mrówkowego 3 razy większe, niż rozczynu wodnego aldehydu (formaliny) przy równej zawartości odsetkowej ciała działającego. Własności te wzrastają bardzo wybitnie przy ogrzaniu zawierającego go płynu do 40° C. W rozczynie 2—4% łączy morbicid silną własność odka-

żającą formaliny ze słabem działaniem żrącem i przyjemnym zapachem lizoformu — może być przeto polecony jako środek zastępczy za oba te środki przy leczeniu ran.

L. Bier.

W. Lange. **Zawartość kwasu siarkawego w żelatynie handlowej.** (Arbeit. a. d. kais. Gesundheitsamte 1909, T. 32). Mimo obfitego zastosowania żelatyny przy wyrobie produktów spożywczych, wiadomo bardzo mało o zawartości kwasu siarkawego w tym produkcie. Metoda, podana w rozporządzeniu wykonawczem do niemieckiej ustawy o nadzorze nad produktami mięsnymi, okazała się dla stwierdzenia obecności kwasu siarkawego dobrą. Ilościowo można SO_2 oznaczyć w czystej żelatynie metodą jodową, gdyż jod w rozczynie, użytym do miareczkowania i w czasie potrzebnym do jego wykonania, nie działa na żelatynę czystą; w żelatynach handlowych, zawierających w ogromnej większości prawie zawsze SO_2, daje jednak metoda jodowa wyniki zanadto wysokie. Dla dokładnego oznaczenia SO_2 w żelatynie zalewa się 10—20 gr żelatyny 500 cm wody celem rozpęcznienia jej w ciągu 15 minut, rozpuszcza przez powolne ogrzewanie, dodaje następnie celem powstrzymania pienienia 2—3 gr kwasu garbnikowego, wypędza powietrze strumieniem kwasu węglowego z kolby i chłodnicy i przekrapla się, dodawszy 20 cm kwasu fosforowego, wprowadzając zwolna CO_2 200—250 cm^3 do naczynia, zawierającego rozczyn jodu.

Według doświadczeń L. używają fabryki przy wyrobie żelatyny zdaje się prawie ogólnie kwasu siarkawego. Z badanych żelatyn 69% zawierało do 0,125%—31% ponad 0,125% SO; ilości najwyższe wynosiły 0,216, 0,219, 0,247, 0,371, 0,467%. Doświadczenia autora nad zachowaniem się żelatyny wobec gazowego SO_2 stwierdziły, że żelatyna sucha może wchłonąć wielką ilość tegoż gazu, żelatyna napęczniała znacznie mniej. Żelatyna siarkowana nie oddaje gazu ani do powietrza suchego, ani do nasyconego parą wodną, nie zmienia się również w niej samej zawartość kwasu wskutek utlenienia na H_2SO_4. Krótkie gotowanie żelatyny, rozpuszczonej w wodzie, nie uwalnia jej od tego kwasu; moczenie żelatyny w wodzie czyni to bardzo wydatnie, zwłaszcza, jeżeli przed moczeniem w wodzie przechowano żelatynę przez $^1/_2$ godziny w 1% kwasie solnym.

L. Bier.

Uhlenhuth i Xylander. **Badania nad antyforminem, środkiem odkażającym, rozpuszczającym bakterye.** (Arb. a. d. k. Gesundheitsamte 1909, T. 32). Autorowie uzupełniają dawniejszy komunikat swój o antyforminie, podając doświadczenia z nim wykonane. Własności jego rozpuszczające wobec ciał organicznych, śluzu, kału, plwociny, uwydatniają się szczególnie wobec ciał rogowych i chitynowych — skóry, włosów, wełny, ciała owadów; własność ta nie objawia się wobec bawełny i lnu. Antyformin rozpuszcza wszystkie bakterye i mikroby z wyjątkiem laseczników gruźliczych i innych bakteryi kwasoodpornych, przez co i jego własności bakteryobójcze wobec zarazków bakteryjnych — z wyłączeniem gruźliczych, wąglikowych i innych zarodnikujących — znanych i oku naszemu dotychczas niedostępnych (zaraza świń, ospa), są zupełnie pewne. Antyformin niszczy trucizny bakteryjne i zwierzęce w czasie krótkim, posiada wybitne własności odwaniające i przechowuje się łatwo bez zmiany. Do użytku praktycznego nadaje się środek ten tam, gdzie idzie o rozpuszczenie ciał organicznych, o oczyszczenie przedmiotów z zawartego na nich brudu lub zapachu nieprzyjemnego przy równoczesnem odkażeniu. Należy jednak pamiętać, że przy obecności ciał białkowych własności odkażające antyforminu maleją, zaś na niektóre z nich działa on bardzo energicznie (farby). Przy odkażaniu mieszanin kału i moczu dodatek antyforminu należy tak zastosować, by mieszanina zawierała około 15% antyforminu. Wobec ciał o silnym odczynie zasadowym należy po całkowitem rozpuszczeniu grudek kału dodać kwasu solnego celem uwolnienia związanego chloru. Do odkażania antyforminem nadają się prócz wydalin zakaźnych ludzkich i zwierzęcych wody użytkowe, woda z kąpieli, naczynia, używane przy chorych i t. p. — wydaliny ludzkie, szczególnie cuchnące. Nadaje się on również do pomnożenia bakteryi gruźliczych i trądu przy poszukiwaniu ich mikroskopowem, jak również przy robieniu hodowli gruźliczych wprost z plwociny, nadto zaś i do techniki mikroskopowej z powodu swych własności wyjaśniających.

L. Bier.

W. Kuntze. **Badania nad mlekiem sfermentowanem. Kefir.** (Centralbl. f. Bacteriol. 1909, Ab. 2, T. 24). Fermentacya kefirowa jest sprawą złożoną. Początkowo występuje fermentacya masłowa, której pełnemu rozwojowi przeszkadzają drożdże. Obok fermentacyi drożdżowej rozwija się równocześnie fermentacya mleczna. Rozwój wskutek konkurencyi, wywołanej przez inne dronoustroje fermentacyjne, jest jednak znacznie wolniejszy, niż w kulturze czystej. W kefirze starym dominuje fermentacya masłowa.

L. Bier.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Sekcya jarosławska Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Sprawozdanie z posiedzeń naukowych za rok 1909.

Odbyto posiedzeń sześć.

I. Odczyty.

1) Sawicki: **O pielęgnowaniu chorych.**

2) Turzański: **O działaniu środków leczniczych w Iwoniczu.**

3) Fechter: **W sprawie leczenia zgorzeli kończyn.**

4) C. k. lekarz pułkowy Sikorski: **O wartości rozpoznawczej i leczniczej nowszych surowic.**

5) Puzon: **O krętkach bladych Schaudinna**, z demonstracyami drobnowidowemi.

6) Fechter: **O leczeniu spraw i zakażeń ropnych.**

II. Demonstracye.

1) Kol. Rossberger przedstawił dziewczynkę, u której górny kieł mocno wystający, zapomocą korony osadzonej na zębie dolnym przeciwnym przesunął do rzędu innych zębów.

2) Kol. Fechter przedstawia 10-letnią dziewczynkę **z wielopalcowością** (poly- et syndactylia) na obu rękach i stopach; matka chorej posiada także tę wadę wrodzoną.

3) Kol. Fechter przedstawił **ozdrowieńców po zabiegach chirurgicznych**, wykonanych w szpitalu: *a)* chorego po trepanacyi zatoki czołowej (otok ropny) sposobem Kuntha, *b)* 2 chorych ze żylakami kędzierzastymi kończyn dolnych: 1. leczony przez wyłuszczenie żyły odpiszczelowej podskórnej po podwiązaniu (Trendelenburg-Casali), 2. leczony po podwiązaniu żyły wstrzykiwaniami śródżylnemi 5% kwasu karbolowego według Tavela; *c)* chorego, u którego wyłuszczono ogromnych rozmiarów puchlinę kaletki przedrzepkowej (hygroma praepatellare ingens); *d)* chorego, u którego podokostnie usunięto wyrośl kostną, otoczoną torebką na nasadzie kości (exostosis cartilaginea bursata femoris); *e)* chorego z promienicą twarzy, szyi i żuchwy, leczonego operacyjnie, przytem jodkiem potasu wewnętrznie i co kilka dni wstrzykiwaniami jodypiny; znaczne polepszenie; *f)* chorego, któremu cały nabój śrutu wszedł w kończynę górną lewą wzdłuż rowka mięśnia dwugłowego (sulcus bicipitalis) i w przegub łokciowy; obrzęk kończyny; w przegubie łokciowym guz; brak tętna na kości sprychowej (arteria radialis); wyjęcie śrutów, podwiązanie tętnicy sprychowej w miejscu obrażenia (1 śrut tkwił w tętnicy, zamykając światło); *g)* chorego z raną postrzałową poniżej

więzadła Pouparta lewego w lacuna vasorum; kończyna obrzmiała; palce i dolna $^1/_3$ goleni zimna; rozszerzenie rany, podwiązanie tętnicy udowej wysoko tuż nad miejscem uszkodzenia; boczne zeszycie żyły udowej katgutem; tamponada. W ranie znaleziono kawałek patronu wojskowego, który przeciął tętnicę, a żyłę udową skaleczył. Mimo podwiązania tętnicy udowej w miejscu obrażenia powyżej odejścia tętnicy okalającej udo, wytworzyło się krążenie uboczne, tak, że wysokie odjęcie kończyny poniżej kolana mogło nastąpić w linii demarkacyjnej; *h)* chłopaka, który wskutek przejechania doznał zmiażdżenia czaszki (kość czołowa i skroniowa lewa); porażenie języka, połykania, mowy, lewej kończyny górnej; trepanacya na przestrzeni dłoni dorosłego mężczyzny; podwiązanie tętnicy oponowej; wycięcie zmiażdżonych części mózgu z kawałkami włosów i czapki; sączki; powoli objawy ustępowały, a w 12 tygodni po obrażeniu chory opuścił szpital uleczony z nieznacznem upośledzeniem inteligencyi i smętnawym wyrazem twarzy; *i)* 6-letniego chłopaka, u którego wskutek kopnięcia konia nastąpiło zniszczenie dolnej środkowej części kości czołowej, zatok kości sitowych, nosowych, tak, że widać podstawę czaszki, siodło i 2 półkole mózgu, pokryte oponą twardą; trepanacya, sączkowanie — wyleczenie; *j)* chorą po wyjęciu macicy przez laparotomię sposobem Olshausena z powodu raka trzonu; *k)* chorą, u której wyjęto torbiel skórzastą jajnika prawego 3-krotnie około szypuły skręconego, z następowemi zmianami odżywczemi; na ścianach torbieli objawy zastoju żylnego; wolny płyn w jamie brzusznej; peritonitis adhaesiva recens; ileus paralyticus, ciepłota wyżej 39⁰; *l)* chorą, u której drogą laparotomii wyjęto torbielak brodawkowaty jajnika prawego ogromnych rozmiarów, pęknięty do jamy otrzewnej z następowem zapaleniem otrzewnej; *m)* chorego, 67 lat liczącego, z przepukliną pachwinową lewostronną uwięźniętą; zawartość worka przepuklinowego tworzyła kątnica z wyrostkiem robaczkowym i pętlą jelita cienkiego; *n)* 2 kobiety po wyłuszczeniu macicy przez laparotomię z powodu całkowitego pęknięcia śród porodu (obie wieloródki); trzecia leczona zachowawczo po rozwiązaniu drogami naturalnemi zmarła. We wszystkich tych 3 przypadkach pęknięcie przedniej ściany macicy.

4) Kol. Fechter przedstawił i omówił **preparaty anatomiczne**: 1. Preparat jelita (8-letni chłopak), przepuklina prawostronna urazowa uwięźnięta (od 3 dni); treść worka: jelito ślepe z wyrostkiem robaczkowym (wyrostek $19^1/_2$ cm długi); zgorzel wstępująca (gangraena retrograda) pętli odprowadzającej jelita cienkiego w jamie brzusznej. Resectio intestini; drainage cavi peritonei; exitus. 2. Wyrostek robaczkowy (ropniak [empyema] wyrostka) z następowym ropniem miednicy małej i z tyłu za kątnicą ku nerce i wątrobie; chory przed 2 laty miał przejść napad kolki wyrostkowej, od tego czasu miał być zdrowym. Chory po 6 tygodniach po zabiegu zakończył życie na ropnicę. 3. Preparat macicy, pękniętej śród porodu, uzyskany przez laparotomię: Wieloródka; 5 porodów rzekomo prawidłowych; wezwany lekarz odsyła do szpitala. Bezwzględne ścieśnienie miednicy; wyrośl kostna na kości krzyżowej; pęknięcie macicy boczne w prawem przymaciczu; wolny płyn w jamie brzusznej; objawy posocznicy. Rozwiązanie drogami naturalnemi niemożliwe. Laparotomia, wycięcie macicy przez laparotomię: drenowanie przez pochwę; zejście śmiertelne.

Sekretarz: Dr Puzon.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne d. 1. marca 1910.

1) Anastazy Landau przedstawił: 1) przypadek **zakrzepu tętnicy bezimiennej** u 48-letniego mężczyzny, 2) **krzywe sfigmograficzne**, zdjęte z żył szyjnych, z wątroby, serca i tętnicy promieniowej w przypadku niedomykalności i zwężenia lewego ujścia żylnego, oraz niedomykalności zastawki trójdzielnej, w którym rozpoznanie kliniczne potwierdzone zostało przez badanie sekcyjne.

2) Janowski pokazał kilka normalnych **krzywych żylnych**, zdjętych w tempie powolnem i w szybkiem, objaśnił znaczenie ich poszczególnych zębów, zgodnie z nowszemi badaniami szkoły Heringa.

3) Bełkowski przedstawił **preparaty** makroskopowe i mikroskopowe z **rdzenia** kręgowego i z rdzenia przedłużonego wraz z częścią mostu, pochodzące z 12-letniego chłopca, zmarłego wskutek **promienicy opon mózgowych** na oddziale Dra Chełchowskiego. W przypadku tym zmiany, opisane w siodle tureckiem i sąsiedztwie, wskazywałyby, że promienica dostała się do jamy czaszkowej przez drogi nosowe. Szerzenie się promienicy tą drogą na opony i mózg jest prawie nieuwzględnione w piśmiennictwie.

4) Kazimierz Rzętkowski wygłosił referat: **O współczesnym stanie elektrokardyografii.** Po wyjaśnieniu zasady galwanometru Einthovena, opisał R. dokładnie ten przyrząd. Następnie przedstawił w zarysie technikę zdejmowania elektrokardyogramu, sposoby łączenia galwanometru z ludźmi i psami, a nadto uwydatnił trudności manipulowania przyrządem, oraz źródła błędów. Z kolei przedstawił typową krzywą elektrokardyograficzną na epidiaskopie, wyjaśnił znaczenie jej załamków, oraz wpływ na normalny elektrokardyogram takich czynników, jak oddechu wzmożonego, przyspieszonej czynności serca, podrażnień nerwu błędnego, dużego upustu krwi, uśpienia chloroformowego. Następnie omówił prelegent zmiany elektrokardyogramu w takich sprawach, jak zwężenie lewego ujścia żylnego z porażeniem przedsionków, t. zw. »Herzblock«, »extrasystolae«, »pulsus irregularis perpetuus«, »hemisystolia«, wady aorty, niedomykalność zastawki dwudzielnej. W końcu podkreślił wielkie znaczenie elektrokardyografii, jako ścisłej metody badania zmian czynnościowych mięśnia sercowego.

Dyskusya: Prof. Napoleon Cybulski zaznaczył, że od 3 lat zajmuje się elektrokardyografią. Choć dopiero 6 lat upłynęło, jak Einthoven podał swój przyrząd, istnieje już dość znaczna w tej sprawie literatura. Większość jednak badaczy stara się zastosować ten przyrząd do celów praktycznych wtedy, kiedy sam przyrząd dotychczas jeszcze nie jest dokładnie zbadany, kiedy nie ujawniono jeszcze wszystkich jego zalet i wad. Następnie przedstawił Prof. Cybulski własne krzywe izolowanego serca żaby, psa, krzywe zdjęte u ludzi zdrowych i chorych. Dotychczas nie można sobie jeszcze zdać sprawy, jaki pożytek przyniesie przyrząd Einthovena. Badania własne przekonały mówcę, że zjawisk elektrycznych, które obserwujemy, używając przyrządu Einthovena, nie można wytłómaczyć obecnie istniejącemi teoryami elektryczności.

Janowski zaznacza, że podstawy fizyologiczne krzywej elektrokardyograficznej nie są dostatecznie znane. Podkreśla, że nie jest nawet wiadomo, co w tych krzywych zależy od pracy prawej i lewej komory serca, a co od włókien poprzecznych i podłużnych. J. sądzi, że elektrokardyografia może oddać specyalne usługi dla nauki przy stosowaniu jej jednocześnie z przedmiotowem zapisywaniem tonów, oraz z ezofagografią, której dalszy rozwój zależy od skombinowania jej z obu wymienionemi metodami. W końcu pokazał J. tony serca, zdjęte przez samego Weissa jego metodą. Robi to w celu dania możności porównania ich z tonami, otrzymanymi metodą Einthovena.

3) Karwacki w imieniu własnem i Szokalskiego wypowiedział rzecz: **O rozmieszczeniu krętków Obermayera w ustroju zarażonej pijawki.** Badania nad pijawkami wykazały, że przeważna część krętków opuszcza przewód kiszkowy i osiedla się w tkance łącznej dookoła narządów wewnętrznych: ovaria, testes, nephridia, gdzie wytwarzają niekiedy olbrzymie sploty. Spotyka się krętki i w mięśniach; wolna jest od nich skóra.

Tadeusz Wilczyński.

Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Zebranie z d. 7 stycznia 1910.

1) Dr Kroll zawiadamia, że u chorego, przedstawionego na ostatniem zebraniu z naroślą nad okiem, wykonał nakłucie, które nie wykazało ropy. Ponieważ ciepłota wynosi 37·2°, przeto nie może zachodzić tu stan zapalny. Prawdopodobnie chodzi o nowotwór z jamy ocznej wychodzący.

2) Dr Mieczkowski przedstawia 70-letniego chorego, u którego operował **tłuszczaka** na plecach. Tłuszczak rósł przez 45 lat, aż nareszcie owrzodził i należało go usunąć. Ze względu na wiek chorego użył M. znieczulenia miejscowego i spotrzebował 0·3 nowokainy z adrenaliną. Operacya trwała 3/4 godziny.

W dyskusyi wspomina Dr Kroll, że po 0·04 kokainy spostrzegał zapad. — Dr Falgowski zapytuje, czemu nie użyto skopolaminy-morfiny, którą uważa właśnie u starców za odpowiednią. — Dr Dembiński zaznacza, że nowokaina na błony śluzowe nie działa; tam należy używać alypiny. Skłonność do zatruć jest bardzo indywidualna.— Dr Dziembowski przypisuje wielką rolę wpływom psychicznym przy zapadach po kokainie. Sam stosował duże dawki 20% rozczynu bez złych skutków. — Dr Gantkowski zwraca uwagę na różnicę między stosowaniem wewnętrznem, a podskórnem. U pewnego kokainisty wystarczyła maleńka dawka, wstrzyknięta według Obersta, by wywołać znieczulenie. — Dr Kroll nie był zadowolony z uśpienia skopolamino-morfinowego; zaznacza, że chirurdzy porzucają je obecnie dla zbyt silnego podniecenia i napięcia mięśni. — Radca Dr Chłapowski zwraca uwagę, że środki trujące, zażyte wewnętrznie, przechodzą przez wątrobę, która zawiera odtrutkę. W Peruwii od dawnych wieków stosują ludzie kokainę (liście koka), jako środek podniecający. — Dr Łazarewicz przypomina, że nowokaina jest 10 razy mniej trująca, niż kokaina. Przy krwawej operacyi dużo odcieka z krwią, część też powstrzymuje od wessania adrenalina. U starszych osób nie można stosować skopolaminy-morfiny samej; jeśli stosować, to w połączeniu ze znieczuleniem lędźwiowem. — Dr Karwowski zapytuje, czemu zachodziła u operowanego obawa zapalenia płuc (na co odpowiada Dr Mieczkowski, że wskutek rany na plecach chory słabiej oddycha, co może usposobić do zapalenia płuc). Dalej podnosi różnice w działaniu nowokainy, alypiny i stowainy. Po stowainie zauważył K. kilka razy bolesność następczą i zapalenia ran. — Dr Falgowski na zarzuty przeciw skopolaminie odpowiada, że Krönig wywołuje zapomocą niej uśpienie kilka godzin naprzód i indywidualizuje ściśle. Po znieczuleniu lędźwiowem bywały wypadki obłędu. — Dr Kapuściński wspomina o przypadku tłuszczaka, wielkości poduszki. — Wreszcie Dr Mieczkowski zaznacza, że Jonescu na Zjeździe chirurgów w Brukseli przedstawiał swój sposób wysokiego znieczulania rdzenia przy operacyi gruczolaków szyjnych. Nastąpił tak silny zapad, że nie można było rękoczynu dokończyć. Garrè i Kocher nie używają zupełnie znieczulenia. Jedyny Kader każdą operacyę wykonuje w znieczuleniu lędźwiowem. Co do skopolaminy-morfiny, to mowca używa jej przed zwykłem uśpieniem u młodszych. Kümmel z zasady (prócz u starszych) przed operacyą podaje 5 decymiligramów skopolaminy-morfiny.

Zebranie z d. 21. stycznia 1910.

1) Radca Dr Chłapowski przedstawia 27-letnią **karlicę**, idyotyczną. Wyraźny prognatyzm, znamienne zagłębienie nosa, wypadnięcie odbytu; pierwsza regularność (bardzo silna) pół roku temu.

W dyskusyi Dr Mieczkowski wspomina o doświadczeniach Kochera, który wszył dziecku do jamy brzusznej kawałek matczynego gruczołu tarczowego. Dziecko przyszło do siebie, ale wytworzyła się narośl. — Dr Dziembowski wspomina o własnym przypadku choroby Basedowa, w którym Kocher także proponował wszycie gruczołu tarczowatego innej osoby, na co jednak się nie zgodzono.

2) Dr Mieczkowski przedstawia chorą z ogromnym guzem dolnej szczęki, istniejącym od lat czterech. Może to być torbielak, włókniak, albo nabłoniak (epithelioma adamantinum). Kość się rozrasta razem z guzem. M. zamierza wykonać operacyę i w danym razie plastykę z kości piszczelowej.

3) Dr Karwowski przedstawia rzadką postać **lichen atrophicus annularis** u mężczyzny na rękach i nogach i omawia historyczny rozwój podziału różnych postaci liszaja, oraz budowę drobnowidową. K. stosuje maść Unny, arszenik wewnętrznie i z jednej strony naświetlania rentgenowskie, po których w kilku przypadkach widział bardzo dobre wyniki.

4) Radca Dr Chłapowski: **O znaczeniu wapnia i magnu w krzepnięciu krwi** (część I). Nagła fabrykacya nowych, skomplikowanych leków sprawiła, że najprostsze leki nie są dostatecznie zbadane co do swych nieraz nadzwyczaj ważnych własności. Mówca omawia nowe teorye co do istoty krzepnięcia krwi, wspomina o trombinie, trombokinazie i t. d. Istnieje antagonizm między wapnem, a magnem. Chł. stosował przy krwotokach mleczan wapniowy i magnowy.

Dr Zakrzewski prosi, żeby prelegent dla lepszego zrozumienia nowych teoryi na przyszłem zebraniu podał tablice.

5) Wreszcie omawiano sprawę Walnego Zebrania »Towarzystwa stanowego lekarzy«. Dr Adam Karwowski.

Z XVI międzynarodowego Zjazdu lekarskiego w Peszcie.

Sekcya medycyny wewnętrznej.

Opracował **Dr. E. Stahr.**

(Ciąg dalszy).

13) E. v. Neusser (Wiedeń): **O rozpoznawaniu »Status thymico-lymphaticus«**. N. zwraca uwagę na niektóre dotąd mało znane objawy tej sprawy, którą A. Paltauf ochrzcił mianem konstytucyi »limfatyczno-bledniczej«; potem mówi N. szczegółowo o wynikach badań anatomicznych, wykonanych w zakładzie Weichselbauma, szczególnie przez Bartelsa, który wyróżnia okres przerostowy i zanikowy, jakoteż o spostrzeżeniach Kyrlea na jądrach, Hermanna na jajnikach i Wiesela na tętnicach. N. zwraca uwagę, że pojęcia: Status thymicus, lymphaticus i hypoplasticus nie pokrywają się w zupełności, że jednakże mają tyle punktów stycznych, iż klinicznie mogą być traktowane z jednego punktu widzenia. Na podstawie kilku historyi chorób wywodzi N., jak się sprawę tę rozpoznaje, a szczególniejszą zwraca uwagę, na 2 chorych, którzy dożyli lat 60 mimo przebycia duru i czerwonki, a z drugiej strony na takie przypadki, gdzie młodzi ludzie, tą nieprawidłowością dotknięci, nagle ginęli, zapadłszy na stosunkowo lekkie choroby, jak żółtaczka nieżytowa lub plamica krwotoczna. — Dalej zastanawia się N. nad związkiem sprawy tej ze złośliwą niedokrwistością i białaczką limfatyczną, chorobą Basedowa i Addisona. Aby rozpoznać sprawę, trzeba chorego zbadać bardzo szczegółowo, nie pomijając najdrobniejszych szczegółów, pozornie bez znaczenia, jak wzrost olbrzymi, wzrost wysoki, wązka budowa ciała, powiększenie poprzecznego wymiaru miednicy u mężczyzn, niezrośnięcie się nasad kostnych, u mężczyzn kobiecy typ uwłosienia, gynekomastia i inne objawy, które tłómaczymy niedokształtem narządu rodnego.

Przypuszczenie »stanu limfatycznego« budzić mogą późno zjawiająca się u kobiet regularność, niedokształt macicy, ogólne jednomierne ściśnienie miednicy, niektóre kontrasty w budowie ciała u niewiast, dalej pewne objawy ze strony

narządu krążenia i nerek, objawy przerostu lub guza mózgowia, wodogłowie, szczątkowe objawy choroby Basedowa, młodzieńcze zmiękninie kości, zbiór objawów Stokes-Adamsa u osobników młodych, niektóre postacie polyserositis i zwyrodnienia włóknistego wątroby i wreszcie obrzęk śledziony, równoczesny ze zmianami w migdałkach i mieszkach językowych. W końcu zwraca N. uwagę, że znacznie łatwiej rozpoznawać sprawę anatomowi na stole sekcyjnym, niż klinicyście, ograniczonemu do objawów, nie bardzo wpadających w oczy.

W dyskusyi nad wykładami Ebsteina i Neussera zaznacza Lenhartz (Hamburg), że spostrzegał około 12 przypadków ostrej białaczki, z tego raz w jednym tygodniu przypadków 5, a więc częste i równoznaczne zjawianie się tej choroby, jak to bywa w chorobach zakaźnych. Chorzy ci przysłani zostali przez dentystę, do którego zgłosili się z ciężkiem zapaleniem jamy ustnej. Badanie bakteryologiczne krwi zawsze z wynikiem ujemnym. Sprawy ostre trwały najdłużej 13 dni, sprawy podostre $^1/_4$ roku.

14) Brauer (Magdeburg): **Zrosty osierdziowe, ich rozpoznanie i leczenie.** Wykład szczegółowy, połączony z demonstracyą preparatów i 2 chorych. Obraz choroby przeróżny, zależnie od wielorakiej przypadkowości w tworzeniu się zrostów. Zrostom towarzyszy często zwyrodnienie włókniste mięśnia sercowego, co ze swej strony wpływa na rokowanie i leczenie. Zrosty szerokie mogą serce obejmować jakby w klamry i utrudniać rozkurcz. One głównie są przyczyną pozornego włóknistego zwyrodnienia wątroby Picka. Zabieg zwany »cardiolysis» zarówno na te zrosty, jak i na mięsień sercowy zmieniony nie ma żadnego wpływu, natomiast skutecznie pomaga tam, gdzie do klatki piersiowej przyrośnięte osierdzie wśród każdego skurczu musi pociągać do wnętrza kości klatki piersiowej (skurczowe tamowanie ruchów serca). Zabieg, sam przez się nie niebezpieczny, oddaje na użytek ogólnego krwiobiegu tę siłę, która się zużywała dotąd bez pożytku na poruszanie klatki piersiowej. Stąd wynika, jak ściśle ograniczone jest wskazanie do zabiegu. Spostrzeganie chorych ponad wszelką wątpliwość dowiodło skuteczności zabiegu, której się po nim spodziewano z teoretycznego punktu widzenia. (Wykład uzupełniają krzywe tętna i rentgenogramy).

Dyskusya: Lenhartz przekonał się w 3 przypadkach, że po resekcyi żeber skrzepiło się serce, ale przemijająco. Wenckebach (Groningen) podnosi, że im wcześniej rozpoznaje się zrosty osierdziowe, tem lepsze są widoki zabiegu. W. zwraca uwagę, że zrosty osierdziowe utrudniają nietylko krążenie, ale i oddychanie, mianowicie przeponowe. Zabieg zatem ułatwia i oddychanie. Pick (Praga) upatruje w wynikach operacyi Brauerowskiej potwierdzenie swych zapatrywań na powstawanie pozornego włóknistego zwyrodnienia wątroby, skoro po uwolnieniu serca ze zrostów ustępuje powiększenie wątroby. W ciężkich przypadkach powinno się nadto wykonywać operacyę Talmy, aby zwalczać bujanie tkanki łącznej w wątrobie. Brauer w odpowiedzi Lenhartzowi, (który nie zapoznając wielkiej doniosłości kardyolizy zwracał uwagę, że i poddawanie ma wpływ na poprawę stanu ogólnego chorych), podkreśla natychmiastową poprawę tętna po operacyi, zdolność podejmowania dalekich podróży lub wykonywania ciężkiej pracy, jako dowód poprawy przedmiotowej u chorych, skazanych poprzednio na bezwzględny spokój.

15. K. v. Noorden (Wiedeń) **O otyłości.** Przedmiotem wykładu i dyskusyi była etyologia otyłości. N. postawił następujące zasady: 1) W przewadze przypadków spotykamy »otyłość tuczną« (Mastfettsucht) w dwóch odmianach a) otyłość z nadmiernego odżywiania się i b) otyłość z lenistwa. Często łączą się obie odmiany. Etyologia tej otyłości jest jasna. 2) Znacznie trudniej wytłomaczyć owe przypadki, w których nie uda się stwierdzić ani nadmiernego odżywiania się, ani braku pracy fizycznej, a gdzie mimo to otyłość ustawicznie się zwiększa (t. zw. otyłość konstytucyonalna). Na podstawie długoletnich doświadczeń i roztrząsań wolno nam uważać za pewnik, że w tych przypadkach upośledzona bywa energia utleniania ustroju. A czynnik ten pozostaje w ścisłej zależności od gruczołu tarczowego. I dlatego nazywa N. umyślnie wszystkie postacie otyłości konstytucyonalnej »otyłością pochodzenia tarczowego« (thyreogene Fettsucht), a dzieli je, jak następuje: a) Pierwotna otyłość pochodzenia tarczowego, polegająca na samoistnych zmianach gr. tarczowego, jak zanik, zwyrodnienie, osłabienie czynnościowe itp. b) Wtórna otyłość pochodzenia tarczowego, w której nieprawidłowości w czynnościach gruczołu tarczowego wywołują zmiany w innych narządach, jak w trzustce, przysadce mózgowej, nadnerczu, grasicy, w ciele szyszkowatem (gland. pinealis), w gruczołach płciowych, a może i w innych narządach (t. z. wzajemny związek chemiczny przez teoretyczne wydzielanie wewnętrzne). Sprawy te mają nietylko znaczenie teoretyczne, ale i doniosłość leczniczą.

16. M. Labbé (Paryż) **Zasady leczenia otyłości.** Skłonność stanowi w dziedziczności otyłości czynnik drugorzędny; wielką wagę mają jedynie rodzinne czy osobnicze nawyknienia w nadmiernem żywieniu się i lenistwie. Leczenie zatem uwzględnia te dwa punkty i dlatego radzić należy pożywiać się często, ale skąpo i to minimalnemi ilościami tłuszczu i węglowodanów. Białka należy podawać najwyżej 1—1$^1/_2$ gr. na kilogram wagi ciała chorego, soli 1—4 gr. Nie potrzeba ograniczać napojów. Dla wzmożenia wytwarzania kaloryi poleca L. zimne kąpiele, parnie i natryski. Leki, szczególnie tyreoidyna, która niszczy białko ustrojowe, są szkodliwe.

17. Bourget (Lozanna): **Kliniczne wyniki leczenia surowicą, a w szczególności surowicą przeciwbłoniczą.** B. występuje gwałtownie przeciw modnej seroterapii, a nawet przeciw surowicy Behringa, która nie chroni przed pobłoniczemi schorzeniami i nie chroni, jego zdaniem, przed zakażeniem wogóle.

18. Maragliano (Genua): **Wpływ przeziębienia w patogenezie zakażenia dwoinkami zapalenia płuc.** Przeziębienie ułatwia wybuch i rozwój zakażenia dwoinkami u nieodpornych zwierząt, obniża odporność czynną, a nie bierna, a działa najprawdopodobniej drogą zaburzenia krążenia i drogą chemiczną.

19. G Királyfi (Peszt): **O działaniu zakażenia dwoinkami zapalenia płuc na serce.** Dwoinka zapalenia płuc działa wybiórczo na serce. Najczęściej stwierdzał autor zmiany u nasady zastawek półksiężycowych.

20. H. Huchard (Paryż): **Cardio-sclérose, artério-sclérose du coeur.** Na podstawie dzisiejszych wiadomości nie możemy całkiem dokładnie nakreślić anatomicznego tła tej sprawy. Różnica da się pociągnąć pomiędzy właściwą miażdżycą (atheroma), chorobą starców, a stwardnieniem tętnic (arteriosclerosis), napotykanem między 30. a 60. rokiem życia. Właściwa »miażdżyca« nagabuje przeważnie naczynia poza narządami, zaś »stwardnienie tętnic« naczynia trzew. Pojęcie »fibrosis arterio-capillaris« Gulla i Suttona nie jest ściśle ograniczone. Istnieje »stwardnienie tętnic« o typie, cechującym się od początku stwardnieniem tętnicy głównej, które mimo zajęcia małych i najmniejszych naczyń zajmuje od samego początku także i tętnicę główną i różne zastawki sercowe. Z różnych punktów widzenia ważne jest odróżnianie schorzeń zastawek sercowych pochodzenia śródsierdziowego od schorzeń sercowo-naczyniowych pochodzenia naczyniowego. Najważniejsze przyczyny schorzeń sercowo-naczyniowych są następujące: dna i zmiany nerek, zatrucie ołowiem, kiła, nieodpowiednia dyeta, tytoń i zmęczenie umysłowe. Kardyoskleroza przechodzi klinicznie 4 okresy: naczyniowy (praesclerosis), sercowo-naczyniowy, tętniczo-zastawkowy (mitro-arterielle) i rozszerzenia serca. Trzy rodzaje objawów (toksyczne, naczyniowo-sercowe, nerkowe) wymagają swoistego leczenia. Objawy toksyczne zajmują najważniejsze miejsce. »Miażdżyca« może być długi czas chorobą anatomiczną bez objawów klinicznych. W toku

każdego stwardnienia naczyń trzeba objawy czynnościowe dokładnie porównywać z danemi fizycznemi. Niedomoga nerkowa jest wczesnym i stałym objawem naczyniowego schorzenia serca, nawet bez białkomoczu, ułatwia zatrzymywanie się istot trujących i wzmaga parcie tętnicze. Dlatego ważnem jest leczenie nerek w tej sprawie. Kardyoskleroza może rozpoczynać się klinicznie od nerki, od serca, albo i innego narządu. Nie ma stwardnienia tętnic bez zajęcia naczyń lub nerek.

(C. d. n.).

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

W sprawie stosunku Izb lekarskich do organizacyi i w sprawie ubezpieczenia społecznego odbędzie się wspólne posiedzenie Wydziałów obu Izb galicyjskich z udziałem delegatów »Krajowego Związku lekarzy« we Lwowie d. 24. IV. 1910. R.

Do Krajowego Związku lekarzy przystąpili: z Krakowa Dr Arnold Bannet, Dr Gustaw Bielański, Dr Bernard Engländer, Dr Maryan Godlewski, Dr Helena Kleinmanówna, Dr Gustaw Praetzel, Dr Helena Sikorska, Dr Wiktor Stankiewicz, Dr Stanisław Szurek, Dr Bruno Wojciechowski; z Ciężkowic Dr Ludwik Eisen; z Niepołomic Dr Tadeusz Majewski; z Czernichowa Dr Gustaw Malinowski; z Mikołajowa n. Dniestrem Leon Wehrn. W.

Ankieta w sprawie szkół wydziałowych żeńskich, którą zwołała Krajowa Rada szkolna, a w której z lekarzy uczestniczył Doc. Dr E. Piasecki ze Lwowa, oświadczyła się za wprowadzeniem w szkołach wydziałowych obowiązkowej nauki gimnastyki, oraz gier ruchowych. R.

Kary sądowe za przekroczenia sanitarne. Z powodu ogłoszonego przez nas wypadku zasądzenia ojca rodziny za przekroczenie przepisów sanitarnych przy płonicy zamieścił »Naprzód« z 14. IV. b. r. następujące uwagi, pochodzące z kół prawniczych: »Sędzia stosować miał §§ 315 i 431 u. k. Słusznem jest, aby w drodze ustawowej unormowano kary sądowe za przekraczanie przepisów sanitarnych, atoli to jest przecież rzeczą znaną, że dotąd niestety nie wydano ustawy sanitarnej, któraby upoważniała sędziego karnego do wymierzania jakichkolwiek kar sądowych. (Jedyny wyjątek stanowi dżuma). Zasadą prawną jest: »nulla poena sine lege poenali«. Wprawdzie rząd wniósł w listopadzie 1908 do Izby panów projekt ustawy dla zapobiegania chorobom zakaźnym, atoli dotąd ten projekt nie stał się ustawą. Ustawa zaś sanitarna państwowa z r. 1870, ani też późniejsze ustawy sanitarne krajowe nie normują kar sądowych. Wskutek tego właśnie panuje ta anomalia, że władze sanitarne są nieraz bezradne wobec złej woli lub nierozsądku ludności. Również na mocy rozporządzeń sanitarnych sędzia karny nie może wymierzać kar; niektóre z tych rozporządzeń ministerstwa dają tylko prawo karania władzom administracyjnym w myśl rozporządzeń z r. 1857. O ile więc za złośliwe zdarcie, lub uszkodzenie papieru, obejmującego ogłoszenie urzędowe o wybuchłej w danem mieszkaniu chorobie zaraźliwej, możnaby przy uwzględnieniu treści i podpisu (pieczęci) tego ogłoszenia wymierzyć karę sądową po myśli § 315 u. k., to stosowanie kary sądowej z kauczukowego § 431 za przedwczesną desynfekcyę (każdemu zresztą wolno sobie desynfekcyonować mieszkanie własne, kiedy i ile razy chce), za wprowadzanie nieostrożne obcych i t. d., jest niedopuszczalne. Szkoda, że niema tu kary sądowej zagrożonej; atoli dopóki takiej ustawy niema, nie można niestety kary sądowej wymierzać. Nikomu dotąd na myśl jeszcze nie przyszło karać sądownie np. suchotnika za niebezpieczne dla otoczenia spluwanie, lub ojca, który dziecka swego nie szczepi przeciw ospie itd. Starajmy się więc o nową ustawę, a nie ogłaszajmy wypadków polegających na mylnej interpretacyi prawa. Stanowisko prawne: »po co nam nowa ustawa, skoro mamy § 431 u. k.« jest widocznie chybione«.

Nie wchodzimy w ściśle prawniczą stronę rzeczy, a najzupełniej godzimy się na zapatrywanie, że należy koniecznie starać się o wprowadzenie w życie nowej ustawy, jasno i ściśle określającej karygodność przekroczeń sanitarnych. Dopóki jednak tej ustawy nie mamy, byłoby rzeczą ze wszech miar pożądaną, aby na zasadzie innych istniejących ustaw zwalczać, gdzie można, takie przekroczenia. Dlatego też podaliśmy do wiadomości autentyczny fakt zasądzenia, przy którem, być może, co do § 431 krytyka ze stanowiska prawniczego jest uzasadniona, ale co do § 315 u. k. sam autor artykułu w »Naprzodzie« przyznaje możliwość jego zastosowania. R.

W sprawie uczęszczania do szkół dzieci, cierpiących na jaglicę, orzekł komitet Najwyższej Rady Zdrowia w Wiedniu, co następuje: 1) Wszystkie dzieci, cierpiące wogóle na wydzielinę z ócz, nie powinny uczęszczać do szkoły aż do czasu wyzdrowienia, względnie ustania wydzieliny, o czem orzeka lekarz rządowy, o ile możności okulista. 2) Dzieci chore powinny być co najmniej raz na miesiąc badane dla stwierdzenia, czy jaglica ich nie przeszła w postać, łatwo się udzielić mogącą. 3) Nauczyciele powinni ciągle nakłaniać rodziców, by dzieci były regularnie leczone. 4) Dzieci chore na jaglicę powinny w szkole siedzieć w osobnych ławkach, a nauczyciele powinni uważać, by się z innemi dziećmi nie stykały i odpowiednio inne dzieci pouczyć. X.

Częstość cukrzycy w różnych wielkich miastach świata. Statystyki dowodzą, że od jakich 100 lat śmiertelność z cukrzycy w krajach cywilizowanych gwałtownie wzrosła. Zdaje się, że idzie w parze ze śmiertelnością z raka, chociaż między temi obiema sprawami nie ma żadnego bliższego związku. Wedle danych, zebranych w Anglii przez Wiliamsona, średnia roczna śmiertelność wynosiła w okresie od 1850 do 1860 około 454; w okresie od 1860 do 1868 wzrasta liczba ta do 628; później rośnie z roku na rok: 1.057 w r. 1868, 1773 w r. 1888, 2.585 w r. 1898 i osiąga w r. 1908 liczbę 3.360. Ludność pomnożyła się o około 100%, śmiertelność zaś z cukrzycy wzrosła o 700%. Porównując różne kraje, przekonał się Wiliamson, że jednakże w Anglii śmiertelność z cukrzycy jest mniejsza jeszcze, niż w innych krajach. I tak, gdy w Londynie wynosi ona 8·3 na 100.000 mieszkańców; 6·6 w Manchester, 12·7 w Edymburgu, 7·1 w Glasgowie, 3—4 w Dublinie, podnosi się w Chrystyanii i Sztokholmie na 12, tak samo w Amsterdamie i Budapeszcie, 11 w Madrycie, 16 w Kopenhadze; 14 w Brukseli, 15 w Monachium, 17 w Paryżu, 20 w Berlinie, 25 w Bordeaux. Jeszcze wyższa śmiertelność jest wedle tegoż autora w Ameryce: 17 w Nowym Jorku i Waszyngtonie, 18 w Bostonie, 20 w San Francisko, 27 w Worcester, 26 w Syrakuzach (Stany Zjednoczone). Przeciwnie nizkie liczby okazuje statystyka z Neapolu i Sycylii, a bardzo nizkie statystyka z Jamajki. E. Stahr.

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 10. IV. do 16. IV. 1910 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Buczacz (Barysz 7, Kujdanów 1), Grybów (Izby 2, Piorunka 1), Jarosław (Radymno 1), Lisko (Hoszowczyk 1), Lwów pow. (Zaszków 1), Nadwórna (Wołosów 8, Kamienna 2), Peczeniżyn (Ruszor ad Kosmacz 1), Podhajce (Wiśniowczyk 2), Rawa (Ulicko zarębane 3, Radruż 2), Skałat (Kaczanówka 1, Hlibów 5), Śniatyn (Wołczkowce 5), Tłumacz (Olesza 6). Zborów (Kudobińce 10, Kabarowce 1); ospy pow. Rzeszów (Tyczyn 1). Dr T.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 10. IV. do 16. IV. 1910 zgłoszono przypadków: błonicy 7 † — (w tem obcych 4 † —), krztuśca 4, płonicy 11 † — (1 † —), odry 1, duru brzusznego 7 † 1 (2 † 1), cholery 3 † 3, gorączki połogowej 3 † 1 (2 † 1), róży 1 † 1 (1 † 1). Dr Janiszewski.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 20. IV. 1910 posiedzenie, na którem Prof. Kader przedstawił przypadek wyłuszczenia krtani z powodu raka i operowany przypadek padaczki Jacksona, poczem Dr Frączkiewicz miał wykład p. t. »Dalsze badania nad ksantotropiną (gryseryną) w leczeniu gruźlicy«.

Warszawa. Ministeryum spraw wewn. zatwierdziło projekt budowy nowego zakładu położniczego. Do komitetu wykonaw-

czego powołał magistrat z grona lekarzy Prof. Dra Kosińskiego, Dra Zaborowskiego i inspektora lekarskiego. Koszta pokryte będą z zapisu p. Goldstanda (35.000 rb.) i z funduszów miejskich (45.000 rb.).

— Ordynatorem oddziału chirurgicznego szpitala Dz. Jezus mianowany został Dr Franciszek Kijewski.

— Wystawę »Czystość to zdrowie«, otwarto w d. 17. IV. b. r. Obejmuje ona działy: »Brak czystości, to choroby« (Dr Serkowski i Żurakowski), »Czystość osobista«, »Czystość w szkole« (Dr Krysiński, Tow. Urania i in.), »Czystość w ochronie«, »Czystość w życiu dziecka« (Dr Roszkowski i Bączkiewicz), »Czystość kuchni«, »Czystość ulic« i t. p. Na wystawie odbędzie się szereg wykładów popularnych z zakresu higieny. Prezesem komitetu wystawy jest Prof. Dr Kosiński; urządzeniem działu dydaktycznego zajął się głównie Dr Józef Zawadzki.

— Zdrojowisko Kissingen, jak donosi »Medycyna i Kronika lekarska«, rozesłało lekarzom warszawskim broszury w języku rosyjskim, chociaż dotąd zdrojowiska przysyłały przeważnie prospekta polskie. Nie zachęci to chyba kolegów do popierania Kissingen! X

Z różnych stron. Katedrę chorób wewnętrznych w wojskowej Akademii lekarskiej w Petersburgu po śmierci S. Botkina objął profesor chorób zakaźnych i bakteryologii N. I. Czystowicz.

— Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu otrzymał w darze po ś. p. Doktorze Kaczenowskim z Połtawy bibliotekę, składającą się przeważnie z pism peryodycznych w językach niemieckim i francuskim.

— Dr E. F. Fronczak został wybrany naczelnym lekarzem (komisarzem zdrowia) miasta Buffalo w Stanach Zjednoczonych. Po raz pierwszy wysoki ten i odpowiedzialny urząd sanitarny oddano Polakowi. (Buffalo jest jednem z największych »polskich« miast w Ameryce; liczy ono około 300.000 mieszkańców, z czego $^1/_3$ stanowi ludność polska).

Mianowani: okulista Doc. Herzog w Berlinie profesorem.

Zmarli:

Dr Antoni Elsenberg, ordynator oddziału dermatologicznego szpitala izraelickiego w Warszawie; kierując oddziałem przez lat 26, pracował gorliwie na polu naukowem, ogłosił liczne prace i wykształcił szereg dzielnych specyalistów; zmarł w 58 r. ż.

Dr Bazyli Łada, b. lekarz powiatowy w Siedlcach, radca stanu, w 69 r. ż. w Krakowie; Dr Roman Morozewicz, zasłużony pracownik na polu społecznem, z duru plamistego w 48 r. ż. w Lubartowie; Dr Bronisław Ciunkiewicz w 64 r. ż. w Skarżysku.

Redakcya otrzymała: Wład. Sterling: O zaburzeniach psychicznych przy nowotworach mózgu. Warszawa 1910. Cena 1 rb. — Skalski: Alkoholizm i sprawa robotnicza. Wydanie II. Łódź. Nakładem oddziału łódzkiego Tow. hig. warsz. 1910. Cena 10 groszy. — Eijkman: L'internationalisme médical. Amsterdam 1910.

Bibliografia.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung. (Monachium, J. F. Lehmann. 1910. Zeszyt IV, za kwiecień. Cena 2 mk., za cały rok 16 mk.). Czwarty zeszyt pomysłowego tego wydawnictwa poświęcono chorobom skórnym i wenerycznym, oraz chorobom dróg moczowych. W pierwszym dziale znajdujemy pracę Prof. Neissera i Dra Sieberta p. t. »Wyniki nowszych badań kiły i ich znaczenie dla praktyki lekarskiej«. Zebrano w niej krótko wiadomości o krętku bladym, dotychczasowe wyniki szczepień na zwierzętach i omówiono serodyagnostykę kiły. W dziale drugim pisze Prof. Klemperer: »O postępach w leczeniu białkomoczu i zapalenia nerek«.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

W Bibliotece medyków (Coll. Nowodw.) odbędą się: 26. IV. 1910 o godz. 7 wieczór pogadanka Prof. Ciechanowskiego p. t.: »Zwyrodnienie w świetle higieny społecznej«, a za staraniem komisyi ankietowej Biblioteki w sobotę 30. IV. i w poniedziałek 2. V. 1910 (w sali Kopernika w Collegium novum) o godz. 7. wieczór odczyty Dra Landau, asystenta kliniki neurol., p. t. »Życie płciowe człowieka, a jego układ nerwowy«.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

Ogłoszenie płatne. (Naśladownictwo zastrzeżone).

I. Zdrojowiska krajowe:

Iwonicz.

Dr **Turzański Grzegorz Jarosław**, lekarz zakładowy.

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Franzensbad.

Dr **Przybylski Stan.** Palast Hotel. Wejście od Kirchenstr.

Gleichenberg.

Dr **Bulikowski.** Radca ces., Villa „Höflinger" IV.

Kissingen (w Bawaryi).

Dr **Chłapowski F.**, Radca san. Prinzregentenstr. 13.

Marienbad.

Dr **Kwiatkowski Stanisław Benedykt.** ordynuje od 1 maja do 1 października „Haus Hamburg".



Rok XLIX. Kraków, dnia 30 kwietnia 1910. Nr 18.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z c. k. uniwersyteckiej Kliniki okulistycznej Radcy Dworu Prof. B. Wicherkiewicza i z c. k. uniwersyteckiego Zakładu mikrobiologii Prof. Dra Nowaka.

Hemeralopia, Xerosis et Keratomalacia.

Podał

Dr Edmund Rosenhauch,

asystent kliniki.

(Ciąg dalszy).

Badania bakteryologiczne nad etyologią zeskórnienia, a zwłaszcza zmięknienia rogówki, datują się od roku 1874, kiedy Bezold zwrócił uwagę na obecność mikrobów w przypadku zmięknienia rogówki po odrze. Reymond i Colomiatti znaleźli w przypadkach zeskórnienia połączonego z kurzą ślepotą prątki i ziarenkowce, a Kuschbert i Neisser opisali dokładnie prątki, spotykane na spojówce podczas tego cierpienia i nazwali je prątkami zeskórnienia (Xerosebacillen). Leber i Wagenmann napotkali w zniszczonej tkance rogówkowej (keratomalacia) całe masy ziarenkowców, które niejednokrotnie wypełniały w zupełności światło naczyń. Leber napotkał takie same mikroby w nerkach badanego osobnika i doszedł na podstawie tego do wniosku, że »drobnoustroje te, dostawszy się w niewiadomy sposób do krwi, z prądem jej dostały się do rozlicznych innych przestrzeni naczyniowych, a więc także i do naczyń spojówki i wywołały martwicę w tych miejscach, gdzie się najobficiej usadowiły«. Prątków Leber i Wagenmann w tym przypadku nie znaleźli. Podobny przypadek spostrzegał także i Schultz. Ale niebawem ukazały się prace, które obaliły przypuszczenia powyższych autorów. I tak Braunschweig doszedł do wniosku na podstawie badania 5 przypadków zeskórnienia, że tak zwane prątki zeskórnienia nie mają związku z ogólnem cierpieniem, że prątek ten jest »nieszkodliwym, przypadkowym osiedleńcem w tkance chorej, rozpadającej się«, a zeskórnienie należy uważać za »następowe objawy innych patologiczno-anatomicznych spraw w ustroju«. Przypuszczenie to potwierdziły wkrótce potem badania Schreibera (wykonane na polecenie Neissera), Sattlera, Schleicha, Michla, którzy to autorowie znaleźli prątki zeskórnienia w przebiegu najróżnorodniejszych chorób spojówki, a także i na spojówce prawidłowej. Na podstawie tego i całego szeregu innych badań (Fränkel, Uhthoff, Schwanz, Peters, Morax, Cuenod, Coppez, Trousseau, Axenfeld, Heinersdorf, Lawson, Dalen, Spronck, Hirota i inni), wiemy dziś, że mikrob ten należy do nieszkodliwych saprofitów. Osiedla się on bowiem w worku spojówkowym niemowląt już na drugi dzień po urodzeniu i rozwija się tam, z reguły nie wywołując żadnych objawów podrażnienia (Rosenhauch).

Prócz tych badań pojawiają się następnie publikacye, które w sporadycznych przypadkach zmięknienia rogówki opisują różne mikroby. I tak znaleźli Fränkel i Franke gronkowce złote, Bahr i Garnier paciorkowce. Loeb opisuje prątki z otoczkami, dość krępe, z zaokrąglonymi końcami, podobne do osłonkowych mikrobów Pfeiffera, ale nie zastanawia się bliżej nad stosunkiem tych mikrobów do cierpienia rogówki u noworodków. Badanie bakteryologiczne wykazało obecność gronkowców i paciorkowców. Schanz tłómaczy powstawanie tego cierpienia w sposób następujący: Podczas aktu porodowego dostają się mikroby z pochwy do worka spojówkowego. Jeśli następnie noworodek ulega jakiejś wyniszczającej chorobie, tkanki stają się mniej odporne, przychodzi do bujania mikrobów w worku spojówkowym i następnie do zmięknienia rogówki. Należy jeszcze wspomnieć o badaniach Uhthoffa i Axenfelda, którzy w dwóch przypadkach zmięknienia rogówki wyosobnili paciorkowce ropotwórcze. Autorowie ci stwierdzili również jadowitość wyosobnionych mikrobów doświadczalnie. Mikroby te bowiem, zaszczepione na rogówkę królika, wywołały groźne zapalenie rogówki z ropniakiem przedniej komórki. Ciekawy również przypadek opisuje Schimmelpfennig u 18-miesięcznego dziecka, wyniszczonego długotrwałą biegunką, połączoną z wymiotami. Zajęte były oba oczy. Na jednem było owrzodzenie, które przebiło już błonę Descemeta, na drugiem było wybitne zeskórnienie przyrogówkowe, sama zaś rogówka lekko tylko zmętniała. Dziecię to wkrótce umarło z powodu zapalenia płuc. Badanie mikroskopowe gałek ocznych wykazało sprawę ropną, podobną do tej, jaką Leber, Uhthoff i Axenfeld opisali przy owrzodzeniach rogówki. O dokładnych badaniach bakteryologicznych autor nie wspomina. Pisze tylko, że zauważył mnóstwo ziarenkowców i nieliczne prątki, leżące pomiędzy komórkami i na nich. W naczyniach nie spotkał żadnych mikrobów, a i cała sprawa chorobowa przemawiała za tem, że w tym przypadku zakażenie pochodziło z zewnątrz.

Wreszcie ogłasza badania bateryologiczne nad zmięknieniem rogówki Knaebel. Autor ten spostrzegał w 3 przypadkach tego cierpienia obok prątków zeskórnienia także gronkowce, raz nadto dwoinki zapalenia płuc. Jednakże żadnego z tych mikrobów nie uważa za swoisty dla zmięknienia rogówki. Podobnie zapatruje się na tę sprawę Grenouw.

Badania bakteryologiczne z przypadków zmięknienia rogówki nie dały zatem dotąd żadnych pewnych wyników; nie wykryły mikrobów, któreby można uważać za swoiste dla tego cierpienia. Cały szereg autorów jednak zwraca uwagę na inne czynniki, które w tem cierpieniu ważną odgrywają rolę. Czynnikiem tym jest w pierwszym rzędzie kiła, a zwłaszcza kiła wrodzona.

Na związek pomiędzy kiłą a zmięknieniem rogówki zwrócił już uwagę Horner, Alexander, Michel, niemniej Fuchs.

Dwa przypadki tego cierpienia, w których leczenie przeciwkiłowe dało dobre wyniki, podaje Peltesohn z Hamburga. Podobny również przypadek ogłasza Zirm u 6-tygodniowego dziecka. Drobnowidowo stwierdził on liczne ziarenkowce, których jednakże dokładniej nie określa; ziarenkowce te mnożyły się w rogówce, która jak i całe jej otoczenie nasiekła była licznymi leukocytami. Kilka spostrzeżeń nad zmiękniem rogówki i związkiem jej z kiłą dziedziczną podaje Wicherkiewicz: »W jakim stosunku kiła stoi do tego rodzaju zachorzenia (keratomalacia) oka, o tem trudno na podstawie dotychczasowych naszych wiadomości coś szczegółowego zawyrokować. Postać tego rozpadu rogówki niczem się nie różni od rozpadu, powstałego przy »encephalitis interstitialis« u dzieci, a przy cholerze w ogóle. Obwiniano działanie poraźne (neuroparalityczne), zatory, to znowu wyłącznie wysychanie tkanki (xerosis), wskutek ubytku płynu ustrojowego przez towarzyszące często tej chorobie rozwolnienie, obok zupełnej odporności przeciw przyjmowaniu pokarmów i napojów. Wreszcie posądzano pierwiastki mykotyczne. Pewnych danych nie dostarczały nam dotychczas rozbiory znanych przypadków. Najprawdopodobniej chodzi tutaj o rozpad tkanki rogówkowej marantyczny, spowodowany upośledzeniem odżywienia wskutek ogólnej choroby, a w danym razie pewnie najczęściej kiły. Oczywiście rozpad występuje przedewszystkiem w miejscu, gdzie rogówka pozostaje niepokrytą, t. j. w środku i dołem, gdy przy wpół otwartych oczach gałka ku górze zbacza, a dalej w obrębie szpary otwartej wysycha także i nabłonek spojówkowy gałki w postaci trójkątów«. A dalej nieco pisze: »Według dotychczasowych naszych wiadomości nie ulega więc żadnej wątpliwości, że do powstania keratomalacyi potrzeba znacznego upośledzenia odżywienia całego organizmu, potrzeba obniżenia sił żywotnych. To obniżenie spotykamy bardzo często w rozlicznych chorobach zakaźnych gorączkowych, a jednak keratomalacya tutaj względnie rzadko występuje. Jeżeli ona częściej właśnie w młodym wieku, ba w najpierwszej objawia się młodości, musi do tego może usposabiać budowa młodej rogówki, z drugiej strony atoli przeważnie właśnie inny czynnik, za który uważamy stanowczo jad kiły wrodzonej, a skłania nas do tego przypuszczenia i skuteczność leczenia przeciwkiłowego, niejednokrotnie nietylko przez nas, lecz także przez innych osiągana i objawy towarzyszące keratomalacyi u noworodków, a wreszcie nieraz zeznania obciążające rodziców«.

Że zmięknienie rogówki pomimo zależności od ogólnego schorzenia ustroju może występować na jednem tylko oku, na to mamy dowód w pierwszym przypadku Wicherkiewicza, gdzie u 3-miesięcznego dziecka rozwinęło się zmięknienie rogówki; cierpienie to ustąpiło pod wpływem kąpieli sublimatowych, maści żółtej, atropiny i opaski. Na podstawie znamion chorobowych u samego dziecka, jak i u starszego rodzeństwa, danych wywiadowych i dobrego wyniku leczenia przeciwkiłowego, można uważać kiłę dziedziczną w tym przypadku za stwierdzoną. Jakżeż więc wobec tego wytłómaczyć wystąpienie zmian chorobowych tylko na jednem oku? Wicherkiewicz tłómaczy to w ten sposób, że ustrój miał czas się wzmocnić, zanim nastąpiło zajęcie oka drugiego, czemu także »zapobiegła natura lub zastosowane leczenie«. Od ogłoszenia powyższych spostrzeżeń minęło już kilka lat, podczas których spostrzegano w klinice krakowskiej szereg nowych przypadków zmięknienia rogówki, które z polecenia R. Dw. Prof. Wicherkiewicza poniżej ogłaszam.

I. 28. VI. 1900 przybyła wieśniaczka z $1^1/_2$-letnią córką Marysią M., podając, że oczy dziecka ropieją od 2 tygodni. Na lewem oku zrobiła się krosta, na prawem podobna zmiana od 4 dni. Dziecię przebywało przed 4 miesiącami jakąś chorobę wysypkową. Matka miała 9 dzieci, trzecie dziecko umarło. Rodzice wypierają się przebycia kiły.

Stan obecny: Na brzuszku i kończynach dolnych, najwięcej na pośladkach, znajdują się blizny lekko zagłębione, czerwone. Podobne blizny widać i na twarzy; po prawej stronie nosa znajduje się większy trójkątny ubytek, sięgający aż do skrzydełka nosowego i wewnętrznego kącika oka. Ubytek ten ma ostre brzegi, a spód twardy, słoninowaty. Dziecko miało przed rokiem szczepioną ospę, limfą wziętą z innego dziecka. Blizny po szczepieniu nie przedstawiają nic szczególnego.

Pr. i l. o: spojówki miernie przekrwione; sine zabarwienie spojówki gałki dookoła rogówki. W obrębie szpary powiekowej przy rogówce miejsca zeskórniałe.

Pr. o: prawie całą dolną połowę rogówki zajmuje rozległe owrzodzenie, ropnie nasiekłe. Podobne owrzodzenie, ale rozleglejsze, bo średnicy 8 mm, zajmuje cały środek oka lewego.

Badanie bakteryologiczne wykazało gronkowce i prątki zeskórnienia.

Rozpoznano: keratomalacia, xerosis epithelialis ocul. utr., cicatrices cutis dispersae.

Leczenie: opłukanie, pilokarpina, maść kseroformowa, opaska, kąpiele sublimatowe.

Matka nie chciała dziecka w klinice pozostawić, zalecono jej więc dobre odżywienie i kąpiele. Do oczu przepisano maść kseroformową z żółtą maścią rtęciową. Polecono nadto często przedstawiać się w klinice. Jednakże później matka do kliniki się nie zgłosiła.

II. 1. IV. 1902. zgłosiła się wieśniaczka z $2^1/_2$-letnią córką, T. Maryanną, podając, że od tygodnia oczy dziecka ropieją; poprzednio dziecko cierpiało na długo trwającą biegunkę z wymiotami. Jestto jedyne dziecko; urodziło się z plamami na ciele. Matka miała również przechodzić chorobę, połączoną z plamami na ciele, która jej jednak większych dolegliwości nie sprawiała (kiła?).

Stan obecny: Prawe i lewe oko: wydzielina śluzowo-ropna, spojówka lekko przekrwiona, na spojówce gałki, obok rogówki, w obrębie szpary powiekowej wyraźne, trójkątne miejsca zeskórniałe.

Prawe oko: cała rogówka zniszczona, wskutek ropnego rozpadu przedstawia się jako jednostajna żółtawa masa ropna.

Lewe oko: w środku rogówki owrzodzenie, 4—5 mm średnicy, ropnie nasiekłe, pęknięte, przez nie wypada tęczówka.

Dziecko wogóle źle odżywione, na skórze wysypka guzkowo-plamista. U matki stwierdzono również na obu oczach zeskórnienie. Badaniem bakteryologicznem stwierdzono prócz gronkowców białych i prątków zeskórnienia liczne paciorkowce.

Rozpoznanie: Conjunctivitis xerotica ocul. utr. Keratomalacia oculi dextr. Ulcus corneae, prolapsus iridis oculi sinistri.

Leczenie: opłukanie, pyoktanina, dionina, ciepłe okłady, maść kseroformowa (l. o. nadto galwanokaustyka), kąpiele sublimatowe. Pomimo skrupulatnych przepłukiwań i energicznego leczenia, nie udało się powstrzymać rozpadu lewej rogówki, która w przeciągu kilku dni zniszczała zupełnie, a w jej miejsce wstąpiła tęczówka. W kilka tygodni wypadnięta tęczówka poczęła się zabliźniać i wtedy wypuszczono dziecię do domu. Że wogóle dziecię udało się utrzymać przy życiu, to przypisać można jedynie dobremu odżywianiu w klinice i stosowanemu leczeniu, w którem główne znaczenie należy przypisać kąpielom sublimatowym. Niestety matka przyprowadziła dziecię zbyt późno do kliniki, kiedy choroba zbyt daleko była już posunięta, aby można było choć w części wzrok utracony przywrócić.

(Dokończenie nastąpi).

O gruczołach przytarczycowych

(glandulae parathyreoideae).

Napisał

Prof. Dr Adam Bochenek.

(Ciąg dalszy).

e) Sprawa toksyn przy tężyczce, wywołanej brakiem gruczołów przytarczycowych.

Doświadczenia i badania mikroskopowe wykazały dowodnie, że gruczoły przytarczycowe są gruczołami o wewnętrznem wydzielaniu. Większość autorów (Jeandelize, Pineles, Biedl) wyraża zdanie, że czynność tego gruczołu polega na tem, iż jego wydzielina może zobojętniać trujące produkty, tworzące się w prawidłowej przemianie materyi.

Tężyczka po usunięciu ciałek przytarczycowych jest więc następstwem samozatrucia. Powstaje ona jako następstwo zatrucia ustroju trucizną, która wskutek uszkodzenia lub upośledzenia czynności ciałek przytarczycowych w ustroju się nagromadza. Dlatego też szereg autorów dążył do wykazania istnienia we krwi i w moczu zwierząt, chorych na tężyczkę, swoistych własności trujących.

Jeszcze przed poznaniem znaczenia ciałek przytarczycowych w roku 1884 stwierdził Colzi, że wstrzyknięcie krwi psa, dotkniętego tężyczką, psu, któremu dopiero co usunięto gruczoł tarczowy, wywołuje napad tężyczki. Te doświadczenia powtórzyli w rok później Ughetti i Mattei z wynikiem ujemnym. W roku 1888 stwierdził Rogowicz, 1) że jeżeli psu zdrowemu upuści się naprzód znaczną ilość krwi, a później wstrzyknie krew psa, będącego w napadzie tężyczki, to zdrowy ten pies okazuje w następstwie wyraźne objawy tężyczki. 2) Jeżeli takie samo doświadczenie wykona się na psie, któremu dopiero co wycięto gruczoł tarczowy, to pies taki ulega napadowi kurczów mięśniowych. W r. 1889 Fano i Zanda potwierdzili spostrzeżenia Colziego i dodali do nich nowe, t. j. że kurcze u zwierzęcia, dotkniętego tężyczką, można chwilowo wstrzymać przez infuzyę fizyologicznego rozczynu soli kuchennej.

Sgorbo i Lamari (1892) uzyskali u kota zdrowego napad tężyczki po wstrzyknięciu śródotrzewnem surowicy kota, będącego w napadzie tężyczki. Gley w całym szeregu doświadczeń stwierdził toksyczność krwi psów z wyciętym gruczołem tarczowym. Natomiast Baldi, wprawdzie na bardzo małym materyale doświadczalnym, otrzymał wyniki zupełnie ujemne. Biedl w r. 1904 powtórzył z wynikiem dodatnim doświadczenia Colziego i drugie doświadczenie Rogowicza.

Wreszcie w r. 1908 Pfeifter i Meyer wykonali szereg szczegółowych badań w kierunku wykazania właściwości trujących krwi, surowicy i moczu zwierząt, cierpiących na tężyczkę. Wstrzykiwali oni krew psów chorych na tężyczkę pooperacyjną psom zdrowym, psom, którym dopiero co wycięto gruczoł tarczowy, dalej zdrowym szczurom, myszom, dalej tym samym zwierzętom, którym jednak poprzednio usunęli operacyjnie gruczoły przytarczycowe. Doświadczenia ich doprowadziły rzeczywiście do stwierdzenia, że krew zwierząt, chorych na tężyczkę, zawiera jakąś substancyę trującą, której krew zwierząt prawidłowych nie zawiera. Ustroje o zdrowych gruczołach przytarczycowych nie wykazywały żadnych zmian, natomiast wybitne objawy zatrucia występowały u zwierząt, u których poprzednio gruczoły przytarczycowe uszkodzono. Substancya ta trująca, której w surowicy zwierząt prawidłowych nie zdołano stwierdzić, wywołuje u zwierząt z uszkodzonymi gruczołami przytarczycowymi napad tężyczki, podobny zupełnie do napadu, jaki następuje u tych zwierząt po zupełnem usunięciu gruczołów przytarczycowych. Musi to więc być substancya swoiście toksyczna.

Natomiast próby Pfeiffera i Mayera w celu wykazania istnienia tej substancyi toksycznej w moczu zwierząt chorych na tężyczkę, wypadły ujemnie. Zmiany w nerkach zwierząt chorych na tężyczkę uważają oni za następstwo działania nadmiernej ilości innych produktów rozpadowych, a nie tej swoistej trucizny. Ten zaś rozpad jest następstwem tężcowych kurczów, jakim zwierzęta chore na tężyczkę ulegają.

f) Próby zastąpienia usuniętych gruczołów przytarczycowych przez dostarczanie ustrojowi ich substancyi, lub też wyciągów.

Dawniejsze doświadczenia Eiselsberga, Nicholsona i Baldowskiego wykazywały, że tak przy tężyczce po usunięciu operacyjnem gruczołu tarczowego, jak i przy rzucawce (eclampsia), podawanie większych ilości substancyi gruczołu tarczowego, lub też jego wyciągów, działało bardzo skutecznie, usuwając lub uśmierzając chorobę. Vassale (1905) przekonał się, że u suki, która po usunięciu gruczołów przytarczycowych cierpiała w czasie karmienia na napady tężyczki, podawanie wyciągów z gruczołu tarczowego ratowało zwierzę od śmierci. Vassale, stwierdziwszy poprzednio doświadczeniami związek między tężyczką, a czynnością gruczołów przytarczycowych, sądzi, że w wyciągach z gruczołu tarczowego działały w tych przypadkach produkty wyciągu, otrzymanego z gruczołów przytarczycowych, które współcześnie z gruczołem tarczowym ekstrahowano. Vassale specyalną metodą uzyskał wyciąg z gruczołów przytarczycowych wołu i nazwał ten wyciąg paratyreoidyną lub paratyreoantytoksyną. Skuteczność tego środka, tak podawanego przez usta, jak i stosowanego przez wstrzykiwania podskórne, stwierdził na psach, pozbawionych gruczołów przytarczycowych. Zastosował on także otrzymany przez siebie przetwór, jako lek, podskórnie lub przez usta podawany, w trzech przypadkach rzucawki u ciężarnych, we wszystkich, jak stwierdza, z pomyślnym skutkiem. Uważa on zatem ten pomyślny skutek za dowód, że rzucawkę wywołuje niedostateczna czynność gruczołów przytarczycowych. Sądzi też, że może i w innych chorobach, zwłaszcza umysłowych, podawanie wyciągu z gruczołów przytarczycowych mogłoby dać wynik pomyślny.

Zanfrogini w 5 przypadkach rzucawki u kobiet ciężarnych stosował paratyreoidynę Vassalego, z korzystnym wynikiem. Biedl w doświadczeniach swoich po podawaniu wewnętrznem podobnego wyciągu albo nie otrzymywał żadnego wyniku, albo też tylko chwilowy. Natomiast przy podawaniu znacznych dawek gruczołu tarczowego (20—30 gruczołów tarczowych świni dziennie). lub przy wstrzykiwaniu podskórnem znaczniejszych ilości soku, otrzymanego z gruczołu tarczowego, uzyskiwał powstrzymanie napadów tężyczki u psów, u których wycięto gruczoł tarczowy i gruczoły przytarczycowe.

Pineles (1908) przedsięwziął szereg systematycznych prób z różnymi przetworami, otrzymanymi z gruczołu przytarczycowego, a więc podawał albo gruczoł na świeżo, albo suszony i sproszkowany, albo też roztarty z piaskiem i z mlekiem rozmieszany. Stosował też te przetwory w różny sposób, albo przez podawanie wewnętrzne, albo przez wstrzykiwania podskórne lub śródotrzewne. Do doświadczeń tych używał kotów, które, jak wiadomo, bardzo są czułe na brak gruczołu tarczowego i gruczołów przytarczycowych. Wszystkie jego doświadczenia nie wykazały jednak najmniejszego skutku i napadów tężyczki nie wstrzymywały zupełnie. Pineles zastrzega się jednak, że wynik ujemny jego doświadczeń w tym względzie nie stoi w żadnej sprzeczności z twierdzeniem, iż tężyczka jest następstwem braku lub upośledzonej czynności gruczołów przytarczycowych.

g) Próby przeszczepiania gruczołów przytarczycowych; ich wynik fizyologiczny.

Jeszcze w roku 1892 wykonał Eiselsberg próby przeszczepienia w inne miejsce ustroju kawałków gruczołu tarczowego, które wykazały, że gruczoł ten przyjmuje się zwykle w miejscu, w które został wszczepiony, że ulega unaczynieniu, i że działa prawidłowo dalej.

Przy próbach przeszczepienia gruczołu tarczowego przeszczepił Eiselsberg w r. 1898 wraz z gruczołem tarczowym i gruczołki przytarczycowe Te również przyjęły się w miejscu transplantacyi, zachowały swą budowę, nawet łatwiej, niż sam gruczoł tarczowy. Podobne próby przeszczepienia, przedsiębrane przez Payra, dały również dodatni wynik. Camus (1905) próbował przeszczepiać u królika gruczoł przytarczycowy sam pod skórę ucha. Tu jednak nigdy przeszczepiony gruczoł nie utrzymywał się przez czas dłuższy. Natomiast Christianiemu udało się utrzymać u szczura gruczoł przeszczepiony w śledzionę przez bardzo długi czas, przyczem gruczołek przeszczepiony nie ulegał zmianie budowy. U kota utrzymywała się przeszczepiona tkanka gruczołu przytarczycowego przez lat 5.

Natomiast z wynikiem dodatnim i to tak pod względem samego przyjęcia się gruczołu przeszczepionego, jak i pod względem stwierdzenia jego roli fizyologicznej, wypadły doświadczenia Walbauma. Po wyjęciu gruczołów przytarczycowych zewnętrznych, przeszczepiał je W. pod błonę surowiczą żołądka, poczem wycinał albo zaraz, albo też po pewnym czasie drugą parę gruczołów przytarczycowych. Część królików, operowanych w pierwszy sposób, ginęła zaraz po operacyi, część pozostawała przy życiu przez czas dłuższy; po drugim typie operacyi zwierzęta prawie bez wyjątku żyły bez objawów chorobowych przez czas dłuższy, gdy jednak wycięto im tę część ściany żołądka, w którą poprzednio przeszczepiono gruczołki, ginęły w krótkim czasie.

Dodatnio również wypadły doświadczenia Biedla, który u dwóch psów przeszczepił ich własne dwa gruczołki przytarczycowe w śledzionę. W dwa tygodnie po pierwszej operacyi usunął on im cały gruczoł tarczowy wraz z oboma pozostałymi gruczołkami przytarczycowymi. Jeden z tych psów zniósł drugą operacyę bez żadnych złych następstw, drugi uległ w 4. dniu po usunięciu gruczołu tarczowego i gruczołów przytarczycowych wewnętrznych ostremu napadowi tężyczki, który jednak przeszedł i już się nie powtórzył. Biedl tłómaczy tę przejściową tężyczkę, jako objaw niedostatecznej czynności wszczepionych w śledzionę gruczołków przytarczycowych, które nie mogły sprostać większym wymogom ustroju, będących następstwem nagłego usunięcia drugich ciałek nabłonkowych.

Wreszcie wykonał Leischner (1907) przeszczepienia jednego lub dwóch gruczołków przytarczycowych u szczurów. Wszczepiał je albo w torebkę mięśnia prostego brzucha, albo między torebkę i otrzewnę. Jeżeli przeszczepienie obu gruczołków przytarczycowych wykonał równocześnie, to zwierzęta ginęły w sposób zupełnie podobny, jak po usunięciu obu ciałek nabłonkowych naraz. Jeżeli przeszczepił naprzód jeden, potem w 10 dni drugi gruczoł, to operacye te pozostawały zupełnie bez następstw.

Jeżeli teraz zwierzętom z przeszczepionymi oboma gruczołkami wycięto tę część ściany brzusznej, w którą wszczepiono poprzednio gruczoły, występowały stale objawy tężyczki, poczem zwierzęta wśród wolno występujących zmian ogólnego stanu odżywienia ginęły.

Badania histologiczne wykazywały zawsze istnienie przeszczepionych ciałek nabłonkowych o niezmienionej budowie, (może czasem tylko trochę rozluźnienia ich utkania).

Przeszczepienia te dowodzą więc, że nietylko pod względem anatomicznym gruczołki zostały niezmienione, ale że także pod względem fizyologicznym zachowały swą czynność. Leischner podsunął też myśl, by w ciężkich przypadkach tężyczki u ludzi wykonać przeszczepienie gruczołka przytarczycowego z innego człowieka na chorego. Zastrzegał się jednak, że przeszczepianie jednego gruczołka można przedsiębrać tylko w takich przypadkach, gdzie można u człowieka, któremu się jeden gruczołek usuwa, zbadać, czy są zdrowe trzy inne. Inaczej osobnik, z którego się bierze gruczołek, mógłby się znaleść w niebezpieczeństwie następstw niedostatecznej czynności gruczołków. Taką operacyę z wynikiem dodatnim w kierunku uśmierzenia tężyczki wykonał w roku 1908 Eiselsberg. U chorej, która po wykonanej przez Billrotha operacyi wycięcia wola cierpiała przez lat 25 na przewlekłą tężyczkę, występującą raz ostrzej, raz słabiej, skoro leczenie substancyą gruczołu tarczowego, potem przytarczycowego nie dawało korzystnych następstw, wykonał Eiselsberg przeszczepienie jednego gruczołka przytarczycowego z drugiej chorej. Przeszczepił go mianowicie między otrzewnę i powięź brzucha. Chora po tej operacyi ma się znacznie lepiej, skurcze mięśniowe ustały, objaw Chwostka wprawdzie pozostał, ale pobudliwość elektryczna zmalała. Podobną operacyę wykonał także Garré.

Z tych wszystkich doświadczeń wynika przedewszystkiem, że anatomicznie gruczołek przytarczycowy nie jest zarodkową formą gruczołu tarczowego, gdyż przeszczepiony zachowuje swą pierwotną budowę. Dalej, że fizyologicznie ma czynność odmienną, gdyż przeszczepienie jego udane chroni zwierzęta od napadów tężyczki, a nie chroni ich od przewlekłego charłactwa, będącego stałem następstwem usunięcia gruczołu tarczowego.

h) Zmiany chorobowe, napotykane w gruczołach przytarczycowych.

Sprawą zmian anatomiczno-patologicznych zajął się dokładnie Benjamins. Stwierdził on, że wszystkie rodzaje zmian patologicznych mogą wystąpić w tych gruczołach. Widział więc w nich pewne objawy nieprawidłowego, czy powstrzymanego rozwoju, zwyrodnienia miąższowe, zmiany w stosunkach krążenia, a wreszcie przerost nowotworowy tkanki gruczołków.

Jako skutek powstrzymanego rozwoju uważa wystąpienie długiego kanału, w sąsiedztwie gruczołków leżącego, a opisanego przez Kohna i Kürsteinera. Prócz tego widział torbiele zastojowe, zawierające koloid, o ścianach utworzonych z kilku warstw nabłonka. Trzeba zaznaczyć, że znając embryologiczny stosunek gruczołów przytarczycowych do ciała pozaskrzelowego, musi się mieć pewne wątpliwości, czy opisany kanał i torbiele nie są częściami tego ciała pozaskrzelowego, a nie zmianami rozwojowemi gruczołków. Ze zwyrodnień widział Benjamins zwyrodnienie obrzękowe (hydropische Degeneration), zwyrodnienie barwikowe, dalej zwykły zanik uciskowy, zwłaszcza przy większych i na gruczołki uciskających wolach. W tych przypadkach widywał często także bujanie tkanki łącznej.

Ze zmian w stosunkach krążenia stwierdził niedokrwienie i często napotykane wybroczyny.

W kilku przypadkach obrzękowi towarzyszył drobnokomórkowy, wyraźnie zapalny naciek. Raz widział Benjamins przy gruźlicy prosówkowej mały gruzełek. A wreszcie raz stwierdził nowotwór wielkości głowy dziecka, którego utkanie przemawiało dość wyraźnie za tem, że źródłem jego jest tkanka gruczołu przytarczycowego.

Od czasu, gdy Benjamins zwrócił uwagę, że tkanka gruczołów przytarczycowych może być miejscem pierwotnego ogniska nowotworowego, zwrócono na ten szczegół więcej uwagi i opisano już kilka przypadków podobnych nowotworów.

Ważny jest również fakt, stwierdzony przez Benjaminsa, że w dwudziestu badanych przez niego przypadkach wola (różne formy), nigdy gruczołki przytarczycowe nie były zmienione przerostowo. Przeciwnie wskutek ucisku, jaki wole na gruczołki wywierało, powstawały w nich zmiany wsteczne, wywołane uciskiem rozrastającego się chorobowo gruczołu tarczowego. (Dok. n.).

Oceny i sprawozdania.

Z dziedziny rentgenologii.

Sprawozdanie poglądowe.

Napisał **Dr Adolf Klęsk.**

W nauce tak młodej, jak rentgenologia, stwierdza się ogromny postęp w ostatnich czasach. Postęp ten dotyczy wszystkich dziedzin tej gałęzi nauki lekarskiej, a więc tak strony technicznej, biologicznej, jak i klinicznej. W miarę szerszego zastosowania promieni spotykaliśmy się coraz częściej z tak zwanemi uszkodzeniami rentgenowskiemi. Te z jednej strony dają inicyatywę do ulepszenia instrumentaryum, a z drugiej właśnie te szkodliwe skutki zwracają uwagę na coraz to nowsze strony działania promieni.

Głównem dążeniem techniki w pracy nad ulepszeniem rentgenizacyi jest przedewszystkiem możność dowolnego dawkowania promieni, dalej możność kierowania nimi, zwiększenie lub zmniejszenie siły przenikania ich w głąb, a wreszcie ulepszenia przy prześwietlaniach w zdjęciach fotograficznych.

Co do punktu pierwszego, to wprawdzie wrażliwość na promienie bywa różną wogóle, jednak nie jest znów tak wielką, by przy odpowiedniem i ostrożnem dawkowaniu nie można uniknąć niespodzianek.

Dawkę promieni Röntgena starano się określić przez tak zwany minimalny odczyn ustroju. Jak wiadomo, działanie promieni Röntgena objawia się w ustroju w różnych niejako stopniach i w formie ostrej lub też przewlekłej. Forma ostra obejmuje stopnie: 1) wypadanie włosów i zmiany barwikowe skóry; 2) objawy zapalne, naciek, swędzenie, w następstwie wypadanie włosów, łuszczenie się skóry; 3) wśród silnych bolów powstające nacieki, pęcherze i ropienie; 4) silne zniszczenia skóry, owrzodzenia trudno się gojące. Otóż o ile zmiany wymienione pod 1) i 2) nie przedstawiają dla chorego większych niebezpieczeństw, o tyle już dalsze (pod 3 i 4) są bardzo ciężkiemi powikłaniami. Dlatego też za dawkę najwyższą starano się przyjąć ilość promieni, wywołującą objawy odczynowe na skórze (*Erythemdosis*). Dawkę tę stosujemy zależnie od natury cierpienia albo odrazu, a potem powtarzamy ją po pewnym okresie czasu, lub też leczymy stale mniejszemi dawkami.

Jako teoretyczną jednostkę podał niemiecki Zjazd rentgenologiczny ilość stożka promieni o kącie 1°, która padając na blachę platynową w próżni, pochłonięta przez nią wytwarza w sekundzie jednostkę elektryczności. Jednostka, proponowana przez Anglię, odpowiada energii promieni 1 mg. bromku radu, a mianowicie jego sile ionizującej, t. j. tej, która po przejściu blachy ołowianej, grubej na 1 cm, pozostaje. Jest to t. zw. 1 świeca rentgenowska.

Dla celów praktycznych podano znów inne jednostki.

1) Bordier i Galimard za jednostkę *I* uważają ilość promieni, która z mieszaniny Freunda (3% rozczyn jodoformu w chloroformie) o powierzchni 1 cm² i głębokości 1 cm uwalnia 1 cm jodu.

2) Schwarz podaje jednostkę »kalom«, t. j. ilość promieni, która w rozczynie sublimatowym szczawianu amonowego wywołuje pewne zmętnienie.

3) Guilleminot podał jednostkę *M*, którą oznacza zapomocą ekranu, a która odpowiada działaniu 0·02 bromku radu przy odległości 2 metrów.

4) Levy-Dorn za jednostkę uważa ilość promieni, potrzebną do zdjęcia stawu biodrowego.

5) Holzknecht podaje jednostkę *H*, t. j. ilość promieni, która zdoła do pewnego stopnia zabarwić odczynnik jego chromoradyometru.

6) Kienböck podaje jednostkę *X*, którą oznacza zapomocą papieru fotograficznego; podobnie Strauss.

7) Sabouraud i Noire dawkę *SN* oznaczają ze zmiany barwy odpowiednich pastylek (Baryumplatincyanür) z zielonawej w żółtą.

8) Köhler i Hessmann twierdzą, że ilość promieni ocenić najłatwiej praktycznie ze stopnia ogrzania lampy. Naświetlać można bez obawy, gdy lampa dopiero po 10 minutach zaczyna się rozgrzewać.

Wzajemny stosunek tych różnych jednostek jest następujący: 5H wywołuje na prawidłowej skórze tułowia odczyn.

$X = {}^{1}/_{2}H$ Dawka Levy-Dorna $= {}^{1}/_{8}$—${}^{1}/_{10}$ H.
$5H = SN$ (Erythemdosis)
$5x = X = {}^{1}/_{2}H$

1x jestto mała dawka, którą stosować można codziennie aż do wystąpienia odczynu skóry. — $10x = 2X = H$ nie wolno przekroczyć i stosować powtórnie przed upływem 4 tygodni; $5x = X = {}^{1}/_{2}H$ stosuje się co 2 tygodnie; 2x — 3x stosować można co 2—3 dni.

Przy 18 cm odstępu przy zrównoważonej lampie otrzymuje się średnio w 8 minut 1 H.

Sposób dawkowania jest dopiero w rozwoju i niemal codziennie zjawiają się nowe sposoby i ulepszenia oznaczania dawki.

Dalszy postęp na polu prześwietlania uzyskano przez wynalezienie sposobu skracania czasu ekspozycyi i wprowadzenie t. zw. szybkich zdjęć (Momentaufnahmen). Ma to dla badań rentgenowskich bardzo wielkie znaczenie. Nie męczy się przytem tak długo chorego, dalej wykonywać można zdjęcia i u chorych niespokojnych, cierpiących na drżączkę, u dzieci, a nadto w razie nieudałego zdjęcia można je powtórzyć bez obawy zaszkodzenia choremu (Groedel-Horn).

Działanie silniejsze promieni w głąb starano się uzyskać przy używaniu twardych promieni i wielkich odstępów, naświetlaniu z różnych stron i używaniu filtrów, t. j. ciał, które pochłaniają tak zwane miękkie, dla skóry szkodliwe promienie, np. glin, szkło, skóra, bawełna i t. p. (Holzknecht, Dessauer, Perthes i t. p.). A działanie promieni w głąb było, jak dotąd, bardzo problematyczne. Tak np. podług Perthesa lampy średnio miękkie w 1 cm głębokości dają już zaledwo 50—60% natężenia promieni, a twarde w 4 cm głębokości 40%, a przy 5 cm zaledwo 25%.

W medycynie wewnętrznej oddały promienie rentgenowskie nieocenione usługi rozpoznawcze przy badaniu płuc (gruźlica, środkowe ogniskowe zmiany zapalne, nowotwory, gruczoły, wysięki, ruchy przepony i t. p.), serca, przewodu pokarmowego i t. p. Nawet niektórzy z kształtu serca starają się rozpoznawać rodzaj jego wady. Tak np. przy niedomykalności ujścia tętniczego serce ma mieć kształt leżącego jaja, a przy zwężeniu podobny, lecz okrąglejszy, przy zwężeniu ujścia żylnego lewego kształt jaja stojącego, a przy niedomykalności podobny, okrąglejszy. Badanie sprawności, kształtu i ruchów przewodu pokarmowego promieniami Röntgena zapomocą podawania papki bizmutowej wyjaśniło też wiele szczegółów co do prawidłowego położenia i ułożenia żołądka, a w sprawach chorobowych żołądka można się rentgenizacyą znakomicie posługiwać w celach rozpoznawczych. Celem ścisłego oznaczenia wielkości danego narządu używa się obecnie projekcyi równoległych i to w ten sposób, że 1) albo ustawia się lampę tak daleko, iż kąt rozbieżności promieni nie wchodzi już w rachubę, 2) albo otrzymujemy obraz zapomocą cienkiego snopa promieni w pobliżu, oglądając kolejno wszystkie punkta. Obrazy, narysowane w ten sposób, zowiemy ortorentgenogramami.

W chirurgii promienie Röntgena oddają cenne usługi rozpoznawcze przy złamaniach kości, zwłaszcza drobnych, np. ręki, stopy i t. p., dalej przy oglądaniu i wyszukiwaniu ciał obcych, kamieni nerkowych i pęcherzowych i t. p. Przez wpędzanie tlenu do stawów i pęcherza otrzymuje się znacznie wyraźniejsze obrazy (Werndorff, Robinson). Promienie Röntgena oddają także cenne usługi przy badaniu schorzeń bocznych jam nosa. Celem uzyskania dokładnego obrazu kamieni robi Köhler zdjęcia na 2 płytach, zwróconych do siebie stroną warstwową (Schichtseite), a Robinson na 2 płytach, zwróconych do lampy tąż stroną, przez co promienie wtórne mają się filtrować.

Leczniczo stosuje się rentgenizacyę obecnie w najrozmaitszych cierpieniach. Przedewszystkiem zwrócono się do prób leczenia nowotworów. Późniejsze rozleglejsze doświadczenie ochłodziło nieco początkowy zapał, jednakże zaprzeczyć się nie da, że czasem wyniki lecznicze są korzystne. Lepiej działa to leczenie na nowotwory, obfitujące w komórki, niż na nowotwory, zawierające dużo substancyi międzykomórkowej (Mader). Bardzo czułe na promienie są zwłaszcza szybko rosnące mięsaki (Kienböck). Korzystne wyniki osiągnięto np. przy mięsakach śródpiersia (Elischer, Engel i t. p.). Co do raków, to podług Schmidta, najlepiej działają promienie Röntgena na guzy owrzodziałe, gorzej już na raki pokryte skórą i na raki, usadowione na bło-

nach śluzowych. Tak np. Schmidt na 57 raków skórnych osiągnął w 31 wyleczenie, trwające ponad 3—4 lat. Poleca on stosować 14 dni zwykłą dawkę (Erythemdosis). Gdy po 5 naświetlaniach niema poprawy, należy operować. Tak zwany wrzód drążący (*ulcus rodens*) u młodych osobników opiera się zwykle leczeniu. I rentgenologowie nie mogą się jednak pochwalić zbyt korzystnymi wynikami, a w ostatnich czasach odzywają się nawet głosy, przeczące temu, by rentgenizacya działała na nowotwory. Rehn twierdzi np., że często wyleczenie jest tylko pozorne. Owrzodzenie goi się z wierzchu, a rak drąży dalej w głąb i występują przerzuty. Niemniej zaprzeczyć się nie da, że promienie Röntgena działają korzystnie w przypadkach raków, nie nadających się do operacyi: łagodzą bole, oczyszczają, goją owrzodzenia i wpływają przez to chwilowo korzystnie nawet na stan ogólny.

Z innych cierpień znalazło leczenie promieniami Röntgena wielkie zastosowanie przedewszystkiem w chorobach skórnych i oddaje tu rzeczywiście cenne usługi, np. przy figówce, wypryskach, trądziku i t. p. — Przy białaczce przez leczenie promieniami Röntgena możemy znacznie przedłużać życie chorych, zwłaszcza w białaczce szpikowej. Leczenie choroby Basedowa i wola jest jeszcze bardzo niepewne, podobnie jak np. gruczołów gruźliczych, przerostu stercza i t. p. Niezłe wyniki osiąga się przy twardzieli nosa (Schein, Rydygier, Freund, Navratil, Meyer i t. p.). Immelman spostrzegał korzystne wyniki przy przewlekłem zapaleniu oskrzeli i przy dychawicy (prześwietla ze wszystkich 4 stron klatkę piersiową po 2 minuty), Levy znowu zaprzecza temu, uważając wyniki za skutek suggestyi. Podobnie wyniki leczenia przy chorobach kobiecych są niepewne, choć niektórzy opisują po leczeniu ustanie krwawień przy mięśniakach i t. p.

Co się tyczy strony, że tak powiem, prawnej, to co do uszkodzeń rentgenowskich powiedzieć należy, że wobec ostrożnego dawkowania powinny one obecnie należeć do wielkich rzadkości. Na Zjazdach rentgenologicznych zastanawiano się nieraz nad tą sprawą, a Gocht podaje w tej sprawie następujące przestrogi: 1) Leczeniem i wogóle manipulacyą promieniami Röntgena zajmować się powinien jedynie lekarz, i to bardzo dobrze obznajomiony z całą techniką. 2) Nigdy nie powinno się zapominać o przestrzeganiu możliwych ostrożności. 3) Podczas posiedzenia nie należy ani na chwilę opuszczać gabinetu. 4) Chorego należy zawsze przestrzedz, że uszkodzenie może mimo wszelkich ostrożności przecież się zdarzyć. 5) Należy zawsze dokładnie zapisywać warunki, w jakich się pracuje. Pamiętać też należy o tem, że chory może się równocześnie leczyć u drugiego lekarza rentgenizacyą i dlatego należy o to zawsze pytać (Blum). Częściej, niż u chorych, występują uszkodzenia rentgenowskie u pracowników na tem polu, np. lekarzy, techników, służby, sióstr miłosierdzia i t. p.

Uszkodzenia rentgenowskie, a zwłaszcza owrzodzenia, zgrubienia i zrogowacenia naskórka, opierają się bardzo leczeniu tak, że czasem jedynie zabieg operacyjny, a więc wyskrobanie, wycięcie i przeszczepienie dopiero pomaga.

Przy badaniu przewodu pokarmowego papką bizmutową należy pamiętać o możliwości zatrucia. Niektórzy polecają zamiast azotanu (*bismuthum subnitricum*) węglan, a w ostatnich czasach Kaestle przemawia za zupełnem usunięciem bizmutu i wprowadzeniem w miejsce jego zupełnie nieszkodliwych przetworów toru (*thorium oxydatum anhydricum*); inni radzą żelazo magnesowe.

Badanie promieniami Röntgena znalazło zastosowanie także i w medycynie sądowej, przy oznaczaniu wieku danej osoby. Przekonano się bowiem, że kostnienie krtani rozpoczyna się u kobiet w 15. roku życia, u mężczyzn zaś w 18—19, mianowicie w dolnej tylnej części chrząstki tarczowatej (Draeskel, Scheier, Chiewitz i t. p.).

Dla rozstrzygnięcia, kiedy wolno leczyć nowotwory rentgenizacyą, a kiedy należy je operować, podaje Mader następujące zasady: 1) Wolno wybierać między rentgenizacyą a operacyą tam, gdzie zabieg wykonaćby należało bardzo rozległy, a wynik jego jest wątpliwy. 2) Wskazana jest rentgenizacya, gdy chory na operacyę się nie zgadza, lub też przypadek już się nie nadaje do operacyi z powodu rozległości nowotworu, przerzutów lub braku sił u chorego, lub też gdy nowotwór jest tak usadowiony, że bardzo jest wątpliwem, czyby go można operacyjnie usunąć w całości.

Co do szkodliwego działania promieni na płodność, to trzeba i w tym kierunku zachowywać wielką ostrożność, zwłaszcza u mężczyzn, albowiem ostatnie doświadczenia Requauda i Dubreuila na zwierzętach wykazały, że przy silnem naświetlaniu znikają plemniki przejściowo i np. spółkowanie po naświetlaniu nie może zapłodnić. Natomiast dotychczasowe próby wyzyskania tej własności promieni Röntgena dla wywołania niepłodności u kobiet wypadły ujemnie.

Niszczący wpływ promieni Röntgena, zwłaszcza na ciałka białe, starano się zużytkować także w leczeniu spraw ropnych, mianowicie celem uwalniania zaczynów proteolitycznych na zasadzie doświadczeń Müllera i Peisera. Goldberg, opierając się na badaniach Heilego, leczy ropnie gruźlicze w następujący sposób: Wstrzykuje w ropień rozczyn nukleinianu sodu, przez co wywołuje wybitne nagromadzenie się w ropniu ciałek białych, poczem naświetla to miejsce silnie promieniami rentgenowskimi, które, jak wiadomo, wywolują rozpad ciałek białych, a przez to uwalnianie się zaczynu proteolitycznego, tak potrzebnego do trawienia ropy gruźliczej. Jak dotąd ma Goldberg podobno wyniki wcale dobre.

W końcu zaznaczyć należy, że obecnie powinien lekarz np. w przypadku złamania kości wspomnieć choremu o badaniu promieniami Röntgena, a to dlatego, by potem chory nie miał do lekarza pretensyi (Karewski); z drugiej jednak strony przestrzega König, by niepotrzebnie w każdym przypadku nie starać się o rozpoznanie jedynie przy pomocy promieni, gdyż przez to z czasem można zupełnie zatracić wprawę i zdolność do rozpoznawania na podstawie objawów klinicznych, a przecież często lekarz musi rozpoznawać bez pomocy rentgenizacyi.

Eijkman. **L'internationalisme medical.** Wydawnictwo »Bureau préliminaire de la fondation pour l'internationalisme« w Hadze. Amsterdam 1910. (2 fr.).

Na zasadzie materyałów, zgromadzonych przez biuro, wspomniane w tytule, kreśli autor treściwie historyę i organizacyę wszelkich międzynarodowych zjazdów, konferencyi, towarzystw i t. p. w różnych działach medycyny i związanych z nią spraw. Na zasadzie tych danych dochodzi autor do wniosku, że tych międzynarodowych instytucyi lekarskich jest za wiele, że praca ich rozprasza się zanadto, a niekiedy niepotrzebnie powtarza, że organizacya ich nie jest prawdziwym wyrazem stosunków naukowo-lekarskich wszystkich krajów i narodów, a zebrania przeciążone są balastem przemówień urzędowych i wykładów bezwartościowych. Gdy komitety narodowe nie będą ciałem martwem, ale rzeczywistem przedstawicielstwem kół naukowo-lekarskich danego kraju, to »oparta na nich międzynarodowa organizacya ogólna będzie miała istotną powagę w całym świecie, a nie będzie do tego potrzebne, aby się rządy tutaj mieszały«. Autor sądzi, że do takiego kierowniczego stanowiska powołany jest świeżo stworzony międzynarodowy komitet zjazdów lekarskich w Hadze, a proponuje, aby ten komitet postarał się o utworzenie stałych komitetów narodowych, czynnych ciągle i rzeczywiście, nietylko na papierze. Komitety narodowe powinny się składać z przedstawicieli towarzystw lekarskich z udziałem przedstawicieli akademii i wydziałów lekarskich; te komitety wysyłałyby do komitetu międzynarodowego swych delegatów, zbierających się na konferencye naukowe w sprawach, wymagających wyjaśnienia. Obok tych konferencyi, któreby najwięcej przyczyniały się do prawdziwego postępu medycyny, należałoby zachować ogólne zjazdy, ale obradujące tylko nad ważnymi, przez konferencye przygotowanymi tematami; z wykładów postronnych dopuszczone byćby mogły tylko prace, oparte na doświadczeniach. Zjazdy powinny być urządzane przez komitety miejscowe, powstające w siedzibie zjazdu; przemówienia urzędowe powinny być zniesione, natomiast zebrania towarzyskie uważa autor za pożyteczne. (Pomysły autora zbliżają się w niejednem do projektów Prof. Jaworskiego, ogłoszonych w r. z. w »Wiener klin. Wochenschrift«). Z.

Falgowski. **Jakich zasad trzymać się należy ze stanowiska społecznego w operowaniu zmian zapalnych przydatków macicy?** (Odbitka z »Przeglądu chirurg. i ginekol.« Warszawa 1910).

Autor w pracy swej nie ma zamiaru wcale rozstrzygać ogólnego pytania co do leczenia tryprowych i połogo-

wych schorzeń przydatków, czy ono ma być raczej zachowawcze, czy operacyjne i uwzględnia tylko leczenie operacyjne. Sądzi on, że u kobiet ciężko fizycznie pracujących należy uwzględniać tylko takie sposoby operowania, które doszczętnie je leczą i rychło pozwalają im powrócić do zarobkowania. Odrzuca przeto wszelkie sposoby operowania zachowawczego, a za jedynie celowe uważa zabiegi doszczętne, to jest usuwanie schorzałych przydatków wraz z macicą, i to na drodze pochwowej, jako bezpieczniejszej, dla chorej przyjemniejszej i wymagającej krótszego leczenia pooperacyjnego.

W myśl podanych zasad operował autor doszczętnie drogą pochwy 73 kobiet, dotkniętych przewlekłem schorzeniem przydatków, przyczem uzyskał bardzo dobre wyniki, bo śmiertelność wyniosła $1^1/_2\%$; 67 kobiet odzyskało w 6—8 tygodni po zabiegu zupełną zdolność do pracy, 5 zaś odzyskało ją po dłuższem leczeniu pooperacyjnem. Z objawami braku czynności jajników po wytrzebieniu nie miał autor wiele kłopotu, bo tylko 11 kobiet z 73 operowanych cierpiało z tego powodu i to przez krótki przeciąg czasu; zdaniem autora, kobiety ciężko fizycznie pracujące nie miewają zwykle ciężkich przypadków po wytrzebieniu.

W końcu swej pracy rzuca autor myśl potrzeby zakładania przy wszystkich klinikach i szpitalach uzdrowisk, gdzieby chorzy po zabiegach operacyjnych mogli przez jakiś czas przebywać jako ozdrowieńcy, coby znamienicie przyspieszało powrót ich zdolności do pracy. S. D.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

(Kręgosłup i kończyny).

Prof. Klapp. **Wyrobienie prostej postawy ciała i znaczenie jego w powstawaniu schorzeń ortogenetycznych.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 11—12). Wiele wad, schorzeń i zaburzeń odnieść należy podług K. do nieprzystosowania się jeszcze ustroju ludzkiego do prostej postawy ciała w porównaniu z postawą, jaką zachowują zwierzęta czworonożne. Należy tutaj n. p. skrzywienie kręgosłupa, zastawki żylne (u człowieka także w żyłach śródżebrowych), zmiana kształtu klatki piersiowej w okrągło-płaską z grzebieniowatej, (jak u ptaków i zwierząt), żebra szyjne i t. p. To niedokładne przystosowanie się do nowej postawy jest jeszcze obecnie przyczyną licznych zaburzeń, jak występowania stóp płaskich, kolan koślawych, żylaków, przepuklin, opadnięć trzew i t. p. Bez wątpienia do tego rzędu schorzeń należy też białkomocz ortostatyczny, występuje on bowiem jedynie przy staniu, a znika przy leżeniu. Na te wszystkie zaburzenia poleca Klapp jako środek najodpowiedniejszy, swoje pełzanie, albowiem pozwala ono niejako »odpocząć narządom w dawnem położeniu«. Pełzanie to, zwłaszcza z modyfikacyą Fränkla, jest bardzo dobrym środkiem gimnastyki klatki piersiowej, która ewentualnie zapobiegać może gruźlicy, korzystnie wpływać na zaburzenia krążenia, leczyć skrzywienia kręgosłupa i t. p. K.

Prof. Vulpius. **Postępy i cofanie się w leczeniu skrzywień kręgosłupa.** (Münch. med. Wochs. 1909, Nr 47). Mimo postępów ortopedyi wyniki leczenia skrzywień kręgosłupa nie są obecnie wcale lepsze, niż dawniej. V. odnosi wrażenie, że są one nawet gorsze, niż przed kilkudziesięciu laty, a to dlatego, że z powodu braku czasu i większego materyału staramy się obecnie leczyć szybko, mniej zważając na trwałe wyniki. Böhm zwrócił uwagę, że często skrzywienie kręgosłupa jest dziedziczne i polega na asymetryi kręgów, zwłaszcza ostatniego lędźwiowego, który po jednej stronie łączy się wprost z kością krzyżową. Przypadki takie dają naturalnie gorsze rokowanie. Za wiele nacisku kładzie się też na etyologię skrzywień kręgosłupa z przyczyny nauki szkolnej. Szkoła przyczynia się wprawdzie do tego, ale ciężkie skrzywienia kręgosłupa mają inne przyczyny, a głównie krzywicę. Herz z Nowej Zelandyi donosi, że skrzywienia kręgosłupa spostrzega się tam w szkołach, mimo braku nadzoru lekarskiego, bardzo rzadko, bo też bardzo rzadko występuje tam krzywica. V. jest też dlatego przeciwnikiem modnego obecnie w szkołach »leczniczego gimnastykowania dzieci«, dokonywanego przez nie-lekarzy. Wiedzie to tylko do zaniedbywania sposobnej chwili leczenia, a na skrzywienia wpływu niema, bo laik musi prowadzić gimnastykę niefachowo.

Leczenie skrzywień kręgosłupa »pełzaniem« podług Klappa, z powodu za szumnej reklamy publicznej zwróciło się także w zupełnie mylnym kierunku. Nowsze badania wykazały, że, aby pełzanie było skutecznem, t. j. aby przy złożonych skrzywieniach nie działało wprost na inne skrzywienia źle, musi być przeprowadzane bardzo skomplikowanie, tak, że przez to główna zaleta tej metody, t. j. prostota i możność stosowania jej przez rodziców na dziecku w domu, zupełnie odpada. V. uważa pełzanie jedynie za dobry sposób wzmacniania kręgosłupa ruchomego, natomiast zupełnie nie wierzy, by działało ono cośkolwiek przy cięższych zniekształceniach i ustaleniach. Tak samo jest V. stanowczym przeciwnikiem »zapobiegawczego pełzania«. Efekt ten sam, a nawet lepszy uzyskać można innymi sposobami, więcej higienicznymi. Bierne prostowanie i leczenie gorsetem pozostanie i nadal jednym z najważniejszych czynników przy leczeniu skrzywień kręgosłupa i zupełną racyę mają ci, którzy stają w obronie gorsetu, odrzucanego przez Klappa.

Leczenie skrzywień kręgosłupa jest bardzo długie i naraża rodziców na koszta, powinniśmy też używać sposobów, którebyleczyły stale, a nie wywoływały tylko chwilowej poprawy, poczem znowu skrzywienie się zjawia i »pieniądze idą na marne«. Z ręką na sercu trzeba przyznać, że wyniki naszego leczenia nie są świetne. Leczymy formy początkowe, poprawiamy średnie, a nawet osiągamy pewien efekt, n. p. zmniejszenie bólów, a nawet ich usunięcie i poprawę kosmetyczną w przypadkach ciężkich, ale to wszystko nie stoi w stosunku do wyłożonych trudów. Prawda, że bardzo często rodzice nie mają cierpliwości przeprowadzać tak długo leczenia. Dawniej istniały t. zw. »Scoliosen-Institute«, gdzie prócz właściwego leczenia dbano i o naukę szkolną, przez co dzieci nie traciły niczego w studyach. Obecnie instytuty te znikły z widowni i leczenie skrzywień odbywa się dodatkowo w chwilach wolnych poza nauką szkolną. A jednak miały te instytuty racyę bytu i to wielką, i dlatego V. jest zdania, że jeżeli mamy w przyszłości liczyć wogóle na wyniki i postęp w leczeniu skrzywień kręgosłupa, to jedynie wprowadzenie na nowo takich instytutów zdziałać to może. K.

Delorme. **W sprawie złamania piątego kręgu lędźwiowego „z podźwignięcia się“.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 10). Przypadki złamania piątego kręgu lędźwiowego nie są tak rzadkie, tylko nie bywają rozpoznawane, a chorych uważa się często niesłusznie za symulantów, zwłaszcza, że cierpienie to powstać może nieraz i po nieznacznym urazie. Objawy kliniczne są następujące: Nieznaczne zmniejszenie długości ciała, niezdolność noszenia i dźwigania ciężarów, bole w krzyżach, sztywność dolnego odcinka kręgosłupa, ew. skrzywienie boczne kręgosłupa, a przy dłuższem trwaniu zaniki mięśni pośladkowych i grzbietowych, przeczulice nerwowe i t. p. W wywiadach chorzy podają, że »podźwigali się«, przyczem przy podnoszeniu poczuli, albo i posłyszeli trzeszczenie lub pękanie w kręgosłupie. Dokładne rozpoznanie uzyskać można zapomocą fotografii rentgenowskiej, na której cechującem jest zupełne zniknięcie trzonu piątego kręgu lędźwiowego, a to z powodu wysunięcia się złamanego trzonu ku przodowi. Wyrostki ościste zostają przytem do siebie zbliżone z dołu lub z góry. Najczęściej z kręgów ulega złamaniu właśnie piąty krąg lędźwiowy, a to z powodu, że stoi on na granicy ruchomej i stałej (kość krzyżowa) części kręgosłupa. K.

Lange. **Operacyjne leczenie zajęcia kręgów zapomocą wgajania drutów stalowych.** (Tow. lek. Monachium, 19. V., 1909). Zajęcia chorobowe kręgów leczymy obecnie głównie ortopedycznie z pomocą łóżeczek, opatrunków, lub gorsetów. Nie da się zaprzeczyć, że bezpośredni wynik leczenia bywa zwykle dobry. Znikają bole i porażenia, a ewentualny garb prostuje się. Jeżeli leczenie takie, n. p. w łóżeczku stosujemy systematycznie przez 3—4 tygodni, to w wielu przypadkach uzyskać można bardzo dobre wyniki. Nie zawsze jednak tak bywa. Przedewszystkiem nieraz nie możemy przeprowadzać tak długo leżenia, zwłaszcza w klasie biedniejszej; dalej mimo tego leczenia, a nawet mimo noszenia następowo gorsetu, z biegiem czasu garb zaczyna się wytwarzać na nowo, a przyczyna tego jest podwójna. Po pierwsze w razie zniszczenia trzonu łuki rosną dalej i przez to garb się powiększa, a powtóre noszenie gorsetu wpływa ujemnie na mięśnie prostujące grzbiet.

Z tych powodów już przed 7 laty wpadł L. na myśl, by kręgosłupowi stwarzać sztuczną podporę, ale nie od zewnątrz, jak to czynią gorsety, lecz od wewnątrz. Najodpowiedniejsze wydały się druty stalowe. Wykonał też L. przed 7 laty taką operacyę i umocował po obu stronach kręgosłupa zapomocą szwów srebrnych 2 druty stalowe. Szwy jednak puściły i z powodu ropienia trzeba było druty usunąć. W r. 1908 przystąpił L. znowu do podobnej operacyi i druty umocował zapomocą jedwabiu parafinowo-sublimatowego. Nastąpiło wgojenie zupełne i chory obecnie miewa się zupełnie dobrze, pracując nawet w kuźni, a ruchomość kręgosłupa jest tylko w dolnej części trochę upośledzona. Sposób ten stosuje L. obecnie także przy porażeniach stopy celem wywołania zesztywnienia stawu skokowego. Druty są pocynowane; niklowane nie nadają się zupełnie. K.

Fischer-Defoy. **Leczenie złamań kości w Niemczech przy końcu XVII. wieku.** (Münch. med. Wochs. 1909, Nr 39). O leczeniu złamań kości w XVII. wieku w Niemczech donosi F. na podstawie dwóch dzieł: Purmanna (ur. 1648) i Muralta (ur. 1645). Nie stosowano wtedy jeszcze naturalnie uśpienia, i dlatego wszelkie »składania« kości odbywały się gwałtownie przy licznej asystencyi. Po wyciągnięciu kończyny i ułożeniu kości zakładano na dane miejsce t. zw. plaster od złamań, składający się z żywicy, terpentyny i innych roślinnych dodatków. Plaster ten zakładano naokoło miejsca złamania, zostawiając tylko pomiędzy brzegami przestrzeń na palec, by nie zaciskał całkiem kończyny. Na plaster kładziono podwójne płótno, zmaczane w occie piwnym i zawijano opaską na dłoń powyżej i poniżej złamania, również zmaczaną w occie. Potem po obu stronach kończyny układano łupki lipowe, umocowywano je opaskami i kończynę układano nieco podniesioną w korytko ze słomy lub skóry. Pierwszy opatrunek zmieniano po 4—8 dniach, smarując miejsce złamania olejkiem różanym i zakładając taki sam opatrunek. Gojenie takie trwało najdłużej (udo) do 50 dni. Gdy chory nie znosił plastra, sporządzano coś w rodzaju sztywnego opatrunku z płótna, napojonego masą traganty. W razie ciężkich złamań nie liczono się ze sposobami leczenia, które uznano za stosowne, tak n. p. przy złamaniu szczęki polecał Muralt przyciskać do siebie odłamki rękami 4 kobietom, zmieniającym się po kolei przez 8 dni i nocy. Ropienie powikłanych złamań uważano za rzecz całkiem naturalną. A.

Christen. **Leczenie złamań podług Steinmanna i Zuppingera.** (Münch. med. Wochs. 1909, Nr 48). Leczenie złamań traktowane było dotąd wogóle po macoszemu i dopiero promienie Röntgena obudziły nieco większy ruch w tej sprawie. Wielką zasługę w tej sprawie zyskał sobie Bardenheuer, zwracając uwagę na wielkie zalety wyciągu, przez co wyrugował zwolna szablonowo stosowany wszędzie opatrunek gipsowy, jednak i wyciąg Bardenheuera nie zawsze oddaje zupełnie dobre usługi, a przeszkadza temu napięcie mięśni. Celem pokonania tego napięcia używa się bardzo wielkich obciążeń, co znowu nie jest obojętnem n. p. dla stawów. Wadę tę usuwa Steinmann w ten sposób, że wbijając gwoździe w obwodowy odłamek kości, ciągnie wprost za kość, przez co działa znacznie silniej, a przy mniejszem obciążeniu. Zuppinger zaś twierdzi, że przy pewnych ułożeniach kończyn napięcie mięśni jest bardzo małe i tego też ułożenia używa do wyciągu, przez co obchodzi się małem obciążeniem. N. p. Bardenheuer dla uda używa 25—30 kg, a Zuppinger przy lekkiem zgięciu w biodrze i kolanie osiąga tosamo zapomocą 5 kg. Wyniki leczenia chorych, ubezpieczonych od przypadku, sposobem Zuppingera są też wcale dobre, a znacznie lepsze od wyników Bardenheuera. Przyrządy Zuppingera mają jeszcze tę zaletę, że są ew. ruchome i dozwalają od początku na małe ruchy w stawach i miesienie.

Sposób Steinmanna usuwa często przesunięcia, nawet zastarzałe, czego zwykły wyciąg uczynić nie może. Nadto ma on jeszcze tę zaletę, że stosować go można przy złamaniach powikłanych, dalej w najniedogodniejszych nawet dla zwykłego wyciągu miejscach, że odpada użycie plastra, że zapobiega się odleżynom i że można łatwo wykonywać wyciągiem różne poprawy ułożenia kości i t. p. Leczenie to jest bezbolesne, zakażenie nie występuje łatwo, technika bardzo łatwa. K.

Prof. Vulpius. **Nowoczesne leczenie wrodzonego zwichnięcia biodra.** (Mediz. Klinik 1910, Nr 48). Vulpius rozpatruje sprawę leczenia wrodzonego zwichnięcia biodra głównie ze stanowiska lekarza praktycznego. Pierwszem pytaniem, które się tu nasuwa, jest, czy zwichnięcie wrodzone musi wogóle być leczone, lub innemi słowy, jakie powikłania lub ewentualnie niebezpieczeństwa powstać mogą w razie nie leczenia tego cierpienia? Odpowiedź łatwa. Jeżeli cierpienie jest jednostronne, główka posuwa się stale ku górze i tyłowi, przez co skrócenie kończyn się zwiększa, chory kuleją coraz więcej, w końcu zjawia się skrzywienie kręgosłupa. Przy nieleczonem zwichnięciu obustronnem tworzy się z czasem wygięcie kręgosłupa ku przodowi, chód staje się coraz więcej męczącym i wahadłowym, a nierzadko zjawiają się przykurczenia mięśni przywodzących. Na drugie pytanie, kiedy należy rozpocząć leczenie, odpowiada V.: o ile możności jak najwcześniej, a więc w drugim roku życia, nim dziecko zacznie na dobre chodzić, gdyż przez obciążanie pogarsza się stan. Kto powinien przeprowadzać leczenie? Pomimo tego, że wielu ortopedów twierdzi, iż zwichnięcie wrodzone leczyć powinien lekarz praktyczny, V. jest przeciwnego zdania, a to dlatego, że lekarz praktyczny niema ani czasu, ani odpowiedniej techniki, ani nawet odpowiedniego materyału do leczenia. O ile jednak lekarz praktyk nie jest obowiązany leczyć, o tyle z drugiej strony powinien znać dokładnie sposoby i przebieg leczenia, gdyż chory wśród leczenia pozostaje zwykle pod jego opieką. U małych dzieci próbujemy najpierw leczenia zachowawczego przez umocowanie odciągniętych w biodrze kończyn zapomocą zewnętrznych szyn, przyczem stosujemy miesienie. Nieraz w początkach osiągnąć można przez to postępowanie wcale dobre wyniki. Zachwalane przez niektórych ortopedów (Hoffa) odprowadzanie krwawe odrzuca K. w zupełności i nigdy go nie stosuje. Jest ono zabiegiem ciężkim i niebezpiecznym, nie daje wcale dobrych wyników i nie chroni od nawrotów zwichnięcia, a czasem pozostawia po sobie zesztywnienie lub przykurczenie. Odprowadzać należy zawsze bezkrwawo. Jeżeli nie udaje się to odrazu, nie należy się zrażać, lecz próbować kilkakrotnie, etapami. Pierwszy manewr przy odprowadzeniu polega na odprowadzeniu na zewnątrz silnie zgiętego uda, potem dołączamy odwiedzenie (abdukcyę) i naciągnięcie mięśni przywodzących, w końcu wyprostowanie i ucisk na krętarza wśród ruchów okrężnych, wśród których główka przeskakuje przez dolny i tylny brzeg panewki.

Bardzo trudnem zadaniem jest zatrzymanie główki. Jeżeli odprowadzenie nie uda się na pierwszem posiedzeniu, w takim razie zakłada V. wyciągowy opatrunek Heusnera na 2—3 tygodni, poczem przystępuje znowu do odprowadzenia. Gdy i wtedy nie uda się odprowadzenie, to w najkorzystniejszej pozycyi odsiebnej (abdukcyjnej) zakłada V. gips na 8—10 dni i znowu potem próbuje odprowadzenia. Pierwszy opatrunek (zwykle w silnem odwiedzeniu) zatrzymuje się średnio 2 miesiące, poczem zakłada się nowy, zmniejszając ostrożnie abdukcyę. V. wywiera ucisk na panewkę zapomocą bucików, które wyciągowo wpychają udo do panewki. Buciki te nosi chory, będący w opatrunku. Trzeci opatrunek zakłada się w 4—6 tygodni. Tak więc ogółem umocowanie trwa zwykle 4—6 miesięcy, poczem przystępujemy do wzmocnienia mięśni i uruchomienia stawu, a to zapomocą gimnastyki, miesienia i ćwiczeń w marszu, przyczem zatrzymujemy jeszcze na nodze i miednicy ochraniacz ustalający, a pod zdrową stopę dajemy podkładkę (przy jednostronnej sprawie wskutek abdukcyi chora noga wydaje się przy chodzeniu dłuższą). Przy trudnych odprowadzeniach wydarzyć się mogą, zwłaszcza niewprawnym, złamania. O wiele gorsze od złamań są wydarzające się czasem po odprowadzeniach porażenia w zakresie nerwu kulszowego i udowego. Wprawdzie przemijają one z czasem, ale przerywają leczenie. Czasem leczenie wikła się zesztywnieniem biodra. Kiedy najpóźniej przystąpić jeszcze można do leczenia? Przy zwichnięciu jednostronnem granicą jest 10 lat, przy obustronnem już po 6. roku trudności są bardzo wielkie. Co do wyników, to wyleczenia czynnościowe lub znaczną poprawę osiąga się prawie w 90% przypadków. W 10% nie otrzymuje się wyniku, a to zwykle z powodu przekroczenia wskazanej granicy. Natomiast t. zw. idealne wyleczenia, t. j. anatomiczne i czynnościowe osiąga się przy zwichnięciach jednostronnych w 60—70%, a przy obustronnych w 40 do 50%. K.

Verth. **Karbenzym przy cierpieniach gruźliczych.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 1). Na podstawie badań Stickera stosował Verth karbenzym przy chirurgicznej gruźlicy. Wyniki lecznicze nazwać można wogóle pomyślnemi, a odczyn, uzyskiwany po wstrzykiwaniach, był bez wątpienia lepszy od odczynu przy leczeniu jodoformglicerыną. Zwłaszcza przy gruźlicy części miękkich uzyskał Verth w kilku przypadkach bardzo korzystne i szybkie wyniki lecznicze. Nie należy naraz wstrzykiwać za dużo, albowiem cząstki węgla wywołać mogą odleżynę i przeżarcie skóry przy sprawach powierzchownych. K.

Calot-Berck. **W sprawie leczenia gruźliczego zapalenia stawu biodrowego.** (Akad. lekarska, Paryż, 1909). C. przedstawił na posiedzeniu akademii lekarskiej następujący sposób leczenia zapalenia stawu biodrowego: Do stawu wstrzykuje następującą mieszaninę: »Rp. Kreosot. Guajacol. aa. 2,0, Jodoform 1,0, Aether. 9,0, Ol. oliv. ster. 90,0«. Z rozczynu tego wstrzykuje co 5—6. dzień do 3 cm^3 przez 2 miesiące systematycznie, stosując równocześnie wyciąg. Następnie zakłada na 3 miesiące opatrunek gipsowy. Zwykle skutek potem jest już dobry; ewentualnie powtarza się znowu wstrzykiwania, n. p. jeżeli przy ucisku są jeszcze punkta bolesne. Według C. osiąga się przy tem leczeniu bardzo dobre wyniki, znaczne skrócenie choroby i unika się większych zniszczeń w kości. K.

Lichtenberg. **O przydatnym sposobie leczenia przykurczeń przy gruźliczem zapaleniu biodra.** (Münch. med. Wochs. 1909, Nr 37). Celem usuwania przykurczeń biodra przy gruźliczem zapaleniu tego stawu, używa się zwykle »redressement« i ustalenia podług sposobu Dollingera. Ten ostatni zmodyfikowano nieco w chirurgicznej klinice w Strasburgu. Jak wiadomo, do opatrunku kładzie się chorego na 2 długich drążkach żelaznych Dittla. Otóż drążki te mają tę wadę, że się ciągle przesuwają i trudno na nich utrzymać chorego. Wady te usunięto w ten sposób, że po pierwsze drążki te w części nożnej kończą się płaskiemi poprzecznemi podstawkami, a w części głowowej umocowuje się je razem pod danym kątem śrubą. Prócz tego na drążkach znajdują się umocowane na ruchomych zawiaskach dwa cienkie pręty, które można ustawiać dowolnie pod kątem, w jakim przykurczenie biodra występuje. Pręt ten zakłada się po stronie przykurczenia na odpowiednim drążku. Dalsze postępowanie łatwe. Chorego kładzie się na drążki zupełnie poziomo, poczem przesuwa się pręt uniesiony na głównym, z zawiaską aż pod guz siedzeniowy i to w ten sposób, by kończyna, która wskutek przykurczenia stoi pod pewnym kątem do miednicy, leżała na tym pręcie swobodnie. Następnie przymocowuje się chorą kończynę do niego i przystępuje do umocowania miednicy i ustalenia, jak przy zwykłym opatrunku Dollingera; przytem chora kończyna spoczywa ciągle na pręcie pod danym kątem w powietrzu. Przy silniejszych przykurczeniach zakłada się tę pierwszą część opatrunku i na kończynę zdrową do kolana, daje parę zwojów opasek przez krocze (następnie po ukończeniu opatrunku usuwa się je z krocza). Gdy już ustaliliśmy miednicę i gips podeschnie, odwiązujemy kończynę od pręta, wysuwamy zupełnie i kończynę zaczynamy obniżać, przez co prostujemy przykurczenie. Ewentualnie czynimy to zwolna, etapami, ustalając w uzyskanem położeniu staw zawsze na 10—30 dni. Potem wysuwa się drążki zupełnie, względnie dodaje się do opatrunku strzemię do chodzenia.

Udaje się w ten sposób prostować nawet i silne przykurczenia bez uśpienia. K.

Knoke. **Przyczynek do zachowawczego leczenia bardzo ciężkich zranień kończyn i grożącej zgorzeli.** (Münch. med. Wochs. 1909, Nr 39). Na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego w Kilonii w czerwcu doniósł Prof. Nösske, że udało mu się w kilku bardzo ciężkich zranieniach palców, tam gdzie już inni na pewnoby przystąpili do odjęcia palców, zachowawczym sposobem wywołać zupełne przygojenie. Chodziło tu o przypadki zranienia palców takie, gdzie obwodowy koniec pozostawał w łączności z resztą kończyny jedynie za pośrednictwem wązkiego płata skóry. W podobnych przypadkach, aby stworzyć dobry odpływ krwi żylnej w uszkodzonym członku, prowadzi N. przez opuszkę palca cięcie, sięgające aż do kości, a następnie umieszcza kończynę na 15 minut w przyrządzie ssącym, powtarzając ten zabieg co 2—3 dni, w końcu zawiązując uszkodzone miejsce jałowo.

W jednym bardzo ciężkim przypadku zgniecenia palca w maszynie, gdzie obwodowa część jedynie za pośrednictwem płata skórnego pozostawała w łączności z resztą kończyny i gdzie właściwie nie pozostawało nic innego, jak odcięcie tej skóry i opatrywanie kikuta, spróbował K. sposobu Nösskego i uzyskał zupełne przygojenie. A.

Schümann. **O wczesnej zgorzeli wskutek zarostowego zapalenia tętnic.** (Münch. med. Wochs. 1909, Nr 39). Dwa przypadki, badane drobnowidowo, dają S. sposobność do omówienia tego cierpienia. W obydwóch sprawa zaczęła się od palców u ludzi między 30—40. rokiem życia. W wywiadach wykazać się dało nadużycie tytoniu, które Erb uważa za główną przyczynę schorzenia naczyń. Zmiany drobnowidowe dotyczyły jedynie błony wewnętrznej tętnic, podczas gdy błona środkowa nie okazywała zmian wstecznych, co odróżnia wybitnie to cierpienie n. p. od zwykłego stwardnienia tętnic. Że nikotyna odgrywa tu zwykle główną rolę przyczynową, dowodzą doświadczenia Grassmanna, Żebrowskiego i innych. Cierpienie to występuje zwykle na kończynach dolnych, choć i na górnych było już także spostrzegane. Klinicznie daje następujące objawy: okresowe bole, zjawiające się nieraz wśród dłuższego chodzenia (chromanie przestankowe Charcota), kurcze mięśniowe, ziębnięcie kończyn, sinica, znieczulenie palców i skłonność do ropień około paznokci. W końcu występuje typowa zgorzel palców. Leczniczo wchodzi w rachubę jedynie zabieg chirurgiczny, i to doszczętny. A.

Ginekologia i położnictwo.

Falgowski. **O obrazach, otrzymywanych przy cystoskopii po zabiegach ginekologicznych.** (Zeitschr. f. gyn. Urologie 1909. T. I. Nr 5). Autor badał pęcherz wziernikiem u 53 kobiet, operowanych z powodu schorzeń kobiecych, u których pojawiały się choćby najdrobniejsze przypady ze strony pęcherza. Źródłem pooperacyjnych schorzeń pęcherza są, zdaniem autora, 1) cewnikowanie, względnie cewnik założony na stałe, 2) uszkodzenie tkanek, otaczających pęcherz przy zabiegu, 3) zakażenie z ropiejących operowanych przydatków. Najczęstszym obrazem schorzenia było zapalenie szyjki pęcherza, które należało odnieść do cewnikowania, względnie do zakażenia z chorych przydatków; częściej obraz ten występował po zabiegach, dokonywanych drogą brzuszną, aniżeli drogą pochwową. Zapalenie ogólne pęcherza stwierdził F. u 11 kobiet (z 53 badanych) i zaznacza, że żadnego z tych przypadków nie można kłaść na karb operowania drogą pochwy. Obrzęk pęcherza stwierdził F. w dwóch przypadkach po zabiegach drogą brzuszną, ani razu zaś po zabiegach drogą pochwową. Zapalenie miedniczek nerkowych stwierdził w dwoch przypadkach, zapalenie tkanki okołopęcherzowej spotykał często po operacyach ropnych, wyjątkowo po zabiegach jałowych i to po niewłaściwem utrwaleniu położenia macicy. Bardzo częstym powodem schorzeń pęcherza, tkanek okołopęcherzowych, moczowodów i miedniczek nerkowych bywają wysięki, usadowione w miednicy małej.

Dla uniknięcia następowych chorób dróg moczowych po zabiegach ginekologicznych należy, zdaniem F., o ile możności operować w tym okresie, kiedy ostre objawy zapalne już ustąpiły; istniejące przypady ze strony dróg moczowych należy usunąć przed zabiegiem, przy zabiegach unikać uszkodzenia tkanek około pęcherza i unikać niewłaściwych utrwalań położenia macicy. W końcu zaznacza F., że operowanie drogą pochwy nie usposabia wcale do następczych chorób dróg moczowych. S. D.

Alsberg. **Zakażenie kobiecych dróg moczowych prątkiem okrężnicy (b. coli comun.) w ciąży i połogu.** (Arch. f. Gyn. t. 90, z. II.). Prątki okrężnicy można znaleść w cewce prawie u każdej kobiety ciężarnej; gdy jednak w przebiegu ciąży nieraz dopiero kilkakrotne badanie zdoła je wykryć, to w połogu udaje się to bardzo łatwo. Zdaje się więc, że odchody ciężarnych utrudniają, połogowe zaś przyspieszają rozwój tych bakteryi, fakt bardzo ważny ze względu na tak często i lekkomyślnie wykonywane cewnikowanie u położnic. Zakażenie dróg moczowych prątkiem okrężnicy postępuje zwykle ku górze z cewki; w niektórych jednak przypadkach należy przyjąć także możliwość endogenetycznego zakażenia (z przewodu pokarmowego), a wtedy postępuje ono z górnych dróg moczowych ku dołowi. Prątki okrężnicy, dostawszy się do narządu moczowego, wskutek swej zdolności szybkiego rozmnażania się i własnych ruchów mogą już w krótkim czasie zająć cały narząd moczowy i przy wystąpieniu pewnych powikłań (ciąża i połóg) wywołać stany zapalne (cystitis, pyelitis). Bakterye te są też najczęstszą przyczyną, wywołującą zapalenie miedniczek, a wytwarzając toksyny w znacznej ilości wpływają także szkodliwie na cały ustrój. Klinicznie można przypadki zakażenia narządu moczowego prątkami okr. podzielić na 3 główne postacie: 1) bakteriurya, 2) zapalenie pęcherza, 3) zapalenie miedniczek. Pierwsza postać przedstawia przewlekłe zakażenie moczu drobnoustrojami, nie mającymi własności ropotwórczych. Rozpoznanie ustala wynik badania moczu (oddziaływającego zwykle kwaśno). Leczenie jak przy zapaleniu pęcherza: salol, 3 razy dziennie 1·0 i wstrzykiwania 100 gr. 1% rozczynu kollargolu, z początku codziennie, później rzadziej; do rozczynu kollargolu dobrze jest dodać 10 gr. glyceryny. Trzecia postać: zapalenie miedniczek występuje najczęściej z końcem ciąży lub w połogu, i to najczęściej u pierwiastek i po stronie prawej. Nierzadko następuje tu poród przedwczesny. Choroba rozpoczyna się ostro wśród dreszczów i wysokiej gorączki; w okresie przewlekłym rozpoznanie nie jest łatwe, a pod względem różniczkowym wchodzą w rachubę: zapalenie wyrostka robaczkowego, pęcherzyka żółciowego i posocznica. Za główne objawy uważa autor: bole głowy, bol w okolicy nerkowej, nierównomierność krzywych tętna i ciepłoty i rozbiór moczu (kwaśny, mętny, liczne komórki ropne, nabłonki, prątki okrężnicy). Większa ilość białka i wałeczki przemawiają za równoczesnem zajęciem nerki (pyelonephritis). Leczenie: spokój w ułożeniu na stronę zdrową, wielkie ilości płynów (mleko, herbata), podwyższenie górnej części łóżka dla ułatwienia odpływu moczu, uregulowanie czynności jelit i salol. Przy powtarzających się nawrotach lub przewlekaniu się choroby cewnikowanie moczowodów z następowem przemywaniem miedniczek nerkowych 1% rozczynem kollargolu; w przypadkach przewlekłych uporczywych operacya (nephrotomia).

Dr E. Ehrenpreis.

Aulhorn. **Leczenie zapalnych schorzeń przydatków wstrzykiwaniami śródmacicznemi.** (Arch. f. Gyn. t. 90, z. II). Autor leczył 123 przypadków przeważnie wiewiórowych zapaleń jajowodów, w różnych okresach choroby, śródmacicznemi wstrzykiwaniami 2% rozczynu argentaminy i otrzymał w 80% przypadków znakomite wyniki i przeważnie trwałe wyleczenie. Wyniki te otrzymał A. tak przy zwykłem zapaleniu (salpingitis), jak i przy dużych ropniakach jajowodów (pyosalpinx); bole już w krótkim czasie znikały, a badanie przedmiotowe dawało stopniowo wynik bardzo korzystny. Do wstrzykiwań używano $2^1/_2$-gramowej strzykawki i lekko zgiętej nasadki z kilkoma bocznymi otworkami. Po oczyszczeniu części pochwowej sublimatem wprowadza się strzykawkę we wzierniku aż do dna macicy, poczem, cofnąwszy ją nieco, wstrzykuje się rozczyn, z początku 1—1·5 cm^3 bardzo pomału, wysuwając równocześnie strzykawkę stopniowo z macicy. Po pierwszych kilku wstrzyknięciach występują zwykle dość silne bole, trwające 1—2 godzin; następne wstrzykiwania są już zupełnie niebolesne tak, że można wstrzykiwać całą strzykawkę i to pod silnem ciśnieniem, aby o ile możności dużo płynu dostało się do jajowodów. Pierwszych kilka dni chore powinny leżeć w łóżku, chociaż wstrzykiwać można także odrazu ambulatoryjnie. Średnio trzeba było 25—30, a przy dużych guzach do 40 wstrzykiwań, by otrzymać pewny wynik; ponieważ zaś wstrzykiwać należy o ile możności codziennie (z wyjątkiem okresu peryodu), więc leczenie to trwa zwykle 5 tygodni. Stosowano je tylko u tych chorych, u których można było na pewno stwierdzić zajęcie jajowodów, aby zakażenia, w przypadkach niepewnych, może zajmującego tylko szyjkę macicy, sztucznie nie przenieść ku górze. Wstrzykiwać nie wolno tylko u chorych z objawami świeżego zapalenia otrzewnej miednicy; okres ostry należy przeczekać. Jeżeli wśród leczenia ciepłota ciała się podniesie, należy wstrzykiwania przerwać na tak długo, jak ciepłota wieczorna wynosi powyżej 37·6°. Dodatnie działanie wstrzykiwań tłómaczy A. bakteryobójczem działaniem argentaminy i wywołaniem przekrwienia czynnego w całym narządzie rodnym. W porównaniu z dotychczasowemi metodami leczniczemi (gorące powietrze, przestrzykiwania, kąpiele nasiadowe) należy dać pierwszeństwo wstrzykiwaniom, a mają one nadto tę zaletę, że można je stosować ambulatoryjnie, a więc w godzinie ordynacyjnej; wyniki będą tem lepsze, jeżeli obie metody zastosuje się równocześnie. Gdzie po 6-tygodniowem leczeniu nie uzyskano dodatnich wyników, jest jeszcze zawsze czas na operacyę. W przekonaniu, że wstrzykiwania śródmaciczne wywołują przekrwienie czynne, próbował A. metodę tę zastosować w 6 przypadkach ustalonego tyłozgięcia macicy, spodziewając się, że przez rozluźnienie zrostów macica łatwiej da się odprowadzić. Ponieważ nie chodziło tu o bakteryobójcze działanie środka wstrzykniętego, przeto A. wstrzykiwał alkoholowy rozczyn jodu (jodi puri 0·3, kal. jodat. 3·0, spir. dilut. aquae dest. aa ad 100.0). Po zastosowaniu 25 wstrzykiwań ustały wszel-

kie dolegliwości, a macica dała się z łatwością i bezboleśnie odprowadzić. Dr E. Ehrenpreis.

M. Stickel. **Wyniki badań anatomo-patologicznych nad nawrotami po operacyach raka macicy.** (Arch. f. Gyn. t. 90, z. II). S. podaje historye choroby i wyniki badań histologicznych 15 przypadków, operowanych z powodu pierwotnego raka macicy, które następnie operowano powtórnie lub kilkakrotnie z powodu nawrotów. Co do powstania nawrotów zachodzą 4 możliwości: 1) Nawroty (w sensie klinicznym) mogą wystąpić gdziekolwiek w ustroju, jeżeli rak pierwotny przebił do żyły, a komórki jego dostały się do krążenia. (Są to przeto właściwie przerzuty). W czasie operacyi są przerzuty te zwykle tak małe, że nie wywołują żadnych objawów i nie mogą być też rozpoznane, a stają się dopiero widoczne, osiągnąwszy pewną wielkość. 2) Nawroty mogą wystąpić, jeżeli przy operacyi pozostał choćby mały gruczoł, w tym czasie już rakiem zajęty. Zależnie od jego stanu, siły żywotnej i ilości komórek rakowych w nim usadowionych, mogą te ogniska zupełnie zniknąć lub wytwarzają nowy guz, t. zw. (klinicznie) nawrot gruczołowy; występują one częściej od poprzednich. 3) Nawroty miejscowe są to takie nawroty, które powstają z resztek tkanki raka, pozostawionych w czasie operacyi w tkance sąsiedniej; są one najczęstsze. 4) W końcu należy przyjąć możliwość powstania nawrotów wskutek przeszczepienia, jeżeli żywotne komórki rakowe dostaną się przypadkowo przy operacyi na ranę operacyjną, tam się usadowią i wytworzą guz. Niektórzy zaprzeczają możliwości takich nawrotów. Na podstawie powyższych określeń różnych postaci nawrotów rozpatruje S. swoje 15 przypadków. W praktycznej części pracy zwraca S. uwagę, że przy operacyach raka należy zapobiegać występowaniu nawrotów, w szczególności z przeszczepiania. A więc chore należy o ile możności wcześnie przysyłać do operacyi, co jest zadaniem głównie lekarzy praktycznych; w tym celu należy też tych lekarzy odpowiednio wykształcić, dając im sposobność do ćwiczeń w badaniach histologicznych próbnych kawałków, wyciętych z tkanki podejrzanej i strzępów, otrzymanych przy wyskrobaniu próbnem macicy. Operacya nowotworu pierwotnego powinna być o ile możności doszczętna; w tym celu należy macicę wyjmować drogą brzuszną, operując daleko w tkance zdrowej i usuwając równocześnie okoliczne gruczoły. Z tkanki przymacicznej i przypochwowej należy wycinać, ile się tylko da, podobnież usuwać wielką część pochwy. Drogą pochwową należy operować tylko kobiety bardzo otyłe ze słabem sercem, lub bardzo stare i wynędzniałe. Przy operacyi należy się wystrzegać poszarpania guza pierwotnego i uważać, aby z owrzodziałego raka cząsteczki nie dostały się na ranę operacyjną. Wielu poprzedza dlatego operacyę mechanicznem i chemicznem leczeniem wrzodu. Zurhelle poleca również w tym celu wyciąć przed końcem operacyi tkankę tłuszczową powłok brzusznych wzdłuż cięcia brzusznego. Samego nowotworu nie należy dotykać rękami, ani używać narzędzi, które zetknęły się z rakiem, do operowania w tkance zdrowej.

Dr E. Ehrenpreis.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie d. 6. kwietnia 1910.

Przewodniczy Dr Damski; obecnych członków 20.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia (w d. 16. III. 1910) przyjęto z następującem uzupełnieniem:

Kol. Eisenberg w odpowiedzi kol. Koźniewskiemu stwierdza, że »powinowactwo« tkanek do ciał odżywczych jest faktem biologicznym niewątpliwym, choćby chemia na razie nie posiadała sposobów badania go i w tym też sensie użył tego terminu Ehrlich. Co do połączeń między ciałami tłuszczowatemi (lipoidami), a białkowatemi, to liczne badania z różnych dziedzin biologii przemawiają za ich istnieniem (H. Meyer, Overton, Donedi i Satta, objaw Porgesa), przyczem na razie trudno jest określić, czy chodzi tu o związki ściśle chemicznej natury, czy też o połączenie adsorpcyjne kolloidów. W każdym razie pojęcie to dla biologii jest obecnie konieczne bez względu na niedostateczne dane, jakiemi chemia na razie rozporządza. Wreszcie zwraca E. uwagę na badania Fraenkla, jakoteż Andre Mayera i Terroinea, zajmujące się »lipoidami«, t. j. związkami ciał białkowatych i tłuszczowatych, nie jest więc to pojęcie już całkiem obce chemii, jak twierdził kol. Koźniewski. (Streszczenie własne).

2) Kol. Spira wygłasza wykład: **Choroby uszne, a porażenia twarzy.**

Dyskusyi nie było. Sekretarz: Dr Bujak.

Z XVI międzynarodowego Zjazdu lekarskiego w Peszcie.

Sekcya medycyny wewnętrznej.

Opracował **Dr. E. Stahr.**

(Ciąg dalszy).

21. K. Müller (Peszt): **O stwardnieniu tętnic brzusznych.** Stwardnienie naczyń przewodu pokarmowego jest dość częstem cierpieniem, a w każdym razie częstszem, niż to przypuszczają klinicyści i anatomowie. Objawia się przeróżnie, czasem przypomina niektóre organiczne schorzenia przewodu pokarmowego, a często owo cierpienie, które dziś zaliczamy do nerwic żołądkowo-kiszkowych. Rozpoznanie jest ułatwione, jeśli napady bolów występują u chorego ze zmianami w sercu i naczyniach. Czy bole te wywołuje kurcz naczyń czy nerwoból n. współczulnego, nie da się rozstrzygnąć. U mężczyzn stanowczo częściej zjawia się ta choroba, niż u kobiet. Środki rozszerzające naczynia pomagają w tem cierpieniu.

22. K. v. Kétly (Peszt): **O stwardnieniu naczyń.** Stwardnienie zajmować może nietylko tętnice, ale i żyły i nawet naczynia chłonne. Przeważnie uważają autorowie tę sprawy za zwyrodnienie, a za punkt wyjścia zmiany w błonie wewnętrznej naczyń. Równomierne zajęcie całego układu naczyniowego wydarza się bardzo rzadko, przeważnie zapada pewien dział naczyń. Ćwierć ludzkości ginie na tę chorobę. Wielu autorów starało się w ostatnich czasach wywołać u zwierząt sztucznie stwardnienie naczyń, a dotąd uzyskane wyniki pozwalają się spodziewać, że niedługo usłyszymy o wielkich odkryciach w tej dziedzinie. Dziś wszyscy się godzą, że zapalenie tętnicy głównej pochodzenia kiłowego należy oddzielić jako odrębną chorobę od obrazu rozległego zwykłego stwardnienia naczyń. Zapalenie to przechodzi często w tętniaki. Czynniki, wywołujące stałe lub często nawracające podniesienie parcia, są przyczyną stwardnienia naczyń. Częste nużenie pewnego narządu może w nim wywołać stwardnienie naczyń. Przyczyną stwardnienia może być także nadmierna praca umysłowa. Do przyczyn wywołujących należą dalej zatrucia i zakażenia, a więc np. tytoń, wyskok, ołów, zaburzenia w przemianie materyi, schorzenia nerek itp. Niektórzy przypisują doniosłe znaczenie dziedziczności. Szkodzi naczyniom wreszcie i leniwe, bez ruchu prowadzone życie, szczególniej połączone z nadmiernem odżywianiem się.

23. Friedrich (Peszt): **Wczesne zjawianie się stwardnienia naczyń u robotników przemysłowych.** F. zbadał 1384 chorych, a między nimi 100, liczących niżej 40 lat, u których na podstawie objawów klinicznych rozpoznał stwardnienie naczyń. Z wiekiem rośnie częstość tej choroby i częściej zjawia się ona wogóle u mężczyzn. Jako

przyczynę wykazać mógł F. u 40% ciężką pracę fizyczną; u 12% pracę wymagającą stykania się z truciznami, u 48% choroby zakaźne, w 15% kiłę, w 26% alkohol, w 30% tytoń. Do najczęstszych objawów (50%) należy ból głowy, połowa chorych skarżyła się na zawroty, 35% skarżyło się na niepokój, 31% na brak snu, 26% na bóle w piersiach i okolicy serca, 19% na zaburzenia w trawieniu, na bóle w dołku 17%, na kołatanie serca 11%, dychawicę sercową 5%. Ważne jest mierzenie parcia. W 26% przypadków stwierdził F. bardzo wysokie parcie (wyżej 160 m.), w 36% miernie wzmożone (130—150 mm.); natomiast ciśnienie prawidłowe (95—120 mm) i do niego zbliżone (120—130) stwierdził w 16+16%, razem 32%.

24. A. Hasenfeld i A. Szili (Peszt): **Starość, stwardnienie naczyn i odczyn Wassermanna.** Nie wszyscy starcy okazują wyraźne objawy tej choroby. Pośród 188 podeszłych starców ze stwardnieniem naczyń stwierdzili H. i S. u 20 (10,6%) dodatni odczyn Wassermanna, a więc względną częstość kiły utajonej u starców. Autorowie odnoszą szybko rozwijające się stwardnienie naczyń do kiły utajonej i radzą stosowanie jodu i rtęci dla usunięcia dodatniego odczynu.

Dyskusya: E. v. Romberg (Tübingen). Stwardnienie tętnic jest wynikiem zużycia sił życiowych i fizycznych właściwości ściany naczyniowej. Tem się tłomaczy, dlaczego najczęściej zapadają narządy, najbardziej używane. Z tego pojmowania sprawy wynikają zabiegi lecznicze. R. godzi się z Huchardem, że wzmożone parcie nie jest koniecznym warunkiem powstawania stwardnienia tętnic. I Huchard uznaje dziś, że stwardnieniu naczyń towarzyszyć może, ale nie musi, wzmożone parcie. Autor spostrzegał w Wirtembergu chorych, u których częste było wzmożenie parcia, podobnie jak u chorych Hucharda, natomiast Sawada w Hessyi spotkał tylko w mniejszości przypadków ten objaw. A więc zależnie od miejscowości zmienia się ten objaw. Autor godzi się z Huchardem, że bardzo ważnym czynnikiem, wywołującym wzmożenie parcia, są zmiany w nerkach i dlatego godzi się z Huchardem na stosowanie dyety mleczno-jarskiej, szczególniej w tych przypadkach, gdzie dyeta mleczno-jarska zawiera mało soli i nie drażni nerek. Chętnie podaje wtedy R. leki moczopędne, szczególniej diuretynę, a serce podnieca lekko małemi dawkami naparstnicy lub strofantusa. N. nie godzi się z Huchardem na oddzielanie od siebie »stwardnienia tętnic« i »miażdżycy«. Przeciw temu przemawiają również ostatnie badania anatomiczne Mönckeberga i Marchanda. — Frischmann (Peszt) zaznacza, że stwardnienie tętnic nie jest wcale chorobą starości, wydarza się dziś często u osób młodych (15—50 rok życia). Często jednakże mylnie zamiast stwardnienia tętnic rozpoznajemy neurastenię.

25. W. Hamburger (Chicago): **W sprawie stwardnienia tętnic żołądkowych.** H. stwierdził stwardnienie naczyń wyłącznie w gałązkach małej krzywizny żołądka i brak wszelkiej równoczesności między zmianami naczyń żołądka a naczyń wielkich, tak, że ze stanu tętnicy głównej itp. nie można nic wnosić o stanie naczyń żołądkowych. Tylko znaczniejsze zmiany w naczyniach żołądkowych mogą mieć znaczenie patogenetyczne ze względu na wrzód żołądka.

W dyskusyi zaznacza Schlesinger (Wiedeń), że stwardnienie naczyń w jamie brzusznej jest chorobą częstszą, niż dotąd przypuszczają. Objawy tej sprawy bywają różne; raz objawia się ta sprawa bólami, występującymi okresowo, innym razem napadami osłabienia, a znów kiedyindziej napadowo występującemi zaburzeniami w trawieniu (nudności, biegunki, parcie, wzdęcie itp.). Bardzo ważną i błędne rozpoznanie wywołującą odmianą jest ta postać, której towarzyszy od czasu do czasu zjawiająca się niedrożność przewodu pokarmowego. — Pick (Praga) ostrzega przed przypisywaniem zmianom w tętnicy sprychowej i skroniowej tak doniosłego znaczenia, jak to się dzieje obecnie. Autor przypuszcza, że wysokie parcie wywołują towarzyszące zmiany włókniste w nerkach.

26. M. Sternberg (Wiedeń): **Pericarditis stenocarditica.** Sprawę, poraz pierwszy opisaną przez Kerniga, objaśnia St. własnemi spostrzeżeniami. Sprawa ta polega na tworzeniu się powierzchownych małych lub większych ognisk rozmiękni enia w mięśniu sercowym, wywołujących wysięk w osierdziu. W szczególności przewlekłemu częściowemu tętniakowi serca towarzyszy regularnie tego rodzaju zapalenie osierdzia. Jeśli ognisko to rozmięknienia, a raczej wywołujące je zamknięcie naczynia nie wiedzie odrazu do śmierci, to dychawica sercowa ulega pewnego rodzaju wyleczeniu w tem rozumieniu, że napady dychawicy po napadzie zapalenia osierdzia stają się rzadsze, albo nawet ustają na pewien czas.

27. Tóth (Schemnitz): **Nowy skuteczny sposób leczenia rwy kulszowej i cierpień gośćcowych.** T. uzyskał rychłe uleczenie w 40 przypadkach rwy i gośćca ostrego zapomocą wcierań rtęciowych, chociaż kiły nie mógł wykazać.

28. Bossányi i Lénárt (Peszt): **O gośćcu stawowym i jego związku z chorobowemi zmianami gardła.** B. i S. zwracają uwagę, że gościec stawowy często zaczyna się od zmian gardła. Szczególniej ropienia w migdałkach należy w każdym okresie gośćca gruntownie usuwać.

29. A Blumenfeld i J. Kappel (Klausenburg): **O wartości wskaźnika opsonicznego.** B. i K. odmawiają wskaźnikowi opsonicznemu wartości dla rozpoznawania i leczenia gruźlicy.

30. Labbé i Laignet-Lavastine (Paryż): **Plamica złośliwa, niedokrwistość i krwawiączka.** Równocześnie autorowie stwierdzili skuteczność wstrzykiwań surowicy końskiej przeciw krwawiączce, nie zauważyli zaś żadnego działania na równoczesną krwawiączkę. W drugim przypadku ustąpiła najpierw krwawiączka, potem plamica krwotoczna, jednak niedokrwistość złośliwa utrzymała się nadal.

Dyskusya: Caryophyllis (Ateny) spostrzegał dwa podobne przypadki, w których po urazie i lęku rozwinęła się niedokrwistość złośliwa wraz z plamicą krwotoczną. Jeden przypadek udało się wyleczyć, drugi skończył się śmiercią. Benedict (Peszt) chwali skuteczność surowicy w toku krwawiączki, jednakże za krwawiączkę radzi uważać wyłącznie postać dziedziczną, dobrze nacechowaną. — Labbé nie przyłącza się do tego zdania, bo różnym chorobom może towarzyszyć krwawiączka, która się klinicznie niczem nie odróżnia od postaci dziedzicznej, a nadto bywa postać sporadyczna, ani rodzinna ani dziedziczna, w której są te same zmiany krwi.

31 Orczág (Peszt): **O zmianach krwi w toku wiądu rdzenia.** O. stwierdził mniejszą zawartość Hgb obok prawidłowej ilości krwinek czerwonych i białych, czasem leukopenię; natomiast podkreśla wyraźne przesunięcie się względnego stosunku ciałek białych na korzyść limfocytów, których odsetek dochodzić może 55 zamiast prawidłowych 20.

32. J. Benderski (Kijów): **1) O leczeniu przełyku zgłębnikiem gąbkowym.** Chcąc, aby lek stosowany w przełyku, stykał się z nim jaknajdłużej i na jaknajwiększej powierzchni, polecił B. u Windlera w Berlinie sporządzić zgłębnik z podatnego fiszbinu i powlec go na całej jego długości wysuszoną prasowaną gąbką. Zgłębnik taki można dobrze napoić lekiem i pozostawiać w przełyku 15—30 minut. **2) Sposób fizycznego leczenia kolki, pochodzącej od kamieni i różnych kurczów w jamie brzusznej.** B. stosuje na bóle w kamicy żółciowej, nerkowej, kurczowem zaparciu przewlekłem, powracającem zapaleniu wyrostka robaczkowego itp. miesienie pod wodą i w kąpieli mułowej.

Dyskusya: Einhorn (Nowy York): Myśl Benderskiego jest dobra, jednakże zgłębnik musi być dość gruby, żeby na ściany przełyku mógł wywierać pewien ucisk. — Benderski zwrócił i na to uwagę, jednakże trzeba i o tem

pamiętać, że zgłębnik nie może zbytnio napęcznieć, bo potem wydobycie go z przełyku może być trudne.

33 W. Czernecki (Lwów): **Dziedziczność wrzodu żołądka.** Pięcioro członków jednej rodziny, matka i 4 dorosłych dzieci, okazuje zaburzenia żołądkowe. Troje krwawiło uporczywie z wrzodu żołądka. Benzydyną wykazywać można było krew w wypróżnieniach. Dwoje zaś dzieci chorowało na nerwicę żołądka (zaburzenia żołądkowe, opadnięcie jelit). U wszystkich, szczególnie u dzieci, stwierdzić się dały ogólne skazy fizyczne i nerwowe, jak wątła budowa klatki piersiowej, jak u suchotników, zagęszczenie szczytów płucnych szczeg. lewego, ruchome 10-te żebro, nadczułość psychiczna, podniecenie, dermografia i wzmożenie odruchów ścięgnistych. C. uważa tych chorych za typowych przedstawicieli t. zw. »asthenia universalis congenita« »habitus enteroptoticus neuroticus« (Stiller). C. sądzi, że do powstawania wrzodu żołądka przyczyniają się wielce także i przyczyny przyrody nerwowej. Chorych takich należy leczyć nietylko miejscowo, ale i ogólnie.

(Dok. nast.).

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Wspólne posiedzenie Wydziałów obu Izb lekarskich z współudziałem trzech delegatów krajowego Związku lekarzy odbyło się we Lwowie 24. IV. 1910. Przedmiot obrad stanowił stosunek Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej do organizacyi czyli Związku lekarzy i stanowisko lekarzy wobec projektu ustawy o powszechnem ubezpieczeniu. W obydwu tych sprawach uchwaliły Izby postępować solidarnie, popierać organizacyę lekarzy na zasadach, w głównych punktach zgodnych z zasadami, przez krajowy Związek lekarzy przestrzeganemi, domagać się od ciał ustawodawczych jak najszerszego uwzględnienia postulatów lekarzy przy wprowadzeniu ubezpieczenia społecznego i starać się o zjednoczenie działalności filantropijnej różnych korporacyi lekarskich. Podniesiono również potrzebę założenia wspólnego organu (czasopisma) obu Izb lekarskich i krajowego Związku lekarzy. W.

Szkoły dla dzieci gruźliczych powstają w Ameryce coraz liczniej. Jest ich już dotąd 8 (w samem Chicago dwie). Głównym celem tych szkół jest udzielanie dzieciom nauki cały czas na świeżem powietrzu. Do tego celu używa się albo dachów domów, albo okrętów (jedna szkoła np. znajduje się na dachu kliniki Vanderbildta). X.

Wpływ mieszkań na rozwój dzieci badał Ginales w Baku. Za normę rozwoju brał wykłuwanie się zębów w 7. miesiącu i początek chodzenia z końcem pierwszego roku życia, i to u dzieci karmionych piersią. W ten sposób zbadał 1777 dzieci. Z tych zaledwo 619 dostało zębów w 7. miesiącu, a wogóle u 34·2% można było mówić o prawidłowym rozwoju. Badania te wykazały, że im więcej osób mieszka w jednej izbie, tem dzieci rozwijają się gorzej. Tak np. tam, gdzie w jednym pokoju mieszka 7—9 i więcej osób, nawet dzieci mające 2 lata nie miały jeszcze zębów. To samo znalazł G. co do początków chodzenia. X.

Medycyna w Chinach. Lekarze chińscy rozpoznają choroby prawie wyłącznie na podstawie tętna. Z tętna wnoszą, czy dany chory cierpi na śledzionę, wątrobę, serce, jakąkolwiek skazę ogólną, a nawet, czy cierpi na zmiany w układzie nerwowym. To też nigdy chorego nie wypytują, ale dokładnie i długo badają tętno. Lekarz europejski Jerusalemy, bawiąc w Shangaju, zaciekawiony, ile w tem prawdy, udał się do jednego z najbardziej wziętych lekarzy chińskich w Shangaju, który kieruje szpitalem podmiejskim, zbudowanym z nadzwyczajnym komfortem. Każdy chory, wstępujący do szpitala, musi złożyć swoje łachmany i wziąść kąpiel, poczem kładzie się na bambusowe łóżko, otrzymawszy amulet, którego przez cały czas pobytu swego w zakładzie musi pilnie strzedz. Lekarz chiński, badający chorego, chwyta go za ramię, układa je na małej poduszeczce, następnie opiera swe palce na tętnicy sprychowej chorego i śledzi uważnie tętno przez 10—15 minut. Tętno wolne oznacza błąd w »cieple życiowem«, przeciwnie tętno skaczące dowodzi złego składu soków; tętno nieregularne dowodzi napływu krwi do trzew, a wreszcie tętno miękkie jest oznaką zaburzeń w krążeniu. Badanie tętna uzupełnia się oglądaniem języka. Tego dokonawszy zaleca lekarz chiński leczenie niezmiernie proste. Chińczycy mają największe zaufanie do niektórych roślin leczniczych i owoców. Przeważnie z owoców wyrabiają lekarze chińscy lecznicze ulepki: sercowy, piersiowy, żołądkowy, czyszczący i t. d. Owoce wodniste, zdaniem ich, wypędzają z ustroju złe »wapory« (choroby nerwowe), owoce słodkie rozszerzają serce i ułatwiają krążenie, owoce kwaskowate zapobiegają przekrwieniu trzew, a oleiste wzmacniają ustrój. Poza tem leczeniem owocowem wzbraniają lekarze chińscy wszelakiego jadła i napitku. Stahr.

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 17. IV. do 23. IV. 1910 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Czortków (Bazar 4, Czortków 3), Gródek jag. (Strader 2, Bar ad Koców 3), Grybów (Izby 5), Horodenka (Żywaczów 4), Jaworów (Jazów nowy 3, Starzyska 2, Czerczyk 8, Jazów stary 5), Lisko (Hoszowczyk 3), Lwów pow. (Zaszków 1), Nadwórna (Wołosów 5, Kamienna 3, Lubno 5), Nowy Sącz (Łowsina dolna 2), Podhajce (Wiśniowczyk 1), Przemyślany (Nowosiółki 2), Śniatyn (Tułuków 3, Wołczkowce 2, Kielichów 2), Tłumacz (Tłumacz 2, Olesza 2, Chocimierz 1); ospy (variolois) sprawdzono 1 przypadek w Perekosach pow. Kałusz. Dr T.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 17. IV. do 23. IV. 1910 zgłoszono przypadków: błonicy 11 † 4 (w tem obcych 7 † 3), krztuśca 8 (1), płonicy 10 † — (3 † —), odry 2, duru brzusznego 3 † 1 (1 † 1), róży 1 † 1 (1 † 1).

Dr Janiszewski.

Choroby zakaźne w Warszawie. Od 6. III. do 26. III. 1910 przybyło do szpitali warszawskich przypadków: ospy 89 † 15, odry 8 † 1, płonicy 22 † 3, błonicy 23 † 4, róży 23, duru plamistego 59 † 4, duru brzusznego 36 † 7, duru powrotnego 1.

(Gaz. lek. Nr 17).

Wiadomości bieżące.

Wydanie jubileuszowe wiekopomnej »Teoryi jestestw organicznych« J. Śniadeckiego można nabywać w Administracyi »Przeglądu lekarskiego« (Dunajewskiego 2), po bardzo nizkiej cenie 2 kor. 50 hal. Dochód z rozprzedaży przeznaczony na cele użyteczności publicznej.

Kraków. Na wydział lekarski zapisało się w półroczu letniem r. 1910 słuchaczy zwyczajnych 385, słuchaczek zwyczajnych 40, słuchaczy nadzwyczajnych 6, hospitantka 1, — razem 432.

— Komisya oświatowa partyi socyalno - demokratycznej zorganizowała dla robotników wykłady higieny i socyalnej polityki gminnej.

— Wiec lekarski, zwołany przez Izbę lekarską zachodnio-galicyjską w sprawie projektu ubezpieczenia społecznego, odbędzie się 30. IV. b. r. w sobotę o godz. 5 popołudniu w Domu lekarskim.

Warszawa. »Gazeta lekarska« (Nr 17) podaje wiadomość, że w uniwersytecie warszawskim obsadzono już katedrę anatomii patologicznej, wakującą od ustąpienia Prof. Przewoskiego, i że przy tej nominacyi pominięto dotychczasowego prosektora, Dra Zdzisława Dmochowskiego, pomimo jego wieloletniej pracy dla uniwersytetu i znakomitych zasług naukowych, a mianowano Rosyanina, sprowadzonego gdzieś z głębi Rosyi. »Gazeta lek.« przytacza uczciwy głos »Swobodnawo Słowa« w tej sprawie, które wobec znaczenia, jakie działalność Dra Dmochowskiego miała i dla rosyjskich lekarzy (tłómaczenie rosyjskie I-go tomu świetnego podręcznika Dra Dmochowskiego rozeszło się odrazu w 2000 egzemplarzy), piętnuje pominięcie tego kandydata z gryzącą ironią. »Dla szpitalnictwa naszego wprowadzenie na katedrę anatomii patologicznej człowieka nam obcego« — dodaje »Gazeta lekarska« — »staje się krzywdą trudną do powetowania; wraz z ustąpieniem kol. Dmochowskiego ze stanowiska prosektora największy nasz szpital traci bliższy związek z pracownią uniwersytetu, która dotychczas zawsze zostawała

pod kierunkiem Polaka i dzięki temu dawała pole do pracy licznym naszym lekarzom«. Wobec tego podnosi »Gazeta« potrzebę stworzenia samoistnych prosektur i pracowni przy szpitalach, »ściślej związanych ze społeczeństwem, a mniej zależnych od wahań polityki uniwersyteckiej«.

Stanowisko prosektora anatomii patol. było w warszawskim Wydziale lekarskim ostatniem, jakie zajmował Polak; odtąd wśród wykładających na Wydziale nie będzie ani jednego Polaka.

Z różnych stron. W Polskim Związku lekarzy i przyrodników w Petersburgu odbyło się 9/22. IV. b. r. posiedzenie Wydziału technicznego.

— W Akademii wojskowo-lekarskiej w Petersburgu ogłoszono konkurs na katedrę chorób zakaźnych. Katedrę higieny otrzymał Prof. Lewaszow. S.

Mianowani: Prof. Wiechowski z Pragi (Wydział niem.) profesorem farmakologii w Wiedniu.

Zmarli: Dr Edward Uściński, uczestnik powstania w r. 1863, potem lekarz w Maryampolu, zasłużony pracownik społeczny, w 70 r. ż. w Warszawie; Dr Jakób Mahl, radny miejski, we Lwowie:

Prof. Lenhartz w Hamburgu.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w kwietniu 1910.

Gazeta lek. Nr 14—17. Zweigbaum: Przypadek cukromoczu u ciężarnej. — Gałecki i Budzyński (dok.). — Poczobut: O działaniu laktobacyliny w chorobach żołądka i kiszek. — Rzętkowski: O elektrokardyogramie. — Cybulski N.: Kilka uwag o elektrokardyogramach na podstawie własnych doświadczeń.

Medycyna i Kronika lek. Nr 14—17. Wizel: O rozpoznaniu różniczkowem pomiędzy otępieniem wczesnem a psychozą maniakalno-depresyjną. — Lubelski: Przypadek resekcyi raka poprzecznicy, zakończony wynikiem pomyślnym. — Hertz i Kino: Przypadek ostrej białaczki z limfocytowemi komórkami Riedera.— Higier: Stanowisko kliniczne i anatomo-patologiczne niektórych postaci chorób mózgowia dziedzicznych i rodzinnych. — Endelman: Przyczynek do sprawy cierpień nerwu wzrokowego w przebiegu ciąży. — Podkóliński: O stosowaniu przekłucia lędźwiowego w celach rozpoznawczych i leczniczych.

Tygodnik lek. Nr 13—16. Czarnik (dok.). — Tomaszewski: O badaniu żołądka zapomocą promieni Roentgena. — Hornowski: Badania nad t. zw. krwiakami zastawek serca. — Begleiter: Przypadek postępującego kostnienia mięśni. — Kaufman (dok.). — Pisek: Słów kilka o »Modlitwie porannej« lekarza średniowiecznego. — Quest: Badania nad etyologią tężyczki u dzieci.

Nowiny lek. Nr 4. Zembrzuski. O zapaleniu stawów pochodzenia pneumokokowego u dzieci. — A. Puławski: Rokowanie i leczenie w chorobie Gravesa (Basedowa). — Fr. Chłapowski: O krzepnięciu krwi i sposobach mierzenia krzepliwości jej u zdrowych i w stanach chorobowych, z uwzględnieniem szczególnem soli wapniowych w tej mierze. — Fr. Chłapowski: Z fizyologii i farmakologii wapnia i magnu. — W. Chodźko (c. d.).— J. Bieliński: Adamowicz Adam Ferdynand.

Zdrowie. Nr 3. Dobrzyński: Miasta-ogrody w Anglii. — W. Szukiewicz: O paleniu zwłok. — Lublinerowa: Cechy charakterystyczne normalnego rozwoju dziecka w okresie niemowlęctwa. — Krysiński: W sprawie zaprawy pyłochłonnej do podłóg.

Kronika dent. Nr 4. Wilga: Zęby pod względem antropologicznym.

Głos lekarzy. Nr 7—8. Mikołajski: 1) O organizacyi lekarzy. 2) Pogróżki generalnego strajku lekarzy. 3) Lwowskie Towarzystwo ratunkowe. 4) Prawo wyborcze lekarzy w gminie. 5) Lekarze w Radach gminnych. — Lekarze okręgowi w Tyrolu.— Ankieta w sprawie lekarzy szkolnych. — Ochrona kobiet. — Borysiewicz: Pół wieku pracy lekarskiej S. Adlera.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę dn. 4. maja 1910 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym wykład Dra Jakóba Syropa: Leczenie i prostowanie zębów krzywo rosnących, ich związek ze zmianami w narządzie oddechowym (z demonstracyą modeli i aparatów).

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

Ogłoszenie płatne. (Naśladownictwo zastrzeżone).

I. Zdrojowiska krajowe:

Iwonicz.

Dr **Turzański Grzegorz Jarosław**, lekarz zakładowy.

Krynica.

Dr **Cercha Maksymilian.** („Domek Szwajcarski").

Rabka.

Dr **Lang Otokar**, Willa „pod Luboniem".

Dr **Supiński E.**, lekarz zdrojowy.

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Cieplice Trenczyńskie.

Dr **Filipkiewicz Stefan**, lekarz zakładowy.

Franzensbad.

Dr **Przybylski Stan.** Palast Hotel. Wejście od Kirchenstr.

Dr **Steinsberg Leopold**, we własnym zakładzie leczniczym, (Willa Dra Steinsberga).

Gleichenberg.

Dr **Bulikowski**, Radca ces., Villa „Höflinger" IV.

Kissingen (w Bawaryi).

Dr **Chłapowski F.**, Radca san. Prinzregentenstr. 1, tamże pensyonat dyetetyczny własny.

Marienbad.

Dr **Kwiatkowski Stanisław Benedykt**, ordynuje od 1 maja do 1 października „Haus Hamburg".

Rok XLIX. Kraków, dnia 7. maja 1910. Nr 19.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z c. k. uniwersyteckiej Kliniki okulistycznej Radcy Dworu Prof. B. Wicherkiewicza i z c. k. uniwersyteckiego Zakładu mikrobiologii Prof. Dra Nowaka.

Hemeralopia, Xerosis et Keratomalacia.

Podał

Dr Edmund Rosenhauch,

asystent kliniki.

(Dokończenie).

III. 24. I. 1903. zgłosiła się matka z 4-letnim synem Wojciechem Sz., ponieważ go od dwóch tygodni lewe oko boli, a od tygodnia także i prawe. Przytem dowiedzieliśmy się następujących szczegółów: matka miała 5 dzieci, z których dwoje umarło w młodym wieku. Ojciec zaprzecza, by przechodził kiłę, Wojciech Sz. cięższych chorób nie przechodził; przed rokiem miał wyrzut na głowie, w okolicy lewej skroni, z którego wyleczył go ojciec w przeciągu kilku miesięcy przez wyskrobywanie brzytwą. Jako ślad pozostały promieniste blizny; dziecko żywione było licho barszczem i ziemniakami.

Stan obecny: dziecko źle odżywione, przednie zęby spróchniałe.

Pr. o: Spojówka względnie mało przekrwiona, na spojówce gałki, dołem zewnątrz, przy rogówce miejsce suche zeskórniałe. Rogówka prawie cała zniszczona, a miejsce jej zajmuje wypuklona tęczówka. Źrenica zarośnięta. W dolno-zewnętrznej ćwiartce pozostała reszta naciekłej rogówki.

L. o: Spojówka nieco więcej przekrwiona, w górno-wewnętrznej ćwiartce rogówki wrzód naciekły, reszta rogówki zmętniała; w miejscu owrzodzenia wypukla się wypadnięta tęczówka, wielkości łebka od szpilki.

Badanie bakteryologiczne wykazało gronkowce i prątki zeskórnienia.

Rozpoznanie: Keratomalacia, prolapsus iridis, xerosis epithelialis ocul. utr., occlusio pupillae, staphyloma in statu nascendi — oculi dextri.

Leczenie: mleko, kąpiele sublimatowe. Opłukanie obu ócz, maść żółta Pagenstecherowska; l. o. nadto pilokarpina. Pod wpływem tego leczenia powiodło się w przeciągu około 3 tygodni doprowadzić do ogólnego dobrego wyglądania. Zeskórnienie zupełnie ustąpiło, a na rogówce lewego oka pozostała tylko w górnej ćwiartce plama.

IV. Wawrzyniec Sz., 1 rok, brat poprzedniego. Matka przyprowadziła go 10. II. 1903 oczy dziecka od tygodnia ropieją; dziecko jeszcze karmione piersią. Matka żywi się barszczem i ziemniakami.

Stan obecny: dziecko źle odżywione. W górnej szczęce wewnętrzne siekacze słabe, nieregularne, dolne prawidłowe.

Pr. o: Spojówka miernie przekrwiona, wydzielina śluzowo-ropna. Nieznaczne zaskórnienie przy rogówce, po stronie nosowej; rogówka z wyjątkiem górnego odcinka naciekła, rozpadająca się.

L. o: stan spojówki, jak na oku prawem. Dolno-wewnętrzna ćwiartka i środek rogówki zajmuje naciekły wrzód, a przy brzegu nosowym owrzodzenia wypukla się wypadnięta tęczówka.

Badanie bakteryologiczne wykazało i w tym także przypadku gronkowce i prątki zeskórnienia.

Rozpoznanie: Keratomalacia, xerosis epithelialis ocul. utr., prolapsus iridis ocul. sin.

Leczenie: opłukanie, pilokarpina, maść ichtyolowa 10%, kąpiele sublimatowe, dobre odżywianie matki. Pod wpływem tego leczenia powiodło się nietylko dziecko utrzymać przy życiu, ale uratować lewe oko, na którem pozostała rozległa blizna, zrośnięta z tęczówką.

V 5. II. 1907 przyprowadzono ze szpitala św. Ludwika $3^1/_2$-letnią córkę wyrobnika, Stanisławę N. Dziecko od dwóch tygodni silnie kaszle, przedtem miewało gorączkę, od 4 zaś dni oczy ropieją, światło razi. Jeszcze w domu obmywano dziecko rumiankiem; miało ono na głowie »wysypkę«, po której włosy nie wyrosły. Ojciec miał być chorowity, umarł przed dwoma laty; matka ma być zdrowa.

Stan obecny: dziecko apatyczne, blade; zęby spróchniałe, oczy przymknięte, lekkie zaczerwienienie w kącikach.

Pr. o spojówka powiek i gałki blade, w zewnętrznym kąciku sucha rogówka prawidłowo wypuklona, w całości zmętniała, środkowa część pozbawiona nabłonka. Ciecz wodna zmętniała. Na dnie przedniej komory wysięk ropny 1 mm wysokości.

L. o. zmiany podobne, jak na oku pr., tylko rogówka w dolnej połowie szaro-żółta; zmętnienie to przekracza środek rogówki, najsilniejsze na samym dole. Gruczoły przyuszne nie są obrzmiałe. Badanie bakteryologiczne wykazało obecność następujących mikrobów: gronkowce złote i białe, dwuprątek Morax-Axenfelda.

Rozpoznano: Keratomalacia, xerosis epithelialis ocul. utr., hypopyon ocul. dextr.

Leczenie: atropina, dionina, maść żółta rtęciowa, kąpiele sublimatowe.

7. II. zauważono małą wypukłość ciemno-brunatną w górno-zewnętrznej ćwiartce rogówki oka lewego (prolapsus iridis). Ponieważ ropniak przedniej komórki (hypopyon) nie okazywał skłonności do wessania się, wykonano nakłucie rogówki tego samego dnia i zastosowano maść »Pec« (pilokarpina, eseryna, kokaina — Wicherkiewicz) i pyoktaninę.

8. II. l. o. wypadnięcie tęczówki nieco się przypłaszczyło.

Pr. o. zmętnienie rogówki nieco mniejsze, w przedniej komórce ropy niema. Wogóle sprawa chorobowa oka zwracała się ku wyleczeniu. Tymczasem 11. II. nastąpiła śmierć, a sekcya wykazała zgorzel płuc jako przyczynę śmierci.

VI. 9. III 1908. zgłosiła się żona robotnika z $1^1/_2$-ro-

cznem dzieckiem, Maryanną S. i podała, że od dwóch tygodni oczy dziecka ropieją, szczególniej prawe. Dowiedzieliśmy się przytem, że dziecko przedtem przez miesiąc cierpiało na rozwolnienie i »jakąś chorobę wysypkową«. Rodzice Maryanny S. mają być zdrowi. Matka dwa razy roniła, następnych dzieci troje zmarło w niemowlęctwie; chora jest piątem dzieckiem.

Stan obecny: Odżywienie złe, nieżyt nosa, pod nosem przeczosy.

Pr. o. łzawi, na dolnej powiece, poniżej kącika zewnętrznego przeczosy; spojówka powiek miernie przekrwiona, spojówka gałki nieco bardziej przekrwiona, okazuje nadto, nastrzykanie rzęskowe. W zewnętrznym kąciku na spojówce gałki, przy rogówce, miejsce trójkącikowate, jak gdyby zeschnięte. W dolnej części rogówki ubytek okrągły, sięga do brzegu; rogówka w tem miejscu nieco wydęta. Nadto widać głębsze nacieki, zasłaniające prawie zupełnie źrenicę.

L. o. stan spojówki podobny, jak w oku prawem, rogówka czysta.

Badanie bakteryologiczne wykazało w worku spojówkowym obu ócz gronkowce białe i prątki zeskórnienia, zaś w nacieku oka prawego bardzo liczne dwoinki zapalenia płuc.

Rozpoznanie: Keratomalacia ocul. dextr., xerosis epithelialis ocul. utr.

Leczenie: dobre odżywienie, kąpiele sublimatowe, Pr. o. pyoktanina, dionina, opaska uciskowa. L. o. maść rtęciowa żółta. Do nosa zapuszczono $^1/_2{}^0/_0$ roztwór azotanu srebrowego.

Matka nie zgodziła się na pozostawienie dziecka w klinice; wobec tego przepisano do domu maść żółtą i polecono robić kąpiele sublimatowe.

VII.[1]) 23. VI. 1908. zgłosił się do kliniki 36-letni sukiennik, Walenty P. i podał, że go od dwóch tygodni prawe oko boli. Choroba miała powstać »z dobrej woli«, od tego czasu oko coraz bardziej ropieje, a od tygodnia przyłączyły się także bardzo silne bóle głowy. Przed kilku laty miał już być leczony w klinice okulistycznej.

Przy przeglądaniu ksiąg klinicznych znaleziono historyę choroby z roku 1904. Chory zgłosił się wtedy w lipcu, skarżył się na upośledzenie wzroku o zmierzchu na t. zw. kurzą ślepotę. Badanie bystrości wzroku wykazało podówczas.

V pr. o. $^6/_6 \pm$ np Sn. 0·5:20—50; Pole widzenia pra-
l. o. $^6/_6 \pm$ np Sn. 0·5:20—30; widłowe.

Natomiast przy badaniu fotometrem Forstera nie rozpoznawał chory czarnych kresek, nawet przy maksymalnem oświetleniu. Na spojówkach gałki, obok rogówki w obrębie szpary powiekowej, stwierdzono trójkątne miejsca zeskórniałe; w prawem oku nadto »fibrae medullares«.

Rozpoznano wtedy: Xerosis epithelialis ocul. utr., fibrae medullares ocul. dextr. hemeralopia. Przepisano dobre odżywienie, maść rtęciową żółtą, mięsienie.

Ponieważ sprawa nie ustępowała pod wpływem przepisanego leczenia, jak to powtórne badanie 17. grudnia 1904 wykazało, przepisano nadto $^1/_2{}^0/_0$ strychniny, który polecono wkraplać codziennie do worka spojówkowego.

Przez dwa lata chory nie zgłaszał się zupełnie do kliniki; przybywa dopiero 22. VI. 1906, »bo nie widzi na oczy«. Przy dokładniejszem zbieraniu wywiadów, nie można więcej z chorego wydobyć, jak to, że w dzieciństwie przebywał dur; rodzice i rodzeństwo mają widzieć dobrze.

Badanie bystrości wzrokowej, pola widzenia i fotometryczne dało wynik bardzo zbliżony do badania z r. 1904.

Następuje znowu dwuroczna przerwa, podczas której chory nie pokazuje się w klinice. Zgłosił się dopiero 23, VI. 1908, podając zrazu tych kilka słów, które na początku opisu niniejszego przypadku przytoczyliśmy. Chorego zbadano, rozpoznano owrzodzenie rogówki i przedstawiono dyrektorowi kliniki Prof. Wicherkiewiczowi, który zwrócił uwagę na łączność cierpienia ocznego z ogólną sprawą, toczącą się w ustroju i zalecił zebranie dokładnych wywiadów, przeprowadzenie ścisłego badania nietylko narządu wzrokowego, ale całego ciała, a zwłaszcza pod względem nerwowym. Oto wyniki badań:

Ojciec chorego liczy lat 60, zdrów (ma tylko przepuklinę), pije umiarkowanie. Matka lat 67 zdrowa. Z 12 dzieci, 7 zmarło na różne choroby w dzieciństwie, 5 żyjących, zdrowe. Chory jest ostatniem dzieckiem. Jako małe dziecko nie chorował, miewał tylko bóle głowy, kiedy chodził po słońcu bez kapelusza. Mając lat 16, przechodził dur brzuszny. Czytać i pisać umie, skończył 3 klasy ludowe, potem poszedł do fabryki. Od 16-go roku życia pije wódkę, od 20 do 27-go roku upijał się raz na dwa tygodnie, lub raz na miesiąc. W wojsku nie służył. Nie żonaty. Chorób wenerycznych nie przechodził. Od dwóch tygodni boli go oko prawe, od tygodnia kość czołowa nad tem okiem, od kilku dni widzi także gorzej okiem lewem.

Stan obecny: Pr. o. powieka dolna zawija się nieco na wewnątrz. Spojówka miernie przekrwiona, rozpulchniona, drobne blizny. Spojówka gałki silniej przekrwiona z odcieniem sinawym. Naokoło rogówki nabłonek rogówki zeschnięty, zgrubiały, wogóle cała powierzchnia spojówki mniej gładka. Cała powierzchnia rogówki zmacerowana, miejscami nacieкła tak, że głębszych części nie widać.

L. o.: Spojówka powiek, jak w oku prawem. Spojówka gałki miernie przekrwiona, o nabłonku trochę zeschłym, zgrubiałym. Zeschnięcie to wybitne, zwłaszcza, w pasie okalającym rąbek, przechodzi ono także 1 mm na sam obwód rogówki. Przednia komora dość głęboka, źrenica 4 mm średnicy, regularna, na światło oddziaływa. W dolnej połowie rogówki dwie wysepki stykające się, okazują powierzchowne ubytki. Badanie wziernikiem wykazuje dno we mgle, prawidłowe. Bystrość wzrokowa:

V. pr. o. ruch ręki, projekcya niepewna
l. o. $^6/_{24}$ nc $^6/_{18}$ hp. 0 5 Sn 1·5 c + 1 D: 25

Badanie bakteryologiczne wykazało w worku spojówkowym obu ócz gronkowce białe i prątki zeskórnienia, natomiast w nacieku znaleziono prócz tego bardzo liczne paciorkowce ropne długie (streptococcus pyogenes longus). Badaniem ogólnem stwierdzono gruźlicę płuc miernego stopnia, zresztą prócz ogólnego wychudzenia nie stwierdzono żadnych zmian. Mocz bez białka i cukru.

Rozpoznanie: Xerosis epithelialis ocul. utr., xerosis corneae ocul. sin., keratomalacia ocul. dextr.

Leczenie: dobre odżywienie, kąpiele. Pr. i l. o. maść żółta rtęciowa, Pr. o. sophol, opaska spirytusowa.

Chorego przyjęto do szpitala. Początkowo jadł chleb i pił wodę, potem jednakże odmawia zupełnie jedzenia. Posłano go do kliniki nerwowej do zbadania. Rozpoznanie dyrektora kliniki psychiatrycznej Prof. Piltza: Paranoia. Badanie wykazuje usystematyzowane urojenia, treści religijnej z omamami zmysłów. Urojenia wielkości, które chory skrywa i urojenia prześladowcze. — Ponieważ cierpienie oczne pozostaje w ścisłym związku z chorobą umysłową, sądzę, że nie będzie od rzeczy, jeśli wymienimy poszczególne dane z wywiadów, zebranych w ambulatorium psychiatrycznem, których mi chętnie użyczono, za co niniejszem Prof. Piltzowi bardzo dziękuję. Chory podawał, że od roku 1902 począł miewać objawienia. Podczas nabożeństwa w kościele miał objawienie, a gdy nazajutrz poszedł do księdza dać na mszę, miał drugie objawienie, w którem sam Bóg Ojciec powiedział mu, że odtąd za pokutę ma jeść tylko chleb i pić zimną wodę, chodzić w mundurze misyonarza, boso. Trzy lata miał dotrzymać tę pokutę, »póki nie dotrzyma, póty się będzie tłukł po ziemi, póki jej nie dokona, póty nie usunie się z tego świata«. Od tego czasu rozpoczął pokutę. Początkowo jadał jarzyny gotowane na wodzie, próbował po kilka miesięcy, jeść tylko chleb i pić samą wodę, ale siły mu słabły. Potem jednak przyzwyczaił się do tego

[1]) Przypadek ten obszernie ogłosił i ze stanowiska okulistycznego dokładnie objaśnił R. Dw Prof. Wicherkiewicz. (Postęp okul. 1910, styczeń).

sposobu odżywiania się i pracował pilnie w fabryce, jako tkacz.

Chory po namowach zdecydował się wreszcie na częściowe przyjmowanie pokarmu, ponieważ bardzo siły go opuszczały, ale gdy wypił tylko trochę mleka, silnie wymiotował i słabł. Przeniesiono go na oddział chorób umysłowych i karmiono go za pomocą zgłębnika. Chory nie opierał się. Po kilkakrotnem nakarmieniu zaczął jeść wszystko.

Owrzodzenie oka prawego poczęło się oczyszczać; tymczasem przyjechał ojciec i zabrał syna do domu, nie chcąc pozostawić go na dalsze leczenie w szpitalu. Polecono choremu dobrze się odżywiać i zapisano maść kseroformową, oraz ciepłe okłady.

3. X. 1908 przybył chory ponownie do kliniki z zapytaniem, czy będzie mógł jeszcze prawem okiem widzieć. Z wywiadów dowiedzieliśmy się, że po opuszczeniu szpitala leczył się przepisanymi lekami i przez 6 tygodni dobrze się odżywiał (codziennie jadał mięso do $^1/_2$ kg. trzy razy dziennie pił mleko i jadał dużo chleba). Zrobił to ustępstwo, jak podaje, aby ratować oczy, jednakże skoro tylko cierpienie oczne ustąpi, powróci do pokuty. Po trzech tygodniach stosowania przepisanego leczenia, oko lewe całkiem powróciło do stanu prawidłowego, a i prawe przestało boleć, jednakże chory niem nie widzi.

Stan obecny: pr. o. na spojówce gałki nieco naczyń przekrwionych; zachodzą one na powierzchnię rogówki, która, silnie przypłaszczona, ma cały środek zajęty przez płaskie bielmo. Rąbek obwodowy rogówki (2 mm szerokości) nieco przeźroczysty, tęczówka prawie doń przylega. W samym środku bielma widać ciemny punkcik, lejkowato zagłębiony, przez który wydobywa się czasami przeźroczysty płyn.

Napięcie = — 2.

L. o. blade, spojówka gładka, ani śladu zeskórnienia, rogówka czysta, a na niej, poniżej źrenicy dwa maleńkie, okrągłe, przeświecające zmętnienia. Przednia komora miernie głęboka, źrenica 3 mm średnicy, regularna, dobrze na światło oddziaływa; na samym obwodzie, dołem wewnątrz punkcikowate zrosty. Napięcie gałki i dno prawidłowe. Badanie pola widzenia również nie wykryło nic nieprawidłowego.

V pr. o. $\frac{1}{\infty}$ projekcya wadliwa
l. o. $^6/_6$ $^6/_6$ hp 0·25 Sn 0·5 : 17—50.

Przy badaniu fotometrem Förstera rozpoznaje chory kreski przy rozchyleniu szpary na 3 mm.

Choremu przepisano do domu maść kseroformową i polecono zgłosić się za 4 tygodnie.

Po upływie tego czasu zgłosił się i podał, że oko to już go nie boli, tylko czasem uczuwa ból w prawej skroni, a od czasu do czasu widzi przed tem okiem plamki, o tęczowych barwach, »jakby księżyce barwne«. Bystrość wzroku, pole widzenia, fotometr jak 3. X.

L. o. przedstawia się, jak poprzednio, w prawem przetoka rogówkowa zagojona, na spojówce gałki zaznaczają się wręby. Gałka za dotykiem nie bolesna, napięcie — 2. Badanie eksoftalmometrem wykazało wypuklenie prawej gałki = 11 mm, lewej 15 mm. Chory na wyłuszczenie gałki zgodzić się nie chciał i dlatego wykonano 17. XI. przecięcie wszystkich mięśni prostych (tenotomia rectorum), zabieg wprowadzony do lecznictwa okulistycznego przez Wicherkiewicza[2]), a mający na celu nietylko względy kosmetyczne, ale i zapobieżenie ewentualnemu zapaleniu współczulnemu. Po tym zabiegu, gałka wystąpiła ku przodowi tak, że wysadzenie obu ócz było równe; ruchomość prawidłowa. Powieki prawego oka z razu nawet nieco bardziej wystawały od powiek oka lewego.

Chory opuścił szpital; polecono mu okłady z wody ołownej.

---

[2]) Postęp okulistyczny 1906 i Wiener mediz. Wochenschr. 1908. Nr. 6 i 7.

Zbierając wyniki naszych badań, widzimy, że pierwszych 6 przypadków odnosi się do dzieci poniżej 4 lat, z tych czworo miało nawet poniżej 3 lat. Czworo dzieci płci męskiej, dwoje żeńskiej. W pięciu pierwszych przypadkach zachodziło zeskórnienie, obok zmiękknienia rogówki na obu oczach. W szóstym zeskórnienie również było na obu oczach, jednakże zmiękknienie zajmowało tylko jedną rogówkę. Kiłę dziedziczną udało się wykazać w jednym przypadku na pewno, w dwóch przypadkach z wielkiem prawdopodobieństwem, w trzech innych wywiady i badanie ogólne chorych nie dały pewnych wyników co do kiły, ale zarówno w poprzednich, jak i w ostatnich przypadkach, możnaby przypuścić istnienie kiły dziedzicznej na podstawie korzystnego wyniku leczenia przeciwkiłowego. Badanie bakteryologiczne w trzech przypadkach wykazało gronkowce i prątki zeskórnienia, w drugim przypadku nadto paciorkowce, w piątym dwuprątki Morax-Axenfelda, w szóstym dwoinki zapalenia płuc.[3])

Badanie wszystkich tych sześciu przypadków potwierdza zatem w zupełności spostrzeżenia, ogłoszone swego czasu przez Wicherkiewicza. I w naszych przypadkach chodziło tylko o młode osobniki, w przeważnej części przypadków powiodło się stwierdzić istnienie kiły wrodzonej, w innych skłoniła do tego przypuszczenia skuteczność leczenia przeciwkiłowego. Według dotychczasowych wiadomości i spostrzeżeń zarówno naszych, jak i innych autorów (Alexander, Fuchs, Horner, Michel, Peltesohn, Wicherkiewicz, Zirm) nie ulega więc żadnej wątpliwości, że do powstania zmiękknienia rogówki, zwłaszcza w wieku dziecięcym, przyczynia się stanowczo jad kiły wrodzonej, powodującej znaczne upośledzenie odżywiania całego ustroju i obniżenie jego sił żywotnych. Istnienie kurzej ślepoty można tylko przypuszczać. Z powodu zbyt młodego wieku chorych stwierdzenie jej było niemożliwe. Osobno omówić musimy przypadek siódmy. Zbierając pokrótce jeszcze raz ważniejsze punkta tego przypadku, widzimy zeskórnienie, do którego następnie przyłącza się zmiękknienie rogówki, u osobnika, u którego nie udało się wykazać kiły, ani nabytej, ani dziedzicznej. Mężczyzna ten, u którego badanie ogólne wykryło nieznaczne zmiany w szczytach płuc, cierpiał na chorobę umysłową (paranoia). Przez dłuższy czas odżywiał się tylko chlebem i wodą, pracował zaś ciężko jako tkacz. W klinice zjawiał się kilkakrotnie, w ciągu kilku lat. Zrazu bystrość wzroku była prawidłowa, a zmiany, jakie udało się stwierdzić, ograniczały się do upośledzenia odczuwania światła, zwłaszcza wieczorem (hemeralopia). Do tego przyłączają się zmiany anatomiczne na spojówce gałki, tuż przy rogówce (xerosis). Zarówno kurza ślepota, jak i zeskórnienie, utrzymują się uporczywie pomimo stosowanego leczenia, pomimo, że choremu kilkakrotnie polecono lepiej się odżywiać. Chory przyrzekał, że polecenia wypełni. Zrazu nie było objawów choroby umysłowej; najprawdopodobniej jednak istniała ona już dość dawno; widocznie zleceń lekarskich chory w domu nie wykonywał i odżywiał się nadal chlebem i wodą. W kilka lat bowiem, po trwaniu kurzej ślepoty i zeskórnienia przybywa do kliniki, a badanie wykazuje zmiękknie-

---

[3]) Sydney Stephensohn (The ophthalmoskop 1908, p. 628) w czterech przypadkach niemowlęcego rozpadu rogówki wykazał obecność krętka bladego. (Przyt. według Wicherkiewicza, Postęp okul. 1901, styczeń).

nie jednej, a zeskórnienie drugiej rogówki. Po zastosowaniu zrazu sztucznego odżywienia, a następnie po dobrowolnem obfitem odżywianiu się, bystrość wzroku lewego oka podnosi się z $^6/_{18}$ na $^6/_6$. Chory, który przedtem czytał druk Snellena 1·25, potem czyta druk 0·5. Bystrości wzroku prawego oka nie udało się przywrócić. Przyczynę tego wykrywa badanie bakteryologiczne. Stwierdzono mianowicie w oku tem bardzo złośliwe paciorkowce.

Przypadek ten wykazuje nam dowodnie słuszność przypuszczenia Förstera, że kurza ślepota występuje wskutek złego odżywiania się, w szczególności zaś wskutek niedostatecznego doprowadzania do ustroju białka i tłuszczów. Przypadek ten jest ciekawy także i z tego względu, że chodzi tu o zmięknienie rogówki u mężczyzny w sile wieku, gdy pospolicie choroba ta zwykła występować w dzieciństwie. Ale nadto mamy w przypadku tym wybitny dowód łączności trzech cierpień ocznych: kurzej ślepoty, zeskórnienia i zmięknienia rogówki. Możemy śmiało twierdzić, że wszystkie te trzy sprawy chorobowe są skutkiem działania jednego i tego samego czynnika, że występują na jednem i tem samem podłożu. Widzieliśmy, że wskutek złego odżywiania się, wyniszczenia ustroju (najprawdopodobniej także obok zadziałania silnego światła słonecznego, chory zgłosił się bowiem po raz pierwszy w lipcu), powstały objawy kurzej ślepoty, do której przyłącza się następnie zeskórnienie, zajmujące zrazu spojówkę gałki. Potem zeskórnienie przenosi się także i na samą rogówkę, czyniąc ją bardziej dostępną dla mikrobów, znajdujących się w worku spojówkowym (lub dostających się tam z zewnątrz); mikroby wnikają w rogówkę i występuje jej zmięknienie.

Zeskórnienie należy do kategoryi zmian wstecznych. Wskutek złego odżywienia całego ustroju, cierpi i sama spojówka. Najbardziej na wpływy atmosferyczne i urazy (pył, wiatr, światło) wystawiona jest część spojówki, w obrębie szpary powiekowej tuż obok rogówki leżąca. Nic więc dziwnego, że te właśnie miejsca przedewszystkiem zmianom ulegają. Są to te same miejsca, w których u osób prawidłowych, dobrze się odżywiających, często wytwarza się skrzydlik (pterygium), a prawie zawsze u osobników starszych powstaje tłuszczyk (pinguecula). Wiadomo, że rogówka czerpie swe odżywienie z naczyń głębokich i częściowo też z powierzchownych naczyń spojówkowych. Wskutek zmian zwyradniających przy jej brzegu (xerosis) dochodzi w następstwie do upośledzenia odżywienia jej powierzchownych warstw, do zeskórnienia rogówki.

W końcu kilka słów jeszcze o badaniach bakteryologicznych w przypadkach zeskórnienia i zmięknienia rogówki. Na podstawie naszych badań bakteryologicznych dochodzimy do wniosku, że niema swoistych mikrobów dla zmięknienia rogówki, ale że wywołują je raczej różne mikroby, znajdujące się przypadkowo w worku spojówkowym, lub pochodzące ze spraw chorobowych, toczących się w otoczeniu, albo wreszcie przypadkowo z zewnątrz na rogówkę się dostające. Stwierdziliśmy bowiem w naszych przypadkach, gronkowce białe i złote, dwoinki zapalenia płuc, paciorkowce, dwuprątki Morax - Axenfelda i t. zw. prątki zeskórnienia. Jednakże t. zw. prątki zeskórnienia, jak i gronkowce białe uważamy na podstawie naszych badań doświadczalnych na zwierzętach, jak i na podstawie doświadczeń licznych autorów, za niejadowite mikroby, żyjące saprofitycznie w worku spojówkowym.

Panom Radcy Dw. Prof. B. Wicherkiewiczowi i Prof. Nowakowi składam i na tem miejscu serdeczne podziękowanie za życzliwe zajęcie się moją pracą i liczne cenne wskazówki.

Piśmiennictwo. 1) Axenfeld: Bakteriologie in der Augenheilkunde. Jena. 1907. — 2) Baer: Klin. Monatsbl. f. A. XXXIX. April. — 3) Berger: Bull. méd. 1890. Avril 4. — 4) Bitot: Gaz. hebd. 1. Mai. 1863. wedł. Gouvei. — 5) Blessig: Peterb. med. Zeitschr. 1866. II. p. 342—354. (Ref. Centralbl. f. d. med. Wiss. 1867. 424—436) wedł. Gouvei. — 6) Böckmann: Ref. Arch. f. A. 11. p. 487. — 7) Braunschweig: Fortschr. d. Med. 1890. — 8) Brons: Zentralbl. f. Bakt. 1908. XLVIII. 2. — 9) Capello e Ivens: De Benguella ás Terras de Jacca. Lisboa 1881. Vol. I. p. 209. wedł. Gouvei. — 10) Jahresber. f. 1879 aus Dr Hirschbergs Augenklinik. Arch. f. A. 1879. VIII. p. 166. — 11) Elschnig: Wiener med. Woch. 1900. Nr 18. — 12) Förster: Hdb. Graefe-Saemisch 1877. Bd. VII. p. 227. — 13) Fraenkel u. Franke: Arch. f. A. 17. p. 190. — 14) Fuchs: Lehrb. der Augenh. Wien-Leipzig. — 15) Gama Lobo: Annaes Brazil. de Med. T. XXIII. 1865 wedł. Gouvei. — 16) Garnier: Arch. f. A. T. XX. — 17) Gouvea H. de: Graefés Arch. B. XXIX. 1. p. 167. — 18) Graefe A.: Arch. f. O. XII. II. p. 250 oraz V. 1. p. 119. — 19) Grenouw: Hdb. Graefe Saemisch 1904. XI. I. p. 379 (tamże dokładny spis dawniejszej literatury). — 20) Hess: Arch. f. A. LXII. 1. — 21) Hocquart: Arch. d'opht. 1883. Nr 6. — 22) Knaebel A.: In Diss. 1901. Tübingen. — 23) Kubli: Arch. f. A. XVII. p. 409. — 24) Kuschbert u. Neisser: Deutsche med. Woch. 1884. Nr 21 i 22. — 25) Laas: Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. 1906. Nr 6. — 26) Leber Th.: Graefés Arch. XXIX. 1. p. 328. i 3. p. 225. — 27) Leber, Wagenmann: Graefes Arch. XXXIV. 4. — 28) Little W.: Philad. med. Times. 22. April. 1882. — 29) Loeb: Centralbl. f. Bakt. 1891. Nr 10. — 30) Manz: Münch. med. Woch. 1888. Nr 11 i 12. — 31) Netter A.: Gaz. med. 1863. pag. 505. wedł. Gouvei. — 32) Paster: Münch. med. Woch. 1886. Nr 5. p. 75. u. Nr 6. p. 97. — 33) Peltesohn: Deutsche med. Woch. 1898. Nr 18. — 34) Radziejowski: Therap. Monatsh. April 1900. — 35) v. Reuss: Eulenburgs Real-Encyklop. B. VII. p. 358. — 36) Rosenhauch: O powstawaniu flory w fizyologicznym worku spojówkowym noworodków. Kraków. Akad. Umiej. 1908. — 37) Schanz: Arch. f. A. 1892. XXV. p. 110. — 38) Schimmelpfennig W.: Graefes Arch. XLIII. 1. p. 41. — 39) Schreiber: Fortschritte der Med. 1888. — 40) Snell M. S.: Lancet 1876. p. 45. — 41) Spicer: Trans. ophth. soc. un. k. Vol. XIII. p. 45. — 42) Thalberg: Arch. f. A. 1883. XII. p. 315. oraz Wiestnik oft. 1884. 1. p. 13. — 43) Uhthoff u. Axenfeld v. Graefes: Arch. XLII. I. 1896. — 44) Ullersperger: Motsbl. f. A. 1866. wedł. Gouvei. — 45) Villemin: Gaz. hebd. 22. Mars. 1863. wedł. Gouvei. — 46) Weeks: Arch. f. A. 17. p. 193. — 47) Wicherkiewicz: Postęp okul. 1899. 1. 1900. 1. oraz 1907. 1910. 1. i Wiener med. Woch. 1908. Nr 6. 7. — 48) Wolffberg: Wochenschr. f. Ther. u. Hyg. d. A. Nr 32. 1900. — 49) Ziegler: Lehrbuch der pathol. Anatomie. 2. Bd. 1902. — 50) Zirm: Wiener klin. Woch. 1895. Nr 34—35.

O gruczołach przytarczycowych

(glandulae parathyreoideae).

Napisał

Prof. Dr Adam Bochenek.

(Dokończenie).

i. R ó ż n e s p r a w y c h o r o b o w e, k t ó r e ł ą c z o n o z e z m i a n a m i c z y n n o ś c i g r u c z o ł ó w p r z y t a r c z y c o w y c h.

Szereg innych chorób, których patogenezę zaczęto przypisywać zmianom czynności gruczołów przytarczycowych, jest już obecnie liczny. Łączono z niemi rzucawkę ciężarnych, tężyczkę dziecięcą, tężyczkę żołądkową, pada-

czkę i drżączkę poraźną (paralysis agitans), chorobę Basedowa, a wreszcie zmięknienie kości i krzywicę. Nie możemy tu wchodzić szczegółowo w opisy stosunku licznych tych chorób do gruczołków przytarczycowych, postaramy się jedynie dać zestawienie, o ile przypuszczalna łączność tych chorób z gruczołkami znajduje potwierdzenie w anatomicznie lub histologicznie dających się wykazać zmianach w tych gruczołkach.

a) Stosunek gruczołów przytarczycowych do rzucawki ciężarnych.

Już w pierwszych latach po stwierdzeniu znaczenia gruczołów przytarczycowych zwracali uwagę Cristiani, Vestraaten i Vanderlinden, że samice wogóle, a zwłaszcza samice ciężarne, znoszą gorzej usunięcie gruczołów przytarczycowych, niż samcy.

Lange badał stosunek gruczołu tarczowego do ciąży i stwierdził również, że pewne zmiany w tych gruczołach mogą stać w stosunku do objawów rzucawki ciężarnych. Ciekawy fakt, że karmienie u suki, której poprzednio wycięto częściowo gruczoły przytarczycowe, wywołało typową tężyczkę, stwierdził Vassale. U suki tej po częściowem wycięciu gruczołów przytarczycowych wystąpiły objawy tężyczki, które przeszły; suka ta w sześć miesięcy po operacyi urodziła kilkoro szczeniąt przedwcześnie, tak że nie dały się wychować. Po roku znowu rodzi 8 szczeniąt żywych. Po pięciu dniach karmienia ulega jednak napadowi tężyczki. Pozostawia się jej dalej do karmienia tylko 4 szczeniąt i podaje tyreoidynę. Następuje nowy napad tężyczki. Wobec tego zostawia się jej do wykarmienia tylko jedno szczenię i daje silne dawki gruczołu tarczowego. Tężyczka ustępuje i już nie wraca.

U zwierzęcia tego, zdaniem Vassalego pozostawiona część gruczołów przytarczycowych wystarczała do uchronienia zwierzęcia w prawidłowych warunkach od napadów tężyczki. Istniał jednak u suki tej stały niedostatek czynności gruczołów przytarczycowych, który w czasie większych wymogów, stawianych gruczołowi przez ustrój, t. j. w czasie karmienia, wywoływał objawy tężyczki.

W roku 1904 Pineles zwrócił uwagę na fakt, że operowana przez niego kotka, z pozostawionym jednym gruczołem przytarczycowym, okazywała przy ciąży objawy tężyczki, dlatego też sądzi, że przypuszczany przez Vassalego stosunek czynności gruczołów przytarczycowych do ciąży rzeczywiście istnieje.

Vassale w dalszym ciągu swych badań stwierdził, że u 3 obserwowanych przez niego ciężarnych, u których wystąpiła rzucawka, wstrzyknięcie podskórne sporządzonego przez niego wyciągu z gruczołów przytarczycowych usunęło objawy choroby. Takie same spostrzeżenia porobił Zanfrogini. Aby sprawę tę ostatecznie doświadczeniem rozstrzygnąć, wykonał Vassale w roku 1906 na trzech sukach szczennych operacyę częściowego wycięcia gruczołów przytarczycowych. U dwóch z nich wybuchły objawy rzucawki dwa dni przed porodem. Jedna nie leczona zginęła wśród objawów rzucawki, drugą uratowały od śmierci grożącej duże dawki paratyreoidyny Vassalego. Szczenięta jej zginęły jednak z powodu braku pokarmu u matki. U trzeciej z operowanych suk wystąpiły objawy rzucawki dopiero tuż przed porodem, wśród objawów tych podano jej paratyreoidynę, poczem szczęśliwie urodziła i wykarmiła 4 szczeniąt. W czasie karmienia wystąpił nowy napad rzucawki, który jednak paratyreoidyną uśmierzono.

Podobne wyniki, jak Vassale na stosunkowo nielicznym materyale psów, uzyskali Thaler i Adler na 40 szczurach. Operowali oni podobnie, jak Erdheim, to znaczy, niszczyli częściowo gruczoły przytarczycowe, przypalając je igłą, rozgrzaną prądem elektrycznym. Doświadczenia przeprowadzali częściowo na samicach już ciężarnych, częściowo na samicach, które dopiero po operacyi ulegały zapłodnieniu.

U pierwszych występowała stale tężyczka, natomiast zwierzęta nie ciężarne operacyę taką samą znosiły bez żadnych następstw. Ponieważ jednak w tym wypadku nie można było stanowczo stwierdzić, czy nie będąc w ciąży, nie miałyby mimo to napadów tężyczki, wykonali Thaler i Adler drugi szereg doświadczeń na zwierzętach, które nie były ciężarne. Te przez dłuższy czas po operacyi częściowego zniszczenia gruczołów przytarczycowych nie okazywały żadnych zmian tężyczkowych, albo też tylko w pierwszych czasach po operacyi, poczem następowało u nich wyrównanie czynności, tak że w warunkach prawidłowych niedostateczność czynności gruczołów przytarczycowych nie dawała żadnych objawów. O ile jednak zaszły one w ciążę, każde z 14 operowanych zwierząt okazywało objawy tężyczki. Niektóre z nich zachodziły w ciążę 2, 3, jedno nawet 4 razy i przy każdej ciąży objawy tężyczki występowały na nowo.

W przeciwieństwie do wyników doświadczeń Vassalego nigdy nie widzieli Thaler i Adler tężyczki w czasie karmienia.

Z tych doświadczeń wysnuli Thaler i Adler wniosek, że rzucawka ciężarnych stoi w zależności przyczynowej od niedostatecznej czynności gruczołów przytarczycowych.

Przeciw łączeniu przyczynowemu rzucawki (eclampsia) ciężarnych z upośledzeniem czynności gruczołów przytarczycowych wystąpił Caro. Liczba jednak doświadczeń jego jest bardzo mała, a przytem brak im zupełnie stwierdzenia mikroskopowego, o ile udało się w nich usunąć gruczoły przytarczycowe. Wobec też ogłoszonych już po pracy Cara doświadczeń Thalera i Adlera, opartych na znacznym materyale, które związek ten stwierdzają, musimy wynikom badań Cara odmówić większego znaczenia.

Dążono również do stwierdzenia zmian anatomiczno-patologicznych w gruczołkach przytarczycowych u kobiet, zmarłych w następstwie rzucawki. Zanfrogini w jednym przez siebie badanym przypadku znalazł tylko 2 gruczołki, Pepere w 4 znalazł 3 razy brak dwóch gruczołków, a we wszystkich torbielkowate ich zwyrodnienia. Trzeba jednak z góry powiedzieć, że dane te są jeszcze bardzo małe.

b) Tężyczka dziecięca (tetania infantum).

Pierwszą sprawą, jaką należało rozstrzygnąć przed złączeniem tężyczki dziecięcej i tężyczki żołądkowej z czynnością gruczołów przytarczycowych, było, czy objawy tężyczki tej odpowiadają objawom tężyczki, uzyskanej u zwierząt po doświadczalnem usunięciu gruczołków przytarczycowych.

Pineles porównał obie te postacie tężyczki i stwierdził ich zupełne podobieństwo. Tak w jednej, jak i w drugiej istnieje nadmierna mechaniczna i elektryczna pobudliwość nerwów, znane w tężyczce jako objawy Chwostka i Erba. Tak w jednej, jak i w drugiej, przy dłuższem trwaniu występuje zaćma (cataracta).

Badania anatomiczno-patologiczne gruczołków przytarczycowych dzieci, zmarłych na tężyczkę, nie doprowadziły do wyników zgodnych. Erdheim w trzech przypadkach badanych znalazł krwotoki lub pozostałości po nich. Escherich u dziecka 7-letniego, zmarłego wśród objawów tężyczki, znalazł w gruczołkach przytarczycowych wyraźne ślady przebytego schorzenia. Natomiast Königstein w jednym przypadku, a Thiemich w 6 przypadkach znaleźli gruczołki zupełnie prawidłowe.

Ze sprawą tężyczki dziecięcej łączy się ściśle twierdzenie, podniesione przez Mac Calluma i Voegtlina, że gruczoły przytarczycowe stoją w związku z krążeniem wapnia w ustroju. Stwierdzili oni naprzód, że ilość wapnia, wydzielonego z moczem, jest u zwierząt pozbawionych częściowo gruczołów przytarczycowych, większa, niż u zwierząt nie operowanych. Brak wapnia w ustroju wywołuje nadmierną pobudliwość ośrodków nerwowych. A dowodem na to twierdzenie jest ich zdaniem fakt, przez nich stwierdzony,

że wstrzyknięcie soli wapnia zwierzętom operowanym uśmierza objawy tężyczki. Podobne pod tym względem wyniki otrzymał Leśniowski na dwóch przez siebie operowanych zwierzętach.

Zdawałoby się więc rzeczywiście, że sprawa przedstawia się pod tym względem jasno, tymczasem. rozpatrzywszy się w literaturze, omawiającej stosunek tężyczki dziecięcej do przemiany wapnia w ustroju, widzimy, że wyniki badań pod tym względem są również zasadniczo sprzeczne.

Gdy spostrzeżenia kliniczne Thiemicha i badania nad karmieniem zwierząt pokarmem, zawierającym mało wapna, doprowadziły tych autorów do przekonania, że tężyczka dziecięca jest następstwem braku wapnia w ustroju, to badania Stöbnera przekonały go, że spasmofilia (tężyczka) jest następstwem zatrucia ustroju solami wapnia. Sprawy tej nie możemy uważać zatem obecnie za rozstrzygniętą.

c) Tężyczka żołądkowa.

Na stosunek tej postaci tężyczki do gruczołów przytarczycowych zwrócił uwagę po raz pierwszy Jeandelise, a po nim Lundborg. Pineles stwierdził, że objawy tej postaci tężyczki i tężyczki dziecięcej są zupełnie podobne do tężyczki doświadczalnej. Wyniki jednak badań anatomiczno-patologicznych i w tej sprawie, tak jak w poprzedniej, są sprzeczne. Gdy Mac Callum w 5 badanych przypadkach znalazł w gruczołkach grupy dużych komórek, silnie barwiących się i karyokinezy, co zdaniem jego dowodzi nadmiernej ich czynności, to Erdheim i Königstein w badanych przez siebie przypadkach (razem 3) nie znaleźli w gruczołkach przytarczycowych żadnych zmian.

d) Padaczka i drżączka poraźna.

Możliwość łączności tych spraw chorobowych z czynnością gruczołków przytarczycowych podnieśli Jeandelise, Vassale i Lundborg. W jednym przypadku śmierci w stanie padaczkowym (status epilepticus) u chorego na chorobę Basedowa, widział Erdheim w gruczołkach przytarczycowych tkankę łączną bardzo silnie przerosłą, a ilość komórek nabłonkowych znacznie zmniejszoną. W 3 przypadkach zaś drżączki poraźnej nie mógł Erdheim wykazać żadnych zmian w gruczołkach przytarczycowych.

e) Choroba Basedowa.

Znalazłszy w jednym przypadku choroby Basedowa rozrost tkanki gruczołków przytarczycowych, w których powstały pęcherzyki pełne koloidu, podobne do gruczołu tarczowego, podniósł Forsyth możliwość łączności zmian czynności gruczołków z tą chorobą. Ze względu jednak na to, że nawet w zupełnie prawidłowych gruczołkach można napotkać często pęcherzyki wypełnione koloidem, nie można przypisać większego znaczenia temu jedynemu spostrzeżeniu.

f) Zmięknienie kości i krzywica.

Erdheim, jak wyżej podnieśliśmy, stwierdził, że u szczurów występują po usunięciu gruczołków przytarczycowych zmiany w wyrastaniu zębów, które stają się kruchsze i wykazują wybitne ubytki. Mac Callum i Kotlin zwrócili uwagę na większą ilość wapna, wydzielanego z moczem u zwierząt, pozbawionych gruczołków przytarczycowych. Prostem też zdaje się wobec tego przypuszczenie, czy choroby polegające na zmianie przemiany wapnia w ustroju, jakiemi są zmięknienie kości i krzywica, nie stoją w łączności ze zmianami czynności gruczołków przytarczycowych.

Badania jednak histologiczno-patologiczne Schmorla i Erdheima dały w kilku badanych przypadkach tych chorób wyniki zupełnie ujemne. Guizetti stwierdził zaś jedynie zwiększenie się ilości glikogenu w gruczołkach.

Musimy więc powiedzieć, że badania anatomiczno-patologiczne nie dają dotychczas podstawy do łączenia którejkolwiek ze wspomnianych chorób ze zmianami czynności gruczołów przytarczycowych.

Piśmiennictwo. 1) Albertoni e Tizzoni. Arch. per le sc. mediche. T. X. 1889. — 2) Babes. Structure of the thyroid gland. Trans. of the Royal Soc. V. 172. P. III. 1881. — 3) Benjamins. Zieglers Beitr. XXXI. 1902. — 4) Biedl. a) Zur Schilddrüsenfrage. Wiener klin. Woch. 1901. b) Innere Sekretion. Wiener Klinik 1903. — 5) Blum. a) Die Schilddrüse als entgiftendes Organ. Virchows Archiv. 1899. b) Neues zur Physiologie u. Pathologie der Schilddrüse Congr. f. inn. Med. München 1906. — 6) Blumenreich i Jacoby. Archiv. f. die ges. Phys. T. 74. 1896. — 7) Born. Üb. d. Derivate der embryonalen Schlundbogen. Arch. f. mikr. Anat. T. 22. 1883. — 8) Breisacher. Unters. üb. Glandula thyreoidea. Archiv. f. Anat. u. Phys. Ph. Abth. 1890. — 9) Cadeac et Guignard. a) Quelques faits rélatifs aux accidents de la thyroidectomie Compt. rend. Soc. de biol. 1894. b) Modifications fonctionelles releveés par les animaux éthyroides, tamże.— 10) Camus. tamże 1905. — 11) Capobianco. a) Riecrche microscopiche esperimentali sugli effetti della tiroidectomia. Intern. Monatsch. f. Anat. u. Phys. T. 11. 1894. — b) La tiroidectomia dei mammiferi. Rif. medica 1895. — 12) Capobianco e Marriotti. Arch. ital. de biol. T. XXXI. 1899. — 13) Chantemesse et Marie. Soc. med. des hop. T. 10. 1893. — 14) Caro. Schilddrüsenresektion u. Schwangerschaft. Mitteil. a. d. Grenzgeb. T. XVII. 1907. — 15) Chwostek. Beitrag zur Lehre von der Tetanie. Wien. klin. Woch. 1907. — 16) Cristiani. a) Sur les glandules thyroidiennes chez le rat. C. r. Soc. de Biol. 1892. b) De la thyroidectomie chez le rat. tamże 1893. c) Remarque sur l'anat. et la physiol. des glandes et glandules thyroidiennes chez le rat. Arch. de phys. norm. et path. T. XXIV. 1893. d) Des glandules thyroidiennes accessoires chez la souris et le campagnol. tamże. e) Nouvelles recherches sur les organes thyroidiennes. C. r. Soc. de biol. 1893. f) La greffe thyroidienne. Arch. de phys. norm. et path. 1895. g) Effets de la thyroidectomie chez les serpents. C. r. Soc. de biol. 1895. h) De la persistance des greffes de glandes parathyroidiennes. C. r. Soc. de Biol. 1905. — 17) Cristiani et Ferrari. C. r. Soc. de biol. 1897. — 18) Edmunds. a) Proc. of the phys. soc. 1895. b) tamże 1896. c) Journ. of Phys. T. XVIII. 1895. d) tamże. T. XX. 1896. e) Journ. of path. and bact. 1902. — 19) Eiselsberg. a) Über Störungen im Wachstum von Thieren nach frühzeitiger Schilddrüsen-Exstirpation. Langenbeck's Arch. T. 49. 1894. b) Beitr. zur Phys. u. Path. 1908. c) Zur Lehre von der Schilddrüse. Virchows Archiv. 153 i 154. 20) Erdheim. a) Zieglers Beitr. T. 33. 1903. b) Zeitschr. für Heilkunde. T. 25. 1904. c) Wiener klin. Woch. 1906. d) Mittheil. a. d. Grenzgeb. 1906. — 21) Ferrari. C. r. Soc. de biol. 1897. — 22) Fischalis. Beiträge zur Kenntniss der Entwickelung der Glandula thyreoidea u. Thymus. Arch. für mikr. Anat. T. XXV 1895. — 23) Formanek i Haskovec. Beiträge zur Lehre über die Funktion der Schilddrüse. Klin. Zeit. u. Streitfragen. 1895.— 24) Forsyth. Brit. med. Journ. — 25) Fusari. Giorn. della reale Ac. di Torino. Vol. V. 1899. — 26) Gross. Beziehungen der Tetanie zum weiblichen Sexual-Apparate. Münch. med. Woch. 1906. — 27) Gley. a) Sur les fonctions du corps thyroide. b) Note sur la fonction de la glande thyroide chez le chien et chez le lapin. C. r. Soc. de biol. 1891. c) Des effets de la thyroidectomie. C. r. de la Soc. de biol. 1892. d) Les troubles tardifs consecutifs à la thyroidectomie, tamże. e) Effets de la thyroidectomie chez le chien. Arch. de phys. norm et pathol. T. XXIV. 1892. f) Recherches sur la fonction de la glande thyroide. tamże. g) Nouvelles recherches sur les effets de la thyroidectomie chez le lapin. tamże. h) Effets de la thyroidectomie chez le lapin. tamże. i) Exposé critique des recherches relatives à la physiologie de la glande thyroide. tamże. j) Glande et glandules thyroides du chien. C. r. Soc. biol. 1893. k) Nouvelle preuve de l'importance fonctionelle des glandules thyroides, tamże. — l) Effets de la thyroidectomie chez le lapin. tamże. m) Recherches sur la role des glandes thyroidiennes chez le chien. Arch. de phys. norm. et pathol. T. 25. 1893. n) Les résultats de la thyroidectomie chez le lapin. tamże. o) Bemerkungen über die Funktion der Schilddrüse. Pflüger's Arch. T. 66. 1897. p) Glandes parathyroidiennes. C. r. Soc. de biol. 1897. r) Sur la fonction des glandules parathyroides. tamże. — 28) Gley et Nicolas. Recherches sur les modifications histologiques des glandules thyroidiennes aprés la thyroidectomie. C. r. Soc. de biol. 1895. — 29) Gley et Phisalix. a) Sur la nature des glandules thyroidiennes chez le chien. tamże 1893. b) Supplement supposé de la glande thyroide. tamże 1894. c) Accidents consecutifs à la thyroidectomie ches deux chèvres. tamże. d) Action toxique de l'extrait thyroidien. tamże. — 30) Groschuff. a) Bemerkung zu der Mitteilung von Jacoby. Anat. Anzeiger. T. 12. 1896. b) Über das Vorkommen eines Thymussegments der

vierten Kiemenspalte beim Menschen. Anat. Anzeiger. T. 17. 1900. — 31) Hagenbach. Mitteil. a. d. Grenzgeb. 1908. — 32) Hermann i Verdun. a) Persistance des corps postbranchiaux chez l'homme. C. r. Soc. de biol. 1899. b) Remarques sur l'anatomie comparée des corps postbranchiaux. tamże. c) Sur l'anatomie des corps postbranchiaux. Miscellanées biol. dediés au prof. Giard. Paryż 1899. — 33) Hofmeister. a) Zur Physiologie der Schilddrüse. Fortschritte der Medic. T. X. 1892. b) Experiment. Untersuchungen üb. d. Folgen des Schilddrüsenverlustes. Beitr. zur klin. Chirurgie. T. XI. 1894. c) Zur Frage nach den Folgezuständen d. Schilddrüsenextirpation. Deut. med. Woch. 1896. — 34) Horsley. The thyroid gland. Lancet 1886. — 35) Hulst. Ctbl. f. allg. Pathol. u. path. Anat. T. 16. — 36) Jacoby. a) Die mediane Schilddrüsenanlage bei Säugern. Anat. Anz. T. 10. 1895. b) Studien zur Entwickelungsgeschichte der Halsorgane. Inaug. Diss. Berlin 1895. c) Ueber die Entwickelung der Nebendrüsen der Schilddrüse und die Carotisdrüse. Anat. Anz. T. XII. 1896. d) Zur Entwickelung der Nebendrüsen der Schilddrüse. Anat. Anz. T. XIII. 1897. — 37) Jeandelize. Insuffisance thyroidienne et parathyroidienne. Baillère. Paris. 1903. — 38) Kishi. Beiträge z. Physiologie der Schilddrüse. Virchow's Arch. 1904. — 39) Kohn. a) Studien über die Schilddrüse. Arch. für mikr. Anat. T. 44. 1895 i T. 48. 1896. b) Die Epithelkörperchen. Erg. der Anat. u. Entwick. T. 9. 1899. — 40) Königstein. Sekretbilder in den Epithelkörperchen. Wiener klin. Woch. 1906. — 41) Hürsteiner. Die Epithelkörperchen des Menschen. Anat. Hefte 1898. — 42) Lange. Die Beziehungen der Schilddrüsen zur Schwangerschaft. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. T. 40. 1899. — 43) Lanz. Cachexia u. Tetania thyreopriva. Centr. f. Chir. 1905. — 44) Leischner. Ueber Epithelkörper-Transplantation. Langenbecks. Arch. T. 84. 1907. — 45) Leśniowski. a) Odczyt na Zjeździe chirurgów polskich. Przegląd lekarski 1908. b) W sprawie gruczołów przytarczycowych. Księga jubileuszowa Dra Br. Sawickiego. Warszawa. 1909. — 46) Livini. Arch. de biol. norm et pathol. T. 54. 1900 i Arch. Zoolog. Ital. T. XI. 1900. — 47) Lundborg. Deut. Zeitsch. f. Nervenh. 27. 1904. — 48) Lusena. a) Anat. Anz. T. 15. 1898. b) Fisiopatologia dell'apparato tiro-paratiroideo. Florencya 1899. — 49) Mac Callum. a) On the production of specif. cytolytic sera for Thyroid and parathyroid. Brit. Med. News 1903. b) Die Beziehungen der Parathyreoidrüsen zur Tetanie. Centralbl. für allg. Path-path. Anat. T. 76. 1905. c) Tumor of the parathyroid gland. John Hopkins. hosp. Bull. T. 16. 1905. d) The surgical relations of the parathyroid glands. Brit. med. Jour. 1906. — 50) Maresch. Zeitsch. für Heilk. T. 19. 1898. 51) Munk. a) Weitere Untersuchungen über die Schilddrüse Sitzungsber. der Akad. d. Wissenschaft. Berlin. T. 40. 1897. b) Zur Lehre von der Schilddrüse. Virchows Arch. T. 150 i 154. 1897. — 52) Moussu. a) Effets de la thyroidectomie chez les animaux domestiques. C. r. soc. de biol. 1892. b) Sur la fonction thyroidienne. tamże 1893. c) Fonction thyroidienne. tamże. 1897. d) Fonction parathyroidienne. tamże. e) Fonction thyroidienne. tamże. f) Fonction parathyroidienne. tamże 1898. g) Medication thyroidienne. tamże 1899. h) Medication parathyroidienne. tamże 1899. — 53) Müller. Beiträge zur Histologie der normalen u. erkrankten Schilddrüse. Zieglers Beitr. T. 19. 1896. — 54) Nicholson. La med. prat. 1904. — 55) Nicolas. a) Recherches sur les vésicules à epithelium cilié annexes aux dérivés branchiaux. Bibliographie Anat. 1896. b) Nouvelles recherches sur les glandules parathyroides. tamże 1897. — 56) Nothin. Zur Schilddrüsenphysiologie. Virchows Arch. T. 144. — 57) Pencker. Ein Fall vom congenitalen Defekt der Schilddrüse mit vorhandenen »Epithelkörperchen«. Zeitsch. für Heilk. T. 20. 1899. — 58) Pepere. Le glandole paratiroid. Turyn 1906. — 59) Petersen. Virchow's Arch. T. 174. 1903. — 60) Pfeifer u. Meyer. Mitteil. a. d. Grenzgeb. 1908. — 61) Pineles. a) Beiträge zur Physiologie der Schilddrüse u. der Epithelkörperchen. Mitt. a. d. Grenzgeb. T. XIV. 1904. b) Üb. d. Funktion der Epithelkörperchen. Sitzungsber. d. k. Akad. der Wiss. in Wien Math. Nat. Kl. 3. Abth. T. 113. 1904. c) Zur Pathogenese der Tetanie. Deut. Arch. f. klin. Med. T. 85. 1906. d) Üb. d. Funktion der Epithelkörperchen. Sitzungsber. d. k. Akad. d. Wiss. Wien. Math. Naturw. Kl. T. 117. 1908. — 62) Pick. Tetanie u. Gravidität. Centralbl. f. Gyn. 1902. — 63) Prénant. a) Üb. die sogen. Epithelkörperchen. Arch. für mikr. Anat. T. 47. 1895. b) Sur le developpement des glandes accessoires de la thyroide. Anat. Anz. 1896. — 64) de Quervain. Üb. d. Veränderungen des Centralennervensystems bei experimenteller Kachexia thyreopriva. Virchow's Arch. T. 133. 1893. — 65) Quest. Der Einfluss der Ernährung auf die Erregbarheit des Nervensystems im Säuglingsalter. Wiener klin. Woch. 1906. — 66) Robertson. Scotish med. and. surg. Journal. 1897. — 67) Rouxeau. a) Soixante cinq operations de thyroidectomie chez le lapin. C. r. Soc. de biol. 1895. b) L'influence de l'ablation des glandes thyroides sur le développement en poids des glandules parathyroides. tamże 1896. c) Cent trois operations de thyreoidectomie chez le lapin. Arch. de phys. norm. et path. 1897. d) Exstirpation isolés des glandules parathyroides chez le lapin. — 68) Sacerdotti. Die Nerven der Schilddrüse. Intern. Monatschr. für Anat. u. Phys. T. XI. 1894. — 69) Sandström. Om em ny Körtel hos mennishan och atshilliya doggjur. Upsala. Lähare för. Föhandl. 1880. — 70) Simon. Thyroide laterale et glandule thyroidiennes chez les mammiferes. Thèse Nancy 1896. — 71) Schaper. Die Epithelkörperchen des Menschen. Arch. für mikr. Anat. T. 46. 1895. — 72) Schirmer. Rolle der Epithelkörper in der Pathologie. Zentralbl. f. die Grenzgeb. 1907. — 73) Schreiber. Arch. mikr. Anat. T. 52. 1898. — 74) Soulié et Verdun. a) Les premiers stades du développement de la thyroide mediane chez les mammifères. C. r. Soc. de biol. 1897. b) Les premiers stades du developp. de la glande thyroide, du thymus et des glandes satellites. Journ. de l'anat. et de la phys. XXXIII. 1897. — 75) Die Entwickelung der Gland. thymus, Gland. thyroidea und Gland. carot. Leipzig 1881. — 76) Stöbner W. Die Kindertetanie als Calciumvergiftung Jahrb. f. Kinderh. T. 13. 1906. — 77) Svale Vinicut a. Jolly. Journ. of Physiol. T. 32. 1904 oraz T. 34. 1906. — 78) Symington. a) Thyroidea, Parathyroideae und Thymus beim dreizehigen Faultier. Arch. f. Anat. u. Phys. Anat. Abth. 1897. b) The thymus gland in the marsupialia Journ. of anat. and Phys. T. 32. 1898. — 79) Thaler i Adler. Wiener klin. Woch. 1906. str. 779. — 80) Thiemich. Monatschrift für Kinderh. T. 5. 1906. — 81) Tourneux i Verdun. a) Developpement des dérivés branchiaux chez l'homme. Soc. de biol. 1896. b) Sur les premiers stades du développement de la thyroide. Journ. de l'anat. et de phys. norm. et path. XXIII. 1897. c) Tosamo w C. r. Soc. de biol. 1897. — 82) Vassale. a) Tetanie provoquée par l'allaitement. Arch. ital. de biol. T. 30. 1898. b) Funzione tiroidea et paratiroidea. Rivista sperim. di freniatica XXVII. c) Le traitement de l'éclampsie gravidique par la parathyroidine. Arch. Ital. de biol. T. 43. 1905. d) Eclampsie gravidique et insuffisance parathyroidienne. Tamże. T. 44. 1906. — 83) Vasale et Donaggio. Les alterations de la melle epiniere chez les chiens opérés d'extirpation des glandes parathyroidiennes. tamże. T. 47. 1897. — 84) Vassale e Generali. a) Sugli effetti dell'estirpatione delle ghiandole parathyroidee. tamże. T. XXV. i XXVI. 1896. b) Gli effetti dell'estirpazione delle ghiandole paratiroidee. Rif. med. T. I. 1897. c) L'alimentatione tiroidea contra gli effetti dell'estirpazione delle ghiandole paratiroidee. tamże. T. II. 1897. d) Ulteriori ricerche intorno alle ghiandole paratiroide. Tamże. T. 3. 1897. e) Sur les effets de l'extirpation des glandes parathyroidiennes. Arch. ital de biol. T. XXVI. 1899. f) Fonction thyroidienne et fonction parathyroidienne. tamże. T. 33. 1900. — 85) Verdun. a) Sur les glaudules satellites de la thyroide. C. r. Soc. de biol. 1896. b) Evolution de la 4-me poche branchiale chez le chat. tamże. 1897. c) Les glandes satellites de la thyroide. Thèse. Toulouse 1897. d) L'étude des dérivés branchiaux chez les vertébrés superieurs. Thèse. Paris 1898. e) Evolution de la 4-me poche branchiale chez le chat. Journ. de l'anat. et de phys. T. 34. 1898. — 86) von Verebely. Beiträge z. Pathologie der branchialen Epithelkörperchen. Virch. Arch. T. 187. 1906. — 87) Verstraaten i Vanderlinden. Memoires couronnés de l'Academie des sciences de medecine Belge. 1894. — 88) Wallbaum. Untersuchungen üb. die Bedeutung der Epithelkörperchen beim Kaninchen. Mitt. aus dem Grenzgeb. 1903. — 89) Welsh. Concerning the parathyroid glands. Journ. of anat. and phys. T. 32. 1898. — 90) Wormser. Experimentelle Beiträge zur Schilddrüsenfrage. Pflügers Arch. T. 67. — 91) Zanfrogini. a) Insuficienzia paratiroidea e gravidanza. Boll. della r. Acad. Med. di Genova 1905. b) Eclampsia anormalia paratiroidea congenita. Instit. ostetrico-ginec. della r. N. di Genova 1905. c) La paratiroidina Vassale vel trattamento dell éclampsia puerperale. Clin. ostetrica T. 7. 1905. — 92) Zielińska. Beiträge zur Kenntniss der normalen und strumösen Schilddrüsse. Virch. Arch. T. 136. 1894. — 93) Zuckerkandl. Epithelkörperchen von Didelphyaza, nebst Bemerkungen über die Epithelkörperchen des Menschen. Anatom. Hefte T. 19. 1902.

Piśmiennictwo bieżące.

Pedyatrya.

M. Michałowicz. **Opukiwanie kręgosłupa u dzieci w gruźlicy gruczołów tchawiczno-oskrzelowych.** (Przegląd pedyatryczny 1909, Tom I, Z. VI.). Ponieważ, jak wykazały najnowsze badania, pojedyncze kręgi mogą służyć przy opukiwaniu, jak zwykłe pukadła, ponieważ kręgosłup przedstawia naturalny łańcuch takich pukadeł, ułożonych jedno obok drugiego, postanowił M. zastosować opukiwanie kręgosłupa w celach rozpoznawczych u dzieci z gruźlicą gruczołów tchawiczno-oskrzelowych. Wyniki badań przedstawiają się, jak następuje: 1) Opukiwanie kręgosłupa stwierdza u zdrowych dzieci, poczynając od 7. kręgu szyjnego, (gdzie odgłos jest jeszcze przytłumiono-bębenkowy, jawny), pełny odgłos, który począwszy od 5. do 6. kręgu piersiowego stopniowo staje się więcej stłumiony. 2) Najczęściej stłumienie na kręgosłupie występuje w wieku dziecięcym przy gruźlicy gruczołów tchawiczno-oskrzelowych w obrębie od 1. do 5. kręgu piersiowego. Stłumienie w obrębie od 1. do 4. kręgu piersiowego odpowiada łańcuchowi tchawicznych gruczołów oskrzelowych. Stłumienie na 4—5. kręgu (u dzieci starszych na 6. kręgu) odpowiada powiększeniu gruczołu, leżącego pod podziałem tchawicy. 3) Wyniki opukiwania kręgosłupa odpowiadają prawie ściśle wynikom obdukcyi. Granice i siła stłumienia odpowiadają zmianom anatomicznym, znalezionym na zwłokach. 4) Stłumienie na kręgosłupie dowodzi tylko powiększenia gruczołów tchawiczno-oskrzelowych, nie zaś gruźliczego charakteru tego powiększenia. Tylko w związku z dodatnim odczynem Pirqueta i odczynem ukłucia Eschericha może być rozpoznawana gruźlica gruczołów tchawiczno-oskrzelowych przy stłumieniu na kręgosłupie. 5) Opukiwanie kręgosłupa umożliwia wczesne rozpoznawanie gruźlicy gruczołów tchawiczno-oskrzelowych i w tych także przypadkach, gdzie badanie promieniami Roentgena nie daje jeszcze wyników dodatnich. (Streszczenie własne).

St. Kramsztyk. **W sprawie dyetetycznego leczenia wyprysku u niemowląt.** (Przegląd pedyatr. 1909, T. I., Z. VI.). Znana jest uporczywość i niezmierna trudność leczenia wyprysku przewlekłego u niemowląt. Nic też dziwnego, że z chwilą podania przez Finkelsteina dyety bezsolnej, mającej usunąć wyprysk przewlekły u niemowląt, ukazał się w piśmiennictwie cały szereg prac, dążących do sprawdzenia skuteczności tej nowej metody. K. stosował dyetę Finkelsteina w 6 przypadkach. W 4 otrzymał polepszenie, ale ze skłonnością do nawrotów, w jednym przypadku polepszenie w związku z zastosowaniem leczenia miejscowego (Tumenolammonii 5,0—10,0 — Pastae zinci 100,0). Słusznie tedy zastanawia się K. nad pytaniem, czy proponowana przez Finkelsteina dyeta przewyższa stosowaną dotychczas metodę ogólnego ograniczenia pokarmów, a zwłaszcza zmniejszenia ilości mleka, jak to szczególnie zachwala Czerny. Praktyczne wskazówki autora dadzą się streścić w słowach następujących: 1) Należy usunąć mleko i przejść na mleko odtłuszczone, maślankę, serwatkę, lub zupkę Finkelsteina, i o ile możności zastosować kuchnię jarską. 2) Miejscowo zaleca się okłady z oliwy dla usunięcia strupów, następnie w razie silnego sączenia okłady z octanu glinowego (na twarz w postaci maski); gdy skóra obeschnie, stosować maść obojętną, lub też tumenolową. M. Michałowicz.

Sz. Starkiewicz. **Kilka przypadków błonicy o niezwykle złośliwym przebiegu.** (Przegląd pedyatr. 1909, T. I., Z. VI.). Błonica, spostrzegana w kilku przypadkach u dzieci górników Zagłębia Dąbrowskiego, miała niezwykle złośliwy przebieg: Z 5 dzieci umarło 4. Początek choroby był nagły, odrazu złośliwy (wczesne krwawienie). Gorączka wogóle nie wysoka, nie ustępująca wcale pod wpływem surowicy swoistej. Pomimo bardzo wczesnego i dość obfitego stosowania surowicy nalot bynajmniej nie znikał, przeciwnie wzmagał się stale, pomimo, że surowicę wstrzykiwano codziennie do 8. dnia choroby, względnie do dnia śmierci. Na śluzówce podniebienia miękkiego występowały czerwono-sinawe plamy, w tej epidemii dość niewyraźne, w przeciwieństwie do epidemii poprzedniej, w której obrysy odbijały ostro. Jednocześnie występowało silne zniszczenie tkanki migdałów i podniebienia miękkiego. Na skórze natomiast nie było żadnych plam. Gruczoły przy kątach żuchwy były stale mniej lub więcej obrzmiałe. W moczu dzieci nie udało się stwierdzić białka. Bakteryologicznie stwierdzono we wszystkich przypadkach laseczniki błonicy, obok tego znaleziono w jednym przypadku prątek ropy błękitnej, w jednym gronkowca złocistego, w reszcie przypadków paciorkowce. M. Michałowicz.

A. Soucek. **Fersan w proszku i jod-fersan w pastylkach w praktyce dziecięcej.** (Klin.-ther. Wochs. 1910, Nr 9). Pastylki jodowo-fersanowe podawał autor w przypadkach zołzów, gruźlicy i przymiotu z dobrym skutkiem. Proszek fersanowy podawano 3 razy dziennie, na kwadrans przed jedzeniem po 2 do 4 razy tyle, ile mieściło się na końcu noża, przez 6 do 8 tygodni. Pastylki jodowo-fersanowe stosowano dwie, 3—4 razy dziennie, przed jedzeniem. Gdzie chodzi o szybsze działanie, możnaby podawać 3—4 razy dziennie po 5 pastylek, lub co godzinę 2 pastylki. Wyniki, oparte na obszernych doświadczeniach, wykazują pomocnicze działanie obu przetworów w leczeniu wspomnianych cierpień, a to przez poprawę apetytu, stanu ogólnego i wagi. M. W.

Laryngologia i otyatrya.

Muck. **Zachowanie się węgla drzewnego względem prątka ropy błękitnej w uchu i względem ziarnkujących ran kostnych.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 6). Publikacya Stickera o wpływie węgla na raka pobudziła i autora do ogłoszenia swoich spostrzeżeń o wpływie węgla na prątka ropy błękitnej. Uwagę na fakt ten zwrócił autorowi korzystny przebieg cierpień usznych u robotników w kopalniach węgla, i to cierpień, które przedtem nawet opierały się innemu leczeniu. M. prowadził potem doświadczenia, używając czystego »węgla ze krwi« z fabryki Mercka i przekonał się, że działa on bardzo dobrze. Cechująca prątka ropy błękitnej woń znika bardzo szybko, a w ślad za nią i wydzielina wybitnie zaczyna się zmniejszać, aż w końcu ustaje. Również badania bakteryologiczne, dokonane na prośbę autora przez Hohna, przemawiają na korzyść węgla, wykazały bowiem, że węgiel zwierzęcy pochłania produkta prątka ropy błękitnej i wstrzymuje rozwój jego w hodowlach, ale jedynie w stanie suchym. Natomiast węgiel zmoczony nie działa tak wybitnie.

Następnie zastosował M. to leczenie do pobudzania gojenia się jam kostnych po doszczętnej operacyi zapalenia ucha środkowego i skutek był również bardzo dobry. Jamy wypełniano proszkiem węglowym po 8 dniach po operacyi, pozostawiając taki opatrunek przez 5 dni; po zdjęciu prawie nigdy nie było już ropy. Również i na prątki gruźlicze działa węgiel zabójczo, czego dowodzi stosunkowo rzadkie i łagodne występowanie gruźlicy płuc u górników w kopalniach węgla. K.

Starkiewicz. **Przyczynek do zakażeń mieszanych w stanach zapalnych gardła.** (Nowiny lek. 1909, Nr 4). S. opisuje rzadką postać zapalenia gardła, spostrzeganą u 9 dzieci w wieku od 2 miesięcy do $4\frac{1}{2}$ lat. Objawy polegały na nagle występujących krwawieniach z jamy ustnej i wymiotach krwawych, obok nieznacznie podwyższonej ciepłoty i bolów gardła. Na migdałkach, podniebieniu i łukach podniebiennych pojawiały się ostro ograniczone niebieskawo-czerwonawe, lub szaro-żółtawe, broczące plamki. Badanie bakteryologiczne wykazało jako przyczynę choroby obecność laseczników krwawego (bacillus prodigiosus). W większej części przypadków znaleziono lase-

czniki błonicy, jednakże wedle doświadczeń, przeprowadzonych na zwierzętach, jadowitość ich była przy obecności laseczników krwawych osłabiona. Jako środka leczniczego użyto surowicy przeciwbłoniczej, płukania kwasem borowym, a przeciw krwawieniu 5% rozczynu chlorku żelazowego. Wieser.

Lamann. **Leczenie mieszkowego zapalenia migdałków** (Tonsillitis lacunaris). (Monatschr. f. Ohrenh. R. 43., Z. 12). Przy zapaleniu mieszkowem migdałków, polegającem na osadzaniu się wysięku w zagłębieniach migdałka, przyżega L. zapomocą narzędzia, umyślnie do tego celu sporządzonego, każdą zatokę z osobna kwasem chromowym i poleca popłukiwać rozczynem sody. Po jednorazowym takim zabiegu dolegliwości zmniejszają się, a czasem natychmiast ustępują. Kwasu chromowego używa L. również z dobrym skutkiem przy toczniu błon śluzowych, jakoteż do przyżegania broczących naczyń w nosie i gardle. Wieser.

A. Rydygier. **Dalsze doświadczenia nad leczeniem twardzieli gardła i nosa zapomocą promieni Roentgena.** (Gazeta lek. 1909, Nr 3). R. stosował w 14 przypadkach twardzieli górnych dróg oddechowych naświetlanie promieniami Roentgena z bardzo dobrym wynikiem. Na podstawie tego dochodzi do przekonania, że rentgenizacya może sprowadzić zupełne wyleczenie i może być uważana za najlepszy z pośród wszystkich dotychczasowych sposobów leczenia. Wieser.

Goldstein. **Tłuszczak krtani.** (Monatschr. für Ohrenh. R. 44., Z. 1). Tłuszczak należy do bardzo rzadkich nowotworów krtani. Tłuszczak krtani nie posiada typowego kształtu, ani nie pojawia się na typowych miejscach. Najczęściej jest uszypułowany. Nie wycięty doszczętnie przy operacyi, nader szybko powraca. Autor podaje przypadek przez siebie spostrzegany: U 33-letniej kobiety, skarżącej się na znaczną duszność, znalazł guz, wychodzący z lewej zatoki Morgagniego, wypełniający całą głośnię. W znieczuleniu miejscowem usunął G. pętlą zimną narośl, składającą się z 2 części, żółtawo-różową, objętą torebką gładką, unaczynioną. Bodanie drobnowidowe wykazało wyłącznie tkankę tłuszczową. Wedle podania chorej dolegliwości trwały od 15 lat. Wieser.

Erbrich. **O tracheo- i bronchoskopii, oraz klinicznem znaczeniu tej metody.** (Gazeta lek. 1909, Nr 20, 21, 22). E. opisuje wziernikowanie tchawicy i oskrzeli, omawia jego znaczenie lecznicze i przytacza dwa przypadki ciał obcych, usuniętych zapomocą bronchoskopu. U 6-letniej dziewczynki wydobyto z oskrzela lewego zapomocą dolnej bronchoskopii szpilkę, a u 7-letniej przez górną bronchoskopię drut, służący do spajania papieru, również z lewego oskrzela. Wieser.

Chiari. **Dwa przypadki ciał obcych, usunięte zapomocą bronchoskopu w kilka lat po dostaniu się do oskrzeli.** (Monatschr. f. Ohrenh. R. 44., Z. 1). 1) Chora, która przed 7 laty »połknęła« sztuczne zęby, skarżyła się odtąd na kłucie w piersiach, kaszel, duszność i obfitą wydzielinę przy kaszlu. Prześwietlenie wykazało cień w prawem oskrzelu. W znieczuleniu miejscowem wydobył Ch. z głównego prawego oskrzela wstawkę kauczukową z 2 zębami. 2) Czteroletni chłopiec miewał od 2 lat silny kaszel i obfitą wydzielinę. Prześwietlenie wykazało wyraźny cień ciała obcego, leżącego częścią w tchawicy, częścią w prawem oskrzelu. W uśpieniu wydobył Ch. klamrę, służącą do spajania papieru, składającą się z dwu rozchodzących się ramion. Chorzy w krótkim czasie powrócili do zdrowia. Wieser.

Okulistyka.

Alexander. **Zmiany oczne w przewlekłem zatruciu ołowiem.** (Ophthalmology 1909, V. V., Nr 4). Przewlekłe zatrucie ołowiem wywołuje częstokroć i w oczach różne zmiany chorobowe, jak niedowidzenie, przechodzące czasem w przemijającą lub nawet trwałą ślepotę, środkowe ubytki w polu widzenia, widzenie połowicze, porażenia mięśni ocznych i zwieracza źrenicy i zmiany na dnie oka. Pośród zmian na dnie oka pierwsze miejsce zajmują zmiany w naczyniach siatkówki, prócz tego widuje się przekrwienie tarczy, zapalenie nerwu wzrokowego i siatkówki, tarczę zastoinową, a wreszcie pozapalny zanik nerwu wzrokowego. Autor opisuje przypadek, w którym badanie wziernikiem wykazało wybitne zmiany w naczyniówce, jak plamy zanikowe, białe, barwikowe, oraz objawy przebytego zapalenia tarczy nerwu wzrokowego. Zmiany te na obu oczach były mniej więcej jednakiego stopnia. K. W. Majewski.

Alison Bradburne. **Przywracanie bystrości wzrokowej oczom zezującym.** (Ophthalmology 1909, V. V., Nr 4). Choremu pokazuje się w amblyoskopie tabliczki, zadrukowane literami naprzemian dużego i małego alfabetu. Oko lepsze widzi zazwyczaj wszystkie litery, gorsze zaś tylko duże, a zatem co drugą literę. Autor wychodzi z przekonania, że oko to w rzeczywistości widzi i małe litery, ale ich nie umie rozpoznawać. Trzeba zatem kolejno zasłaniać i odsłaniać oko nie zezujące, aby ono niejako pokazywało drugiemu oku małe i »niezrozumiałe« dla niego litery. Przez cierpliwe powtarzanie takich ćwiczeń można wreszcie nauczyć oko zezujące nietylko spostrzegać, ale i rozpoznawać coraz to trudniejsze przedmioty. K. W. Majewski.

Alison Bradburne. **Amblyopia ex anopsia, istota i leczenie tego zboczenia.** (Ophthalmology 1909, V. V., Nr 4). Autor przypomina teoryę Hensena, wedle której istnieją dwa ośrodki widzenia: jeden ośrodek wyższy, położony w korze płatów potylicznych, który zawiaduje rozpoznawaniem i uświadamianiem wrażeń wzrokowych, n. p. rozpoznawaniem i zapamiętywaniem liter, wyrazów, liczb i t. d., i drugi niższy ośrodek, leżący w okolicy szczeliny ostrogowej (fissura calcarina), służący do odbierania wrażeń wzrokowych w najprostszem tego słowa znaczeniu, a zatem do rozeznawania światła, cienia, zarysów i postaci widzianych przedmiotów, do rozróżniania barw i t. d. Autor stara się dowieść, że amblyopia ex anopsia w przeciwieństwie do wielu przypadków niedowidzenia wrodzonego, nie polega na zmianach we wrażliwych składnikach siatkówki, ani na zaburzeniu niższego, czysto recepcyjnego ośrodka widzenia, lecz wyłącznie na upośledzeniu czynności owego najwyższego intelektualnego ośrodka tak, że oko, niedowidzeniem takiem dotknięte, wprawdzie wszystko widzi, ale, rzecby można, nie rozumie tego, co widzi. W zgodzie z tem pojmowaniem istoty cierpienia, zaleca autor jako leczenie jedynie logiczne i uzasadnione, systematyczne ćwiczenia stereoskopowe i jednooczne, ale prowadzone w ten sposób, żeby nietylko kształcić i pobudzać wrażenia wzrokowe, ale równocześnie opanowywać je myślowo i pamięciowo. Tylko taka reedukacya korowego ośrodka widzenia może usunąć lub wybitnie zmniejszyć niedowidzenie pochodzące »ex anopsia«. K. W. Majewski.

Medycyna sądowa i ubezpieczenia.

Körte. **Rzadki przypadek przepukliny po urazie.** (Fr. Verein. d. Chirurgie 1909, 18. II.). W następstwie złamania kości miednicy rozwinęła się przepuklina nad lewym grzebieniem kości biodrowej tuż poza górnym przednim kolcem kości biodrowej. Pomiędzy kością, a przyczepami mięśni brzusznych można było wymacać szparę, przez którą występowała przepuklina wielkości pięści. Rozwinęła się ona zwolna w przeciągu 3 miesięcy po wypadku. Przy operacyi uwidoczniło się oderwanie przyczepów mięśni brzusznych na znacznej przestrzeni od grzebienia kości biodrowej. Przez szparę w ten sposób powstałą wypukliła się dość wielka kieszonka otrzewnej. Wykonano wycięcie worka przepuklinowego i przyszyto mięśnie do kości. J. Olbrycht.

Jürgens. **Zgorzel prącia, uznana jako następstwo wypadku.** (Med. Klinik 1909, Nr 40). Zgorzel

skóry prącia i części moszny powstała przez to, że podczas czyszczenia konia w stajni dostał się włos koński pod napletek i wywołał jego zranienie. Leczenie przez nacięcia, tworzenie płatów skórnych i transplantacye. Przyznano 20% renty na 2 lata. J. Olbrycht.

Siebelt. **Zgorzel prącia jako następstwo wypadku.** (Mediz. Klinik 1909, Nr 22). 74-letni piekarz, rąbiąc drzewo, został kawałkiem uderzony w części płciowe. Nastąpiło silne zapalne obrzmienie prącia, stulejka. Ropienie z napletka ustąpiło pod okładami i przy spokojnem leżeniu w łóżku. W prawej połowie fałdu napletkowego brudno-szary wrzód zgorzelinowy, który przeszedł na żołądź i trzon prącia. Ostatecznie utrzymała się tylko część prącia z cewką moczową. J. Olbrycht.

Weniger. **Przypadek urazowego zapalenia wyrostka robaczkowego.** (Deut. militärärztl. Zeitschr. 1909, Z. 17). Pewien żołnierz, który przedtem nigdy nie chorował, doznał o godzinie 3-ciej popołudniu kopnięcia w brzuch, co pociągnęło za sobą gwałtowny ból, uczucie duszności i nieprzytomność. Po 10 minutach przyszedł do siebie; bole jednakże wzmagały się, a w pół godziny później wystąpiły wymioty żółciowe i dwa razy stolec, jednak bez domieszki krwi. Po przyjęciu do szpitala wystąpiły w nocy objawy ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego, a następnego dnia rano wyraźne stłumienie nad punktem Mac Burneya. Przy operacyi znaleziono znaczny wysięk około-wyrostkowy, brak jakichkolwiek zrostów, i ropę w wyrostku robaczkowym, w którym nie było ani zwężenia, ani kamieni kałowych. Autor uważa ten przypadek za klasyczny przykład urazowego zapalenia wyrostka robaczkowego. J. Olbrycht.

Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

(Ginekologia i położnictwo).

Wziernik, zaopatrzony w zbiornik do chwytania wyskrobanych cząstek z macicy, podał Weissbart. (Münch. m. W. 1909, Nr 52). A.

Irrigal, jest to zastępczy przetwór octu drzewnego, wyrabiany w postaci tabletek, rozpuszczających się łatwo w wodzie. 5% rozczyn irrigalu działa podług Möllera dość silnie odkażająco. (Ther. Mon. 1909, 10). A.

Ostre zatrucie lizolem po płukaniu pochwy w ostatnim miesiącu ciąży (4—5 litrami 1% rozczynu) spostrzegał Chvojka. (Zblt. f. Gyn. 1909, Nr 3). A.

Ostre zatrucie lizolem po płukaniu macicy 2 litrami 0·5% rozczynu spostrzegał Birnbaum. (Zblt. f. Gyn. 1909, Nr 44). A.

Związku jajników z nadnerczami dowodzi przypadek Bortza. 17-letnia dziewczyna straciła (po roku miesiączek) miesiączkowanie, a natomiast wystąpiło na ciele uwłosienie męzkie i głos stawał się coraz niższy. Wskutek przypadkowego zakażenia krwi śmierć. Sekcya wykazała zanik jajników, a w obu nadnerczach nowotwór. (Arch. f. Gyn. 88. III.). A.

Nagłe zniknięcie wola wielkości pięści wśród objawów ostrego zatrucia produktami tarczycy (gorączka, rozszerzenie serca, przyspieszenie tętna, bredzenia i t. p.) spostrzegał Himmelheber u 60-letniej głuchoniemej po operacyi wypadnięcia macicy (kolporrhaphia i oper. Alexander-Adamsa). Z wola pozostały tylko dwa małe torbiele. (Zblt. f. Gyn. 1909, 35). A.

Zastępcze krwawienia z błony śluzowej wargi górnej i dolnej, występujące regularnie co 4 tygodnie zamiast miesiączki, lub też bezpośrednio przed nią, spostrzegał u 18-letniej dziewczyny Hauptmann. (Münch. med. Wochs. 1909, Nr 41). A.

Badania nad długością ludzkiej ciąży przeprowadził Schwink i doszedł do następujących wyników: w przeszło 3% ciąża u człowieka trwa dłużej, niż 300 dni. Zwykle rodzą się wtedy chłopcy, ważący ponad 4000 grm, długości ciała najmniej 52 cm. Wobec tego domaga się S. zmiany w ustawodawstwie, które jako najdłuższy termin ciąży podaje 302 dni (kod. niem.). (In. Diss. 1909). A.

Przy rzucawce porodowej oddaje obłuszczenie nerek podług Johnsena nieraz cenne usługi. W literaturze (wspólnie z 3 przypadkami autora) opisano dotąd 42 takich operacyi (w przypadkach bardzo ciężkich), z czego w 24 wyleczenie. (Deutsche med. W. 1909, Nr 31). A.

Adrenalinę przeciw wymiotom ciężarnych polecają Doc. Silvestri i Doc. Zanfrogini z Modeny, oraz Rebandi, asystent Prof. Bossiego z Genui. Skutek w kilku dniach. Podają rozczynu 1‰ dwa razy dziennie po 10 kropli. E. S.

Tak zwane dodatkowe gruczoły mleczne występują w połogu czasem pod pachą i wydzielać mogą nawet siarę. O wiele jednak częściej zamiast typowych gruczołów mlecznych spotykamy pod pachą powiększone silnie gruczoły potowe, co wskazywałoby, że gruczoły mleczne z potowych wzięły początek. W gruczołach tych często zatrzymuje się wydzielina, a przez to tworzą się bolesne guzy. (Arch. für Gyn. 88. I.). A.

Wrodzone zwichnięcie barku wystąpić może podług Lufta w razie małej ilości wód płodowych przy silnych kurczach macicy. (Mont. für Geb. und Gyn. XXX.). A.

Samoistne pęknięcie śródotrzewne śledziony wskutek zakrzepu żyły śledzionowej i zastoju po wycięciu macicy z powodu mięśniaków spostrzegał Nowak. Przypadek ten zakończył się śmiercią. (Tow. ginek. wied. 1909, 9. XI.). A.

Plastykę całej pochwy przy braku jej wrodzonym z przemieszczonego wyciętego jelita cienkiego wykonał za radą Muellera sposobem japończyka Moriego książe Dr Ludwik Ferdynand. (Münch. med. W. 1909, Nr 51). A.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Wiec lekarzy, należących do Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej, odbył się w sprawie ubezpieczenia społecznego z inicyatywy Izby w Krakowie d. 30. kwietnia 1910 przy licznym udziale lekarzy miejscowych i zamiejscowych, którzy przybyli ze wszystkich części okręgu Izby aż po Rzeszów, Jarosław i Białą. W wiecu uczestniczyło grono profesorów Wydziału lek., prymaryuszów szpitali i t. d.

Wiecowi przewodniczył prezydent Izby lek. zachodnio-galicyjskiej, Dr Schöngut, który w zagajeniu wskazał na to, iż po raz pierwszy od czasu jej istnienia, Izba lekarska postanowiła zwołać ogólne Zgromadzenie lekarzy, do niej przynależnych. Postanowienie to podyktowane było przeświadczeniem o ważności sprawy, a w szczególności o tem, że projektowana ustawa o ubezpieczeniu społecznem, o ile zostanie rzeczywiście przeprowadzona, pociągnie za sobą daleko idące zmiany w położeniu ekonomicznem lekarzy, a co za tem idzie, i w społecznem. Zmiany te nie będą korzystne. Dążeniem Izby lekarskiej jest, by nie przybrały rozmiarów klęski, na co niestety się zanosi. — Na sekretarzy zaprosił przewodniczący kolegów Dra Jana Landaua i Dra Żydłowicza.

Z ramienia Wydziału Izby był referentem sprawy ubezpieczenia społecznego Prof. Dr Ciechanowski. Opierając się na doskonałym referacie, wypracowanym poprzednio dla Wydziału Izby przez innego członka Wydziału, przedstawił Prof. Ciechanowski w krótkim zarysie historyę ubezpieczenia społecznego w Austryi i obecny stan tej sprawy, której doniosłości niestety sami lekarze nie znają i nie oceniają dostatecznie. Już ustawa o kasach chorych, do której wprowadzenia przed 22 laty lekarze ze względów humanitarnych gorliwie się przyłożyli, przyniosła całemu stanowi lekarskiemu nieprzewidywane, a znaczne szkody. Do ubezpieczania się w kasach pociągnięto na zasadzie elastycznych

postanowień ustawy oprócz istotnie potrzebujących pomocy robotników, także szerokie koła ludzi, zupełnie zamożnych. Liczono na to, że ludzie zamożni będą płacić do kas chorych swoją część, ale że będą się wstydzić korzystać ze świadczeń kas, z bezpłatnej pomocy lekarskiej i t. p. W rzeczywistości dzieje się zupełnie inaczej; zamożni członkowie kas nietylko nie wahają się korzystać z bezpłatnej pomocy lekarzy w kasach, ale nawet mają takie żądania i wymagania, jakim ani kasa podołać, ani sumienny lekarz kasy zadość uczynić nie może. Obecnie, przy projektowanem rozszerzeniu ubezpieczenia społecznego także na wypadki niezdolności do pracy wskutek trwałej choroby i starości, postanowiono zreformować również kasy chorych. We wniesionym do parlamentu projekcie ustawy uwzględnił rząd żądania lekarzy do tego przynajmniej stopnia, że na projekt ten z pewnemi zmianami mogliby się lekarze ostatecznie zgodzić. Między innymi proponował rząd, aby ograniczyć obowiązek ubezpieczenia w kasach chorych do osób, mających conajwyżej 2400 kor. dochodu rocznego. Tymczasem podkomitet, a potem komisya parlamentarna dla tej sprawy podniosła tę granicę do 3600 kor., a co gorsza, wprowadziła cały szereg postanowień dodatkowych, które czynią wszelką granicę ubezpieczenia obowiązkowego wprost iluzoryczną i na zasadzie których do obowiązku ubezpieczania się w kasach chorych pociągnięte być mogą nietylko klasy robotnicze i inne, potrzebujące w tym względzie naprawdę ochrony ustawodawczej, ale tak szerokie sfery ludności, iż poza kasami chorych będą lekarzom odebrane najgłówniejsze źródła dochodu i podcięte podstawy bytu materyalnego. Już uchwalenie przez komisyę parlamentarną, że ubezpieczeniu przymusowemu w kasach chorych nie podlegają tylko osoby, mające posady z trzechmiesięcznem przynajmniej wypowiedzeniem, kasuje w zestawieniu z ustawą o t. zw. »pomocnikach handlowych« w rzeczywistości wszelką granicę obowiązku ubezpieczenia; trzeba zaś zważyć, że ustawa o t. zw. »pomocnikach handlowych«, obejmująca wiele zawodów, zgoła nie handlowych, (inżynierów i dyrektorów fabryk, banków i t. p.), jest już prawomocna i w r. b. wchodzi w życie. Jeszcze groźniejsze dla bytu lekarzy są inne, elastycznie zredagowane uchwały komisyi parlamentarnej, dotyczące rodzaju umowy o pracę itp. Obliczono, że gdyby uchwały komisyi weszły w życie, to liczba ubezpieczonych w kasach chorych w Austryi wzrosłaby do 6 milionów osób, a w razie objęcia ubezpieczeniem także rodzin, do 20 milionów osób. Wynika z tego jasno, że nie chodzi tu już o byt poszczególnych grup lekarzy, ale o byt całego stanu lekarskiego. Zwrócić też należy uwagę na to, że rzecz zagraża lekarzom popadnięciem w większą zależność od kas chorych, a dotychczasowe już doświadczenie wskazuje, że zależność taka nieraz bardzo utrudnia wypełnienie obowiązków zawodu lekarskiego; dobro samych chorych zaś wymaga, aby stan lekarski był niezawisły.

Wobec doniosłej pod względem humanitarnym i społecznym sprawy ubezpieczenia na wypadek choroby lekarze nie tylko nie zachowują się wrogo, ale przeciwnie, zajmują stanowisko takiesamo, jak niegdyś wobec wprowadzenia kas chorych. Nie mogą się jednak zgodzić na to, aby innym kołom społeczeństwa świadczono dobrodziejstwa na koszt jednego tylko stanu lekarskiego, nie znajdującego się wcale w lepszem od tamtych położeniu materyalnem, jak dowodzą statystyki urzędowe. Lekarze nie żądają dla siebie żadnych szczególnych przywilejów, ani wyjątków, ale tylko równej dla wszystkich sprawiedliwości. W żądaniach swych ograniczają się lekarze do tego »minimum«, jakie nawet rząd, nie okazujący dla stanu lekarskiego jakiejś szczególnej życzliwości, w swoim projekcie ustawy jako słuszne uwzględnił.

Gdyby zaś żądania lekarzy nie zostały spełnione, nie zamyślają lekarze o żadnym jakimś strajku, który byłby nichumanitarny i z zasadami etycznemi lekarzy niezgodny. Lekarze usunęliby się tylko, zmuszeni koniecznością, od współdziałania w przeprowadzeniu ubezpieczenia w kasach chorych. Żadnemu choremu nigdy nie odmówią pomocy, ale nie mają też żadnego obowiązku być lekarzami kas chorych.

Referent przedstawia w końcu imieniem Wydziału Izby lek. następującą rezolucyę: »Wiec lekarzy, należących do Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej, protestuje jaknajsilniej przeciw ostatnim uchwałom komisyi parlamentarnej dla sprawy ubezpieczenia społecznego; żąda zaś, aby w ustawie o ubezpieczeniu społecznem zostały utrzymane postanowienia pierwotnego projektu rządowego, ograniczające obowiązek ubezpieczenia do osób, mających poniżej 2400 kor. ogólnego dochodu rocznego i to bez względu na termin wypowiedzenia posady i bez względu na formę umowy o pracę. Gdyby słuszne żądania lekarzy nie zostały w ustawie uwzględnione, wówczas byliby lekarze zmuszeni usunąć się od współdziałania we wprowadzeniu w życie ubezpieczenia społecznego według takiej ustawy«.

Wniesioną rezolucyę powitano oklaskami.

Dr Weinsberg, nawiązując do wywodów referenta, stwierdza, że z interesami lekarzy nikt się dzisiaj nie liczy, a ciała prawodawcze chcą przez ustawę o ubezpieczeniu społecznem dać ludności prezent z kieszeni lekarzy. Zastanawiając się nad środkami zaradczymi, wyraża mowca przekonanie, że jedynie ścisła i solidarna organizacya zawodowa może zapobiedz zgubnym skutkom zamierzonej ustawy.

Dr Łodziński omawia ujemne skutki ustawy nietylko pod względem materyalnym, ale i moralnym, i wnosi, by Zgromadzenie skierowało petycyę do Rady Państwa z prośbą, by nie dopuściła do uchwalenia ustawy w brzmieniu, proponowanem przez komisyę parlamentarną.

Prof. Dr Kader oświadcza, że Wydział lekarski Wszechnicy Jagiellońskiej solidaryzuje się ze stanowiskiem, zajętem przez ogół lekarzy w sprawie ubezpieczenia społecznego, i że już poprzednio dał wyraz tym zapatrywaniom przez przedłożenie władzom (państwowym) odpowiedniego pisma.

Radca Dworu Prof. Dr Wicherkiewicz dziękuje kolegom z prowincyi za liczny udział w Zgromadzeniu i zachęca, by zapisywano się do Krajowego Związku lekarzy, jako jedynej ogólnej organizacyi zawodowej w naszym kraju.

Dr Stahr wskazuje na to, że państwo troszczy się w ustawie jedynie o robotników, a o urzędnikach wcale nie myśli, mimo, że bardzo wielu urzędników posiada pensye poniżej 3600 kor. rocznie; dalej dowodzi mowca, że zamierzona ustawa nietylko dotyczy interesów lekarzy w dużych miastach, ale zarówno zagraża bytowi lekarzy praktykujących po wsiach i małych miasteczkach.

Dr Ćwiklicer porusza sprawę centralnej organizacyi zawodowej.

Dr Poźniak przytacza przykłady z obecnych stosunków, wskazujące, czem zagrażają lekarzom uchwały komisyi dla ubezpieczenia społecznego.

Rezolucyę, proponowaną przez Izbę lekarską, przyjęto jednomyślnie, poczem przewodniczący zamknął obrady, dziękując obecnym za udział w Zgromadzeniu i oświadczając, że uchwalona przez Wiec rezolucya przedłożona zostanie władzom i ciałom prawodawczym. R. S.

Zasadnicze znaczenie ma bojkot kas chorych w St. Pölten, Harland, Pottenbrun i Viehofen, ogłoszony w tych dniach przez Państwowy Związek organiz. lek. austr. Postanowiono bowiem kasy te bojkotować z tego powodu, iż wbrew przyrzeczeniu nie chcą one zawrzeć umów z lekarzami na takich warunkach, na jakie się już były zgodziły. R.

Krajowa Rada Zdrowia odbyła 30. IV. 1910 posiedzenie, na którem wydała opinię w sprawie grobowca w Szutromińcach, w sprawie przeniesienia siedziby okręgu sanitarnego z Mrzygłodu do Tarnawy, oraz w sprawie mianowania profesora c. k. szkoły położnych we Lwowie. R.

Kilka przypadków duru plamistego pojawiło się w Krakowie w Miejskim Domu kalek. Miejski Urząd zdrowia poczynił energiczne kroki, by zapobiedz rozwleczeniu choroby. Na zasadzie przeprowadzonej w tej sprawie w Radzie miejskiej dyskusyi można mieć nadzieję, że budowa miejskiego szpitala zakaźnego i domu izolacyjnego zostanie przyspieszona i że podjęta będzie budowa nowego, odpowiedniejszego Domu kalek. R.

Wiadomości bieżące.

Kraków. D. 1. maja 1910 odbyło się w Krakowie posiedzenie polskiego Komitetu dla międzynarodowych Zjazdów lekarskich, przy udziale lekarzy z różnych dzielnic naszych. Posiedzeniu przewodniczył prezes Komitetu Prof. Dr Wicherkiewicz, sekretarzem Komitetu zaś wybrano Dra Józefa Surzyckiego z Krakowa. Na posiedzeniu tem zapadła uchwała, ażeby Komitet polski dla Zjazdów międzynarodowych był instytucyą stałą, odnawiającą się przez wybory na zasadzie reprezentacyjnej i ażeby zajmował się on także stosunkiem lekarzy naszych do lekarzy i medycyny innych narodów słowiańskich. Następnie przyjęto zasady regulaminu. Wobec jednomyślnego zdania, że działalność Komitetu lekarskiego słowiańskiego powinna mieć cechę akcyi ściśle naukowej i unikać wszelkiej domieszki politycznej, uchwalono żądać stanowczo, ażeby najbliższe posiedzenie Komitetu lekarskiego

słowiańskiego odbyło się w terminie zupełnie innym, niż wszelkie konferencye polityków i t. d. Lekarze nasi tylko w takim razie mogą mieć przedstawicieli w posiedzeniu Komitetu lekarskiego słowiańskiego, odbyć się mającem w Sofii, jeżeli posiedzenie to dla wyłączenia wszelkich elementów jakiejkolwiek polityki będzie o kilka miesięcy odległe od wszelkich innych w zakres polityki wkraczających Zjazdów. Wreszcie rozpatrywano sprawę udziału w Zjazdach międzynarodowych i postanowiono popierać dążenia do reorganizacyi ustroju tych Zjazdów w tym kierunku, jaki proponowany jest np. przez Holendrów, t. j. aby Zjazdy opierały się na komitetach, wybranych przez Towarzystwa naukowe, a natomiast aby je uwolnić od dotychczasowego wpływu urzędowych czynników państwowych, którytowpływ dla naukowych celów międzynarodowych Zjazdów okazuje się niekorzystny.

— Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 4. maja 1910 posiedzenie, na którem Prof. Kader przedstawił preparaty, uzyskane przy operacyach (gruźlica nerki, kamica pęcherzyka żółciowego), oraz operowanych w klinice chorych (wycięcie pęcherzyka żółciowego, gastrostomia przy zwężeniu przełyku itd.), Dr Radliński — wyleczone operacyjnie przypadki hakonoga i wgłobienia jelit, a Dr Syrop miał wykład: »O leczeniu zębów krzywo rosnących«, przedstawiając wyniki na licznych odlewach gipsowych.

— Prof. Dr Napoleon Cybulski został przez Towarzystwo lekarskie wiedeńskie (k. k. Gesellschaft der Arzte) mianowany członkiem korespondentem.

— Otrzymaliśmy następującą odezwę z prośbą o pomieszczenie:

»W dniu 1. czerwca b. r. upływa 35 lat, jak Prof. Dr Stanisław Pareński objął obowiązki prymaryusza oddziału chorób wewnętrznych w krajowym szpitalu św. Łazarza w Krakowie. Znakomita wiedza i wybitna działalność Jubilata na polu medycyny praktycznej pozwoliła Mu wykształcić całe pokolenia dzielnych lekarzy i to niezaprzeczenie jest dla Niego największą nagrodą za tyloletnią żmudną i ciężką pracę. Godziwą jest rzeczą, by ogół lekarzy i kolegów, korzystając z tak wyjątkowej sposobności, dał wyraz koleżeńskiego uznania i wielkiej wdzięczności. Dlatego to obszerne grono kolegów zawodowych postanowiło w dniu 1. czerwca b. r. uczcić pracę Jubilata. Grono kolegów, zajmujących się urządzeniem tej uroczystości, uchwaliło: obok uczczenia tej wyjątkowej chwili w gronie kolegów szpitalnych, obok uczczenia Jubilata przez ogół lekarzy w Towarzystwie lekarskiem, stworzyć wieczystą pamiątkę pod formą »Funduszu imienia Pareńskiego dla ozdrowieńców, opuszczających szpital św. Łazarza«. Ogółowi lekarzy, a zwłaszcza lekarzom, którzy kiedykolwiek pracowali w szpitalach wiadomo, że obowiązek funduszu krajowego względem chorego ustaje z chwilą wyleczenia choroby. Ozdrowieńców szpital przetrzymywać nie może, tak ze względów ustawowych, jak i z braku miejsca. Chory, nieraz osłabiony i niezdolny do zarobkowania, opuszcza szpital bez żadnych zasobów na drogę i bez żadnych funduszów na utrzymanie przez pierwsze dni po opuszczeniu szpitala. Najskromniejszy choćby zasiłek, udzielony takiemu ozdrowieńcowi, jest bardzo wielkiem dobrodziejstwem i datkiem prawdziwie humanitarnym. Fundusz taki może powstać tylko przy współdziałaniu całego społeczeństwa, ale myśl i zawiązek fundacyi musi wyjść od szerokich kół lekarzy. Dlatego to zwracają się podpisani w imieniu Komitetu jubileuszowego do Kolegów z prośbą o przyczynienie się dowolną kwotą do urzeczywistnienia tej wielce dobroczynnej i dla ubogich warstw społeczeństwa tak koniecznej fundacyi. Łaskawe datki na fundusz imienia Pareńskiego prosimy przesyłać na ręce Dyrektora szpitala św. Łazarza w Krakowie. — Za Komitet: Dr Pieniążek, Dr Krzyszkowski, Dr Dobrowolski«.

Warszawa. W Lublinie zorganizowało grono 20 lekarzy nocne dyżury lekarskie, które odbywały się przez 3 miesiące w jednej z aptek. Z dyżurów korzystała przeważnie ludność uboga; dyżur całonocny przynosił średnio 1·56 rb. Ze względu jednak na społeczno-humanitarne znaczenie dyżurów, będą one nadal utrzymane.

Z różnych stron. Na Kongresie narodowym polskim, rozpoczynającym się za parę dni w Washingtonie przy sposobności odsłonięcia pomników Kościuszki i Pułaskiego, przedstawiony być ma w sekcyi naukowej stan współczesny naszego dorobku w różnych kierunkach umysłowości. Na życzenie komitetu Kongresu opracował Dr Józef Jaworski z Warszawy referat »O stosunku uczonych polskich do kongresów naukowych międzynarodowych« (ogłoszony w »Zdrowiu« Nr 5), a Prof. Dr Ciechanowski: »Medycyna polska w dobie ostatniej«. — Delegatem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego będzie na Kongresie Dr E. F. Fronczak.

— Związek lekarzy i przyrodników polskich w Petersburgu wysłał na Zjazd im. Pirogowa delegatów: Prof. Zaleskiego i inż. jener. Kątkowskiego. S.

— W uniwersytecie moskiewskim ogłoszono konkurs na katedrę chorób wewnętrznych z terminem do 11. VI. st. st. S.

— Dr Stefan Lewicki, okulista, habilitował się w Odesie na podstawie rozprawy p. t.: »Torebka Tenona, jej anatomia i patologia«.

Zmarli: Dr Władysław Lewoniewski w Bolczach na Żmudzi, w 62 r. ż.; Dr Teodor Stępnicki w Wyszkowie nad Bugiem, w 60 r. ż.; Dr Franciszek Błoński, zasłużony lekarz, znany z prac naukowych w zakresie botaniki, członek komisyi fizyograficznej Akademii Umiejętności, w Spiczyńcach na Ukrainie, w 43 r. ż., z duru plamistego.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Walne Zgromadzenie galicyjskiej kasy dla chorych lekarzy we Lwowie odbędzie się dnia 28. maja 1910 r. o godzinie 6. wieczorem we Lwowie w lokalu Izby lekarskiej (ul. Dominikańska l. 11). Porządek dzienny: 1) Sprawozdanie z ubiegłego roku, sekretarz Dr Lilien. 2) Sprawozdanie kasowe, skarbnik Dr Kwiatkiewicz. 3) Sprawozdanie komisyi kontrolującej. 4) Ewentualne wnioski członków.

W razie braku kompletu następne zgromadzenie odbędzie się w ten sam dzień o godzinie $6^1/_2$ wieczorem bez względu na ilość obecnych.

Dr Lilien, sekretarz. Dr Festenburg, przewodniczący.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Digipuratum i diuretin (wyrób firmy Knoll et Co.). Dr W. H. Smith ogłasza przypadek (The Boston Med. and Surg. Journal 1910. Nr 6.), w którym u 67-letniego chorego ze stwardnieniem tętnic i uporczywymi obrzękami, uzyskał ustąpienie obrzęków, zwiększenie ilości moczu i poprawę tętna, podając przez 4 dni digipuratum od 4 do 2 kołaczyków, a od 4. dnia diuretynę co 4 godziny 1 gr. Kl. W.

Leczenie ostrego wiewióra. Dr J. Sturdivand Read (Long Island Med. Journ. 1910. Nr 2). Autor stosuje spokój, protargol i albarginę. Wewnętrznie poleca salol i urotropinę, jakoteż środki balsamiczne, z ostatnich szczególnie wschodnio-indyjski olejek sandałowy. Z powodu niemiłego zapachu ol. sandałowego i niekorzystnego działania na żołądek i nerki, próbował autor środków zastępczych, z których Santyl oddał mu najlepsze usługi, gdyż działa równie korzystnie, a nie drażni. Po uspokojeniu wstępnem zapalenia zaczyna się leczenie miejscowe. Kl. W.

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

Ogłoszenie płatne.

(Naśladownictwo zastrzeżone).

I. Zdrojowiska krajowe:

Iwonicz.

Dr **Turzański Grzegorz Jarosław**, lekarz zakładowy.

Krynica.

Dr **Cercha Maksymilian**, („Domek Szwajcarski“).

Rabka.

Dr **Lang Otokar**. Willa „pod Luboniem“.

Dr **Supiński E.**, lekarz zdrojowy.

Truskawiec.

Dr **Pelczar Zenon**.

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Cieplice Trenczyńskie.

Dr **Filipkiewicz Stefan**, lekarz zakładowy.

Franzensbad.

Dr **Przybylski Stan.** Palast Hotel. Wejście od Kirchenstr.

Dr **Steinsberg Leopold**, we własnym zakładzie leczniczym, (Willa Dra Steinsberga).

Gleichenberg.

Dr **Bulikowski**, Radca ces., Villa „Höflinger“ IV.

Kissingen (w Bawaryi).

Dr **Chłapowski F.**, Radca san. Prinzregentenstr. 1, tamże pensyonat dyetetyczny własny.

Dr **Maciejewski.** Sanatorium „Quo vadis“ Ludwigstr. 16

Marienbad.

Dr **Kwiatkowski Stanisław Benedykt**, ordynuje od 1 maja do 1 października „Haus Hamburg“.

Dr **Obmiński Ksawery**, Heidlerhaus obok Klingera. Ordynuje jak w roku ubiegłym od maja do października

Dr **Z. Szczepański**, od 20 maja „Haus Schiller“.

Rok XLIX. Kraków, dnia 14. maja 1910. Nr 20.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Ogólne uwagi o swoistem leczeniu gruźlicy.

Przez

Dra Kazimierza Dłuskiego,

naczelnego lekarza Sanatoryum w Zakopanem.

W pracy naszej »O stosowaniu tuberkuliny w gruźlicy płuc ze stanowiska klinicznego« (Kraków 1907) staraliśmy się poruszyć cały szereg zagadnień, związanych ze stosowaniem tuberkuliny w gruźlicy, a domagających się rozstrzygnięcia wobec innych, zachodzących pomiędzy niemi sprzeczności. Zagadnienia te, pomimo ciągłego postępu w dziedzinie bakteryologii wogóle, a specyalnie w nauce o uodpornieniu, nie zostały — zdaniem naszem — dotąd dostatecznie wyjaśnione. Podając więc wyniki nowych badań — o ile nam z dostępnej literatury są wiadome — będziemy powoływać się na nasze dawniejsze uwagi, łącząc pierwsze i drugie w jedną całość.

Uderza nas przedewszystkiem mnogość i różnorodność preparatów swoistych. Nie mówiąc już o sporej ilości dawnych, wychodzących jak odrębne gałęzie ze wspólnego pnia T [1]), i mających na celu uodpornienie czynne lub bierne, ostatnie lata przyniosły nam jeszcze nowe preparaty. Wspomnimy tu między innemi o tuberkulinie Jakobsa, »filtrazie« Haentjensa i JK C. Spenglera, który, obliczywszy z matematyczną niemal ścisłością działanie tego preparatu, otrzymać miał świetne wyniki w najbardziej nawet posuniętej gruźlicy u ludzi. Tymczasem świnki morskie w rękach Landmanna padły wszystkie we 20—24 godz. bez względu na owo immunizacyjne działanie JK. Weicker - Bandelier (69) i Roepke (35) już niedawno na obszernym materyale klinicznym wykazali, że JK niema wcale swoistego działania, Roepke zaś wyraźnie powiada, »że JK może być postawione w jednym rzędzie z rozczynem fizyologicznym soli kuchennej« (49). W związku z tą różnorodnością panuje w chwili obecnej, zarówno, jak i dawniej, zupełna dowolność w wyborze tych preparatów, bez dostatecznego teoretycznego uzasadnienia. Na IV. Zjeździe niemieckich ftyzyoterapeutów w r. 1907 — gdzie swoiste leczenie było przedmiotem wyczerpujących dyskusyi — dowolność ta znalazła jaskrawy wyraz w wykładzie jednego z najgorętszych zwolenników Kocha, Bandeliera, który wyraźnie zaznaczył, że »daleko mniej chodzi o wybór preparatu, niż o metodę ostrożnego, liczącego się z indywidualnemi właściwościami leczenia w rękach doświadczonego specyalisty«. »Może — powiada on — dalsze badania doprowadzą z czasem do ustalenia wskazań dla różnych tuberkulin« (1). Twierdzenie Bandeliera — co należy podkreślić — było na tym Zjeździe wyrazem ogólnej opinii specyalistów, mających długoletnie doświadczenie w leczeniu gruźlicy. Z niego więc bezpośrednio wypada, że preparaty już tylko samego Kocha — T, TR lub BE —, które, wedle ich twórcy, są wskutek różnego sposobu przygotowania zupełnie w swem działaniu na ustrój gruźliczy odmienne, mogą być stosowane, byle umiejętnie, stosownie do widzi mi się danego lekarza [2]). To zaś widzi mi się sięga tak daleko, że na tymże Zjeździe słyszymy z ust Petruschkyego następujące słowa: »Zarówno niepodobna zmuszać kogoś, oddającego się muzyce do grania na skrzypcach, a nie na innym jakimkolwiek instrumencie, jak też niepodobna zmuszać lekarza przy wyborze środków, które mu są sympatyczne, do wyrzekania się w tym względzie swego własnego kryteryum«. Więc ostatecznie nie substancya preparatu sama przez się, jako taka, rozstrzyga o jego działaniu, lecz osoba lekarza, który go stosuje. Wypadałby tu dziwny błąd logiczny z punktu teoryi tuberkuliny samego Kocha. Jak zobaczymy poniżej, Wolff-Eisner, na podstawie swej teoryi endotoksyn i bakteryolizyn, dowodzi, że błędu tu niema, że błędnem było twierdzenie Kocha, jakoby preparaty ze względu na sposób swego przygotowania jakościowo były różne, a w następstwie i odmienne w swem działaniu na ustrój gruźliczy. Wolff-Eisner twierdzi, że de facto mają one składnik podstawowy wspólny; różnice zaś między T, TR i BE są nie jakościowe, lecz tylko ilościowe. Do sprawy tej później powrócimy.

Równolegle z dowolnością w stosowaniu różnych preparatów z TBC, zaznaczyć należy brak ustalonych wskazań do swoistego leczenia gruźlicy. Sprawę tę z punktu widzenia klinicznego uważamy za rzecz pierwszorzędnej wagi. Tymczasem w łonie samych zwolenników Kocha widzimy jaskrawe sprzeczności. W szczegóły wchodzić nie będziemy,

[1]) Uwaga. Zaznaczamy, iż w dalszym ciągu będziemy nazywali tuberkulinę Beranecka — TBk; starą tuberkulinę Kocha — T. Lasecznik gruźlicy ludzkiej — tbc; lasecznik perlicy — ptbc.

[2]) Przypominamy już dawniej cytowane przez nas zdanie Dieudonnego, że między T i TK pozostaje wspólna tylko nazwa tuberkuliny i wspólne pochodzenie od pierwotnej tuberkuliny.

gdyż je dawniej szeroko omówiliśmy; dawniejsze zaś uwagi utrzymujemy w całej sile. Idźmy dalej. Niezależnie od dowolności w wyborze preparatów i niezależnie od braku ustalonych wskazań, widzimy dwie niezgodne metody leczenia. Dawna metoda Kocha, czyli leczenie większemi dawkami, w celu wywoływania silniejszego lub słabszego odczynu, jako zjawiska dla ustroju pożądanego. Nowa metoda Goetsch-Sahliego — przyjęta dziś w głównych zarysach przez takich gorących zwolenników Kocha, jak Bandeliera i Roepkego (2) — oparta na leczeniu minimalnemi dawkami, w celu unikania najmniejszego nawet odczynu, jako zjawiska nietylko niepożądanego, ale nawet dla ustroju niebezpiecznego. Z punktu widzenia nowych pojęć o uodpornieniu metody te powinny wywoływać w biologicznym stanie komórek zupełnie odmienne następstwa. Tymczasem, jakkolwiek brzmi to paradoksalnie, zwolennicy tych dwóch sprzecznych metod mają jednakowo dobre wyniki — tak przynajmniej powiadają ich statystyki.

W związku z temi sprzecznościami z dziedziny kliniki panuje cały szereg niejasności i sprzeczności mniejszej lub większej wagi na polu zagadnień teoretycznych, które w dawniejszej pracy poruszaliśmy i teraz znów dotkniemy, gdyż niezależnie od czysto teoretycznego interesu, mają one ważne kliniczne znaczenie. Przedewszystkiem pytania, związane z samą istotą prątka gruźliczego.

Znana jest teorya »form przejściowych« L. Rabinowitschówny, wiążąca w jedną wielką rodzinę różne typy prątków gruźliczych, a więc lasecznika gruźlicy ludzkiej, bydlęcej, ptasiej i t. d. i t. d. Znane są również doświadczenia Feistmantla, że cały szereg prątków kwasoopornych, a nawet i »streptothrix farcinica«, wywołują odczyn zupełnie podobny do odczynu tuberkulinowego. W związku z niemi wspomnieć należy o znanych próbach uodpornienia ludzi przeciw lasecznikowi ludzkiemu zapomocą lasecznika padalca (C. Spengler, Klemperer i Moeller), nie mówiąc już o całym szeregu analogicznych prób na zwierzętach. Wszystkie te próby mają kliniczne znaczenie z tego względu, że gruźlica u człowieka może być wywołana — jak wiadomo — nietylko przez »typus humanus«, lecz przez »typus bovinus«, przez lasecznik ptasi i t. d. i t. d. A z tych bezpośrednio wynika dawniejsze nasze pytanie, czy przy swoistem leczeniu gruźlicy ludzkiej powinniśmy zawsze używać preparatów, pochodzących z hodowli »typus humanus«? Pytanie to tem bardziej aktualne, że pod wpływem C. Spenglera różni wybitni klinicyści stosują, i to na wielką skalę, preparaty z »typus bovinus«. Niewiadomo tylko, czy kierują się zasadami C. Spenglera [3]), który, jak wiadomo, głosi, że w 68% przypadków gruźlicy ludzkiej istnieją dwa antagonistyczne typy — »humanus« i »bovinus« — swoiste zaś leczenie polega na antagonistycznem wzajemnem działaniu hodowli obu powyższych prątków [4]).

Pomijamy już, że tak ważna z punktu naukowego sprawa — tożsamości lub nietożsamości obu typów prątka — dotąd nie wyjaśniona, pomimo prac pojedynczych genialnych uczonych i całych komisyi, jak niemiecka i angielska — przez C. Spenglera została rozstrzygnięta w sensie nietożsamości obu typów. Chodzi nam o jej praktyczne znaczenie. Pytanie to wielkiej wagi, domaga się rozstrzygnięcia z wielu względów i jest aktualne choćby z tej racyi, że znane są w nowszych czasach badania Rothschilda, prowadzące do dalszego różniczkowania »typus humanus«. Rothschild n. p. wychodząc z zasady, »że powinnibyśmy właściwie dla każdego przygotowywać jego własną tuberkulinę« (52), używa »autotuberkuliny«, przygotowanej z prątków, zawartych w plwocinie lub w moczu lub w innych wydzielinach samego chorego; w braku zaś tych wydzielin stosuje »Universaltuberkulin«, przygotowaną z pięciu różnych odmian »t. humanus«. W tym drugim przypadku, choć preparat »nie odpowiada — wedle słów Rothschilda — wymaganiom absolutnie swoistego leczenia, jednak więcej do niego się zbliża, niż przy wszelkich innych dotąd używanych metodach« (50). Wyniki takiego leczenia, zestawione statystycznie przez Rothschilda z wynikami przy stosowaniu przez niego Kochowskiej T, przemawiają wyraźnie na korzyść metody autora. To też we wnioskach swych powiada Rothschild: »W każdym razie użycie różnych hodowli tego samego gatunku lasecznika stanowi wyraźny postęp w pobudzaniu ustroju do wytwarzania istotnie swoistych ciał ochronnych« (52). Wedle więc zdania Rothschilda najlepsze wyniki przy uodpornieniu chorego na gruźlicę dają preparaty, pochodzące już nietylko z typu prątka, wywołującego daną sprawę choroby, ale z prątka, tkwiącego w samem wnętrzu chorego ustroju. Czy teorya ta jest słuszną, przyszłość pokaże. W każdym razie porusza ważne, lecz nie rozstrzygnięte pytania z dziedziny swoistego leczenia gruźlicy.

Choć poruszone dotąd pytania są ważne, zarówno teoretycznie, jak i klinicznie, pozostają nie rozstrzygnięte zagadnienia jeszcze donioślejsze, które powinny panować nad całem swoistem leczeniem gruźlicy i służyć za źródło, z którego powinny wypływać wszelkie zasady swoistego leczenia. Źródło to dotąd przez naukę ostatecznie ujęte nie jest.

Może twierdzenie nasze będzie zbyt śmiałe, ale kliniczny bilans swoistego leczenia różnych chorób zakaźnych wydaje się nam bardzo skromnym, wobec ogromu prac i badań, dokonanych w ostatnich 2—3 dziesiątkach lat. Wyniki leczenia n. p. różnych postaci zakażenia paciorkowcowego odpowiedniemi surowicami wcale nie są pewne. Wolff-Eisner zaś wyraża powątpiewanie, czy surowice te »wogóle mają jakiekolwiek działanie« (71). Tak samo rzecz się ma z leczeniem, nawet zapobiegawczem, takich chorób, jak cholera lub dur brzuszny, choć statystyka przemawia tu na korzyść stosowania swoistych preparatów bakteryologicznych. To samo da się powiedzieć o całym szeregu innych chorób. Ale nawet w stosowaniu dwóch tak dobrze znanych i w ich antytoksycznem działaniu niemal matematycznie określonych surowic, jak przeciwbłonicza i przeciwtężcowa, widzimy dziwne sprzeczności i paradoksy. Pierwsza, posiadająca takie pewne działanie u człowieka, ma niepewne w doświadczeniach laboratoryjnych nad zwierzętami. Z toksyną przeciwtężcową dzieje się wręcz naodwrót. Kli-

---

[3]) Patrz: »Die Doppelätiologie der tuberkulösen Phthise und die Vakzinationsbehandlung«. Wiener klin. Rundschau 1906, Nr 33.

[4]) Nowsze badania Schrödera doprowadzają go do wniosku, że »typus bovinus« bardzo rzadko znajduje się w przewlekłej gruźlicy ludzkiej i że metoda leczenia C. Spenglera spoczywa na fałszywych podstawach (59). Beitr. XI., str. 224, 226.

niczne jej wyniki nazywa Wolff-Eisner poprostu nadzwyczajnie złemi ([70]). Cóż więc mówić o gruźlicy, gdzie przyczyną choroby jest laseczník, posiadający wielce powikłane, dotąd należycie naukowo nie wyjaśnione właściwości biologiczne?

(C. d. n.).

Ciąża, a oko.

Podał

Prof. Dr K. W. Majewski.

(Według wykładu w krakowskiem Towarzystwie lekarskiem).

Zanim przystąpię do właściwego przedmiotu, t. j. do omawiania wpływu ciąży, porodu i połogu na oko zdrowe i chore, sądzę, że nie od rzeczy będzie pokrótce naszkicować oddziaływanie przejawów i funkcyi życia płciowego kobiety takich, jak pokwitanie, miesiączkowanie, przekwitanie (climacterium), na narząd wzroku. Spotykamy się tu z uderzającemi analogiami i zestawienie tych różnych wpływów, przyczyni się do lepszego oświetlenia przedmiotu, który nas w tej chwili zajmuje.

Nie trzeba ciąży, ani porodów, już sama miesiączka, nawet zupełnie prawidłowa porusza tak silnie i głęboko cały ustrój kobiety, że słabe odbłyski tej czynności płciowej, pokazujące się aż na oku, tak bardzo odległem od terytoryum płciowego, nie mogą być dla lekarza zjawiskiem dziwnem, ani niezrozumiałem.

Wpływ miesiączki na oko stopniuje się w następującym porządku: Prawidłowa miesiączka na prawidłowe oko, przyznać trzeba, albo nie oddziaływa wcale, albo w znikającej mierze, a tylko w wyjątkowych przypadkach w sposób wybitniejszy. Nieprawidłowe miesiączkowanie częściej już wywołuje pewne zaburzenia w narządzie wzrokowym, zresztą prawidłowym. Natomiast niezaprzeczenie ważnym i wybitnym jest wpływ, choćby prawidłowej miesiączki na oko bądźto chore, bądźto do pewnych chorób skłonne. Najjaskrawiej zaznacza się oczywiście oddziaływanie nieprawidłowej miesiączki na nieprawidłowe oko.

Już na długo przed pojawieniem się pierwszej miesiączki, powstają czasem rozmaite krwawienia i krwotoki. Mogą one dotyczyć także oka. Tak n. p. Dor ([22]) opisał przypadek obustronnego krwotoku do ciała szklistego. Wogóle w okresie pokwitania oczy zachowują się podobnie, ulegają podobnym zaburzeniom, jak przy braku miesiączki (amenorrhea), ustaniu miesiączkowania (suppressio mensium), lub nawet przy miesiączkowaniu bolesnem (dysmenorrhea).

W czasie prawidłowej regularności pojawiają się czasem opryszczki (herpes). Landesberg ([3]) widział takie opryszczki na powiekach, Ramsohoff na rogówce. Sine obwódki do około oczów, a nawet nieznaczny obrzęk powiek, zwłaszcza dolnej, nie należą w czasie miesiączki do wyjątkowych zjawisk, ale też nie mają żadnego dalszego znaczenia. Ciekawe są spostrzeżenia Finkelsteina ([7]), który na podstawie swych licznych badań, twierdzi, że prawidłowej miesiączce niemal stale towarzyszy współśrodkowe zwężenie pola widzenia, dające się wykazać już na dwa lub trzy dni przed rozpoczęciem miesiączki. Trzeciego lub czwartego dnia osiąga ono swoje maximum, a ustępuje po dalszych trzech lub czterech dniach. Również i granice dla barw mają się nieznacznie zwężać. Zapewne nie jest to nic innego, jak tylko objaw przytępienia wrażliwości siatkówki, wywołanego ogólnem niedomaganiem, rozstrojem i osłabieniem, jakiego doznaje wiele kobiet podczas prawidłowej nawet miesiączki.

Salo Cohn ([1]), potwierdzając spostrzeżenia Finkelsteina ([7]), wykazał jednak, że zwężenie pola widzenia bywa o wiele znaczniejsze przy miesiączkowaniu bolesnem, nawet jeżeli występują bole (molimina) bez krwawienia. Granice pola zwężały się do 15, a nawet do 10 stopni. Wiadomo, że bardzo silne bole jakiejkolwiek przyrody mogą u osób wrażliwych wywołać zwężenie pola widzenia. Gdy z drugiej strony wiemy, że znaczniejsza utrata krwi, a więc ostra niedokrwistość, sprawia częstokroć ten sam skutek, a nawet może sprowadzić niedowidzenie (amaurosis), to dziwić nas nie będzie, że zaburzenia wzrokowe największe są w tych właśnie przypadkach, gdzie znacznym bolom miesiączkowym towarzyszą obfite krwawienia. Wątpliwości nie ulega, że do powstania tak znacznych zwężeń pola widzenia w wielu przypadkach pomaga histerya.

Jeżeli oczy nie są prawidłowe, lub przynajmniej okazują skłonność do pewnych schorzeń, do chorób często nawracających, jak pryszczykowe zapalenie spojówki i rogówki, (keratoconj. phlyctaenulosa), różne postacie zapalenia tęczówki, opryszczki na rogówce (herpes corneae) i t. p., to w pewnych przypadkach zdarza się, że nawroty, względnie zaostrzenia tych spraw chorobowych u dziewcząt i u kobiet przypadają co miesiąc w okresie peryodów, przybierają zatem niejako tor miesięczny, podobnie, jak te same lub niektóre inne choroby oczne w okolicach zimniczych, przybierają tor n. p. trzeciaczkowy. Z tego względu znaną jest zwłaszcza rwa nerwu trójdzielnego. Hassner opisał wraz z każdym peryodem powracające porażenie nerwu okoruchowego. Hirschberg ([9]) żółtaczkę połączoną z ksantopsyą. Trousseau ([25]) widział cały szereg nawrotów zapalenia tęczówki z ropniakiem przedniej komórki (iritis cum hypopyo), które powracały przy każdym peryodzie, a gdy chora przestała miesiączkować, zaszedłszy w ciążę, dalsze nawroty, względnie zaostrzenia występowały w tych samych okresach, w jakichby się miesiaczka powinna była pojawiać. Krwotoki w narządzie wzroku, czy to do pochewki nerwu wzrokowego, czy do ciała szklistego, czy siatkówkowe, czy jako hyphaema, czy podspojówkowe, czy wreszcie tak zwane łzy krwawe (Perlja) ([8]), mogą występować i powtarzać się w czasie peryodów w niektórych przypadkach, gdzie zachodzi ustanie miesiączkowania (suppressio mensium), nasuwa się uporczywie wobec podobnych krwotoków myśl o miesiączce zastępczej, tak często wspominanej, ale zawsze jeszcze niedowiedzionej.

Nie można zaprzeczyć, że przeróżne dolegliwości oczne, z jakiemi kobiety zgłaszają się do okulistów, mają częstokroć z peryodem związek tylko pośredni. Tak n. p. miesiączkowanie bolesne lub brak miesiączki mogą być następstwem ogólnych schorzeń ustroju, jak niedokrwistość, błednica, zołzy i t. d., a te same stany ogólne wywołują równorzędnie i zmiany w oczach. W takich razach bliższy związek oka z macicą zdradza się tylko miesięcznym torem pogorszeń lub zaostrzeń.

Tu wypada jeszcze podnieść rzecz interesującą, że mianowicie zamiast spodziewanego pogorszenia, zamiast przewidywanego zaostrzenia się przewlekłych spraw zapalnych oczu, jak: zapalenie spojówki, twardówki, tęczówki, jagodówki, spotykamy się czasem, ku naszemu zdziwieniu, z pewną poprawą, przynajmniej z poprawą pozorną. Stwierdzamy przedewszystkiem zblednięcie oka, spojówka z krwisto-czerwonej staje się blado-różową, nastrzyknięcie rzęskowe słabnie lub znika. Każdy laik uważa to za poprawę. I lekarz może uledz złudzeniu. W rzeczywistości chodzi tu tylko o zjawisko, dość często spostrzegane w stanach ostrej niedokrwistości. Po wielkich utratach krwi, przy ogólnej bladości powłok i błon śluzowych, nie dziw, że zbraknie krwi i na to przekrwienie zapalne w oku i sprawa zapalna pozornie przygasa. Tak i obfite krwawienie miesiączkowe może działać jako środek odwodzący, zupełnie jak pijawki, lub przystawienie ssawki Heurteloupa. Doświadczenie poucza jednak, że taki nieprzewidziany upust krwi, nie przynosi oku trwałej korzyści. Osłabienie ustroju, wywołane ostrą niedokrwistością, wnet pogarsza faktyczny stan choroby ocznej.

W przypadkach braku miesiączki, ustania miesiączki, wchodzi w grę, wedle zdania wielu autorów, wspomniane już wyżej miesiączkowanie zastępcze (menstr. vicaria), jako krwotok do pochewki nerwu wzrokowego (Abadie). Mooren (2) widział w przypadku miesiączki bolesnej (dysmennorhea) co miesiąc wracający skurcz akomodacyi. Napady tego skurczu ustąpiły dopiero po wyleczeniu zaburzeń miesiączkowych.

W okresie przekwitania zdarzają się szczególnie często krwotoki we wszystkich unaczynionych częściach oka. Jaskra, która jak wiadomo nieco częściej występuje u kobiet, niż u mężczyzn, wybucha zazwyczaj w wieku przejściowym, wyraźnie w związku z nawałami, na jakie kobiety cierpią w tym okresie. U wielu kobiet w okresie przekwitania pojawiają się też kępki żółte (xantelasma) na powiekach.

Tyle o miesiączkowaniu. Teraz pragnę przedstawić wpływ, jaki wedle naszych okulistycznych doświadczeń na oko matki wywiera ciąża, poród i połóg. Największy nacisk położyć musimy na oddziaływanie p o r o d u na stan narządu wzroku. Jasną bowiem jest rzeczą, że jeżeli już w czasie ciąży rozważamy niebezpieczeństwa, grożące któremukolwiek z ważnych narządów ciała, to zdajemy sobie sprawę z tego, że zagrażające niebezpieczeństwa dojdą do swego punktu kulminacyjnego najczęściej podczas samego porodu. Najczęściej, ale nie zawsze. Zdarzają się przypadki, gdzie już samo trwanie ciąży staje się zgubnem dla oka, gdzie zatem należy jak najbardziej się spieszyć z wywołaniem sztucznego poronienia.

Mając mówić o wpływie sprawy rodzenia na narząd wzroku, muszę na wstępie podnieść, że wpływ prawidłowej ciąży, prawidłowego porodu i połogu na prawidłowe oko jest minimalny. Z tem wszystkiem, mając przed sobą kobietę brzemienną, powinniśmy zwracać baczną uwagę na zachowanie się wszystkich narządów jej ciała, a więc także i na narząd wzroku, pomni trafnego zdania, że kobieta ciężarna kroczy miedzą między zdrowiem a chorobą, idzie samym krajem, samą granicą zdrowia. Jest zdrową, ale co krok czyha na nią niebezpieczeństwo, że wpadnie w chorobę. A zatem należy i w prawidłowej ciąży śledzić zachowanie się narządu wzrokowego i notować każdy choćby nieznaczny objaw. I tak zauważymy nieraz: Pewne zmiany zewnętrzne, jak lekkie podsinienie, jakby podkrojenie oczu, plamy barwikowe (chloasmata uterina), występujące na powiekach równolegle z silniejszą pigmentacyą brodawek piersiowych, linii białej i sromu, silniejsze czasem przekrwienie spojówek, lecz wszystko to są objawy bez poważnego znaczenia.

(C. d. n.).

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

O. J o s u e. **Uwagi w sprawie używania adrenaliny w lecznictwie.** (Presse médic. 1910, Nr 19). Nie należy adrenaliny wstrzykiwać ani do żył, ani do miąższu płucnego, ani do tchawicy, gdyż tą drogą u zwierząt wprowadzana wywołuje adrenalina ostry obrzęk płuc, a nawet śmierć, i to w dawkach względnie małych, a nadto i zmiany miażdżycowe w naczyniach, jeśli ją w małych dawkach, ale czas dłuższy wstrzykiwano. Wyjątkowo można spróbować wstrzyknięcia surowicy, zaprawionej adrenaliną, do żył w przypadkach grożącej śmierci z powodu wstrząsu, czy to urazowego, czy operacyjnego, lub z powodu osłabienia mięśnia sercowego, a to dla podtrzymania skurczów serca. Znacznie mniej trującą jest adrenalina wstrzykiwana pod skórę. W ten sposób wstrzykiwana zwierzętom, nie wywołuje ona żadnych zmian w naczyniach. J. zaleca wstrzykiwać pod skórę $^1/_2$, $^3/_4$ do 1 miligr. adrenaliny na dobę. W przypadkach osłabienia mięśnia sercowego w toku zakażeń najlepiej wstrzykiwać pod skórę surowicę, zaprawioną adrenaliną w stosunku takim, że 1 miligram adrenaliny przypadnie na $^1/_4$ do $^1/_2$ litra surowicy. Jeszcze mniej niebezpieczną jest adrenalina podawana wewnętrznie. Podaje się w zasadzie 1 miligr. na dobę, ale można bez obawy podawać i 2 miligr., a niektórzy, jak Netter, podawali dziennie do 5 mlgr. W każdym razie wskazanem jest podzielić daną ilość na dawki małe, często podawane, ze względu na to, że działanie tego leku jest przemijające. Co do tego, jak długo można bez obawy podawać adrenalinę, to powoli doszliśmy do przekonania (Leon Bernard), że i przez 2 lata, czy to przez usta, czy pod skórę, można stosować adrenalinę bez żadnych zaburzeń; chorego jednakże trzeba pilnie nadzorować i śledzić skutki takiego leczenia. Stahr.

P o s t n i k o w. **W sprawie leczenia suchot płucnych surowicą Marmorka.** (Prakt. Wracz 1910, Nr 4—7). P. stosował surowicę Marmorka w ciągu 2 lat i zebrał 40 spostrzeżeń. Zebrane przypadki dzieli na 3 kategorye: do pierwszej, — z zajęciem jednego płuca, należy 10 przypadków; do drugiej — z zajęciem obu płuc, należy 14 przypadków; do trzeciej — z zajęciem obu płuc, powikłanem zajęciem innych narządów, przeważnie krtani, należy 16 przypadków. Wszystkich chorych leczono tylko surowicą Marmorka, którą autor wstrzykiwał w ilości 5,0 co 2—3 dni pod skórę w okolicy X—XII kręgu piersiowego, a I—II lędźwiowego. Surowica pochodziła z pracowni samego Marmorka. Stosownie do wyników leczenia dzieli P. swoje przypadki na 3 grupy. Do pierwszej zalicza chorych, u których znikły laseczniki z plwociny, ewentualnie znikła plwocina i wszelkie objawy fizyczne; do tej grupy należało 7 osób z I. kategoryi i 7 z II. Do drugiej grupy należą chorzy, którzy uważają siebie za zdrowych, ale u których zmiany fizyczne w płucach są jeszcze zupełnie wyraźne, jednakowoż widoczne jest znaczne polepszenie. Do tej grupy należało 3 chorych z I. kategoryi, 7 z II., 5 — z III. Do trzeciej grupy

należą przypadki, w których leczenie nie wywarło żadnego dodatniego wpływu; należało tu 11 chorych z III. kategoryi. Z tej liczby 3 zostało przy życiu, 8 zmarło. Co się tyczy grupy drugiej, polepszenie było tak widoczne, że zdaniem P., gdyby ci chorzy odbyli jeszcze jeden okres takiego leczenia, to wyleczenie byłoby zupełne i trwałe.

Najwyraźniejszy był wpływ surowicy na odkrztuszanie plwociny. Chory, który po długich wysiłkach mógł wykrztusić zaledwo niewielką grudkę plwociny, po wstrzykiwaniach surowicy bardzo łatwo plwocinę wykrztuszał, a plwocina z ropnej przechodziła w śluzową; niekiedy plwocina zupełnie znikała. Przytem nie zauważył P. nigdy szkodliwego wpływu co do krwioplucia. P. wyraża przekonanie, że niewiara w skuteczność surowicy zniknie z czasem, a wstrzykiwania surowicy znajdą szerokie zastosowanie, przedewszystkiem w przypadkach świeżych, gdzie jeszcze może nastąpić wygojenie się sprawy gruźliczej.

L. Mańkowski.

O. Naegeli. **O nierozpoznawanych białaczkach.** (Corresp.-Blatt f. Schweiz. Aerzte 1910, Nr 3, str. 75. Spraw. z posiedz. Tow. lek. w Zurychu). N. spostrzegał chorego, liczącego lat 40, który chorował długie miesiące bez ustalonego rozpoznania. Codziennie zjawiała się u chorego gorączka, dochodząca 39^0 C., z obfitymi potami; stwierdzono postępujące chudnięcie i objawy charłactwa. Krew okazywała silną neutrofilną leukocytozę (20.000) i dlatego przypuszczano jakieś zakażenie, względnie ropienie w ustroju. Najskrupulatniejsze jednak badania nie pozwoliły na żadne ścisłe rozpoznanie. Po 6 miesiącach spostrzegania nabrali lekarze przekonania, że chory cierpi na ropień wątroby, ale przy operacyi (Prof. Krönlein) okazało się, że wątroba chorego jest zupełnie prawidłowa; w czasie zabiegu stwierdzono powiększenie gruczołów chłonnych zaotrzewnych. I ten fakt dopiero w połączeniu z całym szeregiem objawów klinicznych — poty, gorączka, chudnięcie, charłactwo, leukocytoza i odczyn dwuazowy — ustalił rozpoznanie: »złośliwy ziarniniak gruczołów chłonnych« (»lymphosarcoma« w rozumieniu Virchowa). Chory po operacyi dalej gorączkował i upadał na siłach i wszyscy lekarze już o wyleczeniu zwątpili. Otóż wtedy, kiedy zdawało się, że chory już wkrótce umrze, postanowił N. spróbować u chorego arsacetyny (atoxylum acetylicum 20 ctgr. na dzień, w 4 dawkach). Wychodził zaś z tego założenia, że skoro arsacetyna okazała się skuteczną wobec pasorzytów, to powinnaby również działać na ziarniniaki złośliwe, które N. uważa za sprawy zakaźne, wywołane nieznanym nam dotąd czynnikiem. Skutek tego leczenia był w istocie cudowny: po 2 dniach gorączka spadła i potem już nie powróciła, chory zaczął się krzepić na siłach, przytył (30 funtów w $2^1/_2$ miesiącach) i obecnie można go uważać za zupełnie uleczonego. Leukocytoza znikła zupełnie, a chory oświadcza, że się nigdy nie miał tak dobrze, jak obecnie.

Białaczkę uważa się powszechnie za chorobę łatwą do rozpoznania, objawiającą się wielkim obrzękiem śledziony, gruczołów chłonnych i typowym obrazem krwi. A mimo to jednak na 60 przypadków białaczki, które N. osobiście miał sposobność dotąd śledzić, poważna ilość przypadków nie dała się rozpoznać, szczególnie przypadków ostrych. Fakt ten tłómaczy się brakiem, w wielkiej liczbie przypadków, wszelkiego obrzęku śledziony i gruczołów i często nieznacznem tylko wzmożeniem się ilości ciałek białych we krwi. Dlatego należy zwrócić uwagę lekarzy na te przypadki, odmienne od klasycznego obrazu białaczki; często tylko zbiór wszystkich objawów klinicznych może wskazać na to cierpienie.

Od dawna już wiemy, że niektóre ostre białaczki kryją się pod obrazem skazy krwotocznej, przebiegając na ogół z wysoką gorączką i naśladując chorobę Weila, gnilec lub gwałtowną plamicę. W tych właśnie przypadkach białaczki nie spotykamy zwykle ani obrzęku śledziony, ani obrzęku gruczołów, ani leukocytozy. Jednakże uważne badanie krwi, a szczególnie wykrycie patologicznych odmian leukocytów utwierdza rozpoznanie. Inne znowu białaczki objawiają się zmianami wrzodniejącemi i zgorzelinowemi w jamie ustnej, często z równoczesną skazą moczanową (stomatitis ulceroso-gangraenosa). Zmiany te bez równoczesnego badania krwi rozpoznaje się często jako gnilec lub zapalenie wrzodniejące ust lub zapalenie migdałków zgorzelinowe, a czasem nawet jako ciężką błonicę. Obrzęk śledziony i gruczołów, jeśli jest, bywa nieznaczny, a obrzęk gruczołów karkowych nie zwraca wcale uwagi na białaczkę. Dopiero badanie krwi ułatwia rozpoznanie: i tu też często nie bezwzględna ilość leukocytów, ale ich rodzaj i stosunek rozstrzyga sprawę. Do trzeciej grupy należą białaczki, w których na pierwszy plan wysuwa się niedokrwistość i charłactwo i w których skaza krwotoczna zjawia się dopiero w okresie schyłkowym. Tu często bywa śledziona macalna, jednak nigdy nie bywa w tym stopniu powiększona, by naprowadzała na myśl białaczkę. W czwartej grupie nierozpoznanych białaczek znajdujemy obrzęk gruczołów chłonnych, ograniczający się do pewnych okolic (gruczołów karkowych lub śródpiersiowych), albo obrzęk śledziony, mniej lub więcej wyraźny, bez obrzęku gruczołów. W niektórych przypadkach tej grupy bywa krew, przynajmniej z początku, zupełnie prawidłowa, i dopiero później nabiera cech swoistych — czasami stale do końca mamy obraz »podbiałaczkowy«. — Wreszcie przytacza Naegeli kilka przypadków, w których białaczkę brano za zwykły przerost migdałka, i w których wycięcie migdałka wywołało ciężkie krwotoki W innych znowu przypadkach ze względu na ostry, gorączkowy przebieg rozpoznawano dur brzuszny lub posocznicę, w dwóch przypadkach przypuszczano ze względu na obrzęk śledziony raka żołądka, w jeszcze innych gruźlicę, a wreszcie i ostre zapalenie otrzewnej.

Tylko dokładne spostrzeganie wszystkich objawów klinicznych i szczegółowy rozbiór krwi, oraz pamiętanie o powyższych objawach nietypowej białaczki ustalić mogą rozpoznanie.

Stahr.

L. Jacob. **Zakażenie ogólne prątkiem okrężnicy.** (Deut. Arch. f. klin. Med. 1909, T. 97, 3—4). Badania bakteryologiczne i kliniczne ostatnich lat wykryły cały szereg obrazów chorobowych, które powstają wskutek ogólnego zakażenia tym lub owym drobnoustrojem, a których przebieg odznacza się szczególnemi cechami. Przeważnie były to sprawy, wywołane przez paciorkowce i gronkowce. Mało natomiast ogłoszono przypadków ogólnego zakażenia prątkiem okrężnicy. A trzeba tu zaznaczyć, że w sporej liczbie przypadków takiego zakażenia stwierdzono obecność prątka okrężnicy dopiero we krwi dobytej ze zwłok, jest zaś faktem stwierdzonym, że po śmierci rozwija się ten drobnoustrój w zwłokach tak szybko, że go można znaleść we krwi zwłok, chociaż za życia na pewno nie było zakażenia ogólnego tym prątkiem. We wszystkich 13 przypadkach, opisanych przez J., stwierdzono obecność prątka okrężnicy we krwi za życia chorych, i to nieraz po kilka razy. Wrotami zakażenia były na te 13 przypadków trzy razy jelita, trzy razy drogi moczowe, trzy razy narządy rodne niewieście, a w jednym przypadku nie dało się na pewno stwierdzić, jaką drogą wtargnął prątek okrężnicy w głąb ustroju. Opierając się na spostrzeżeniach własnych, oraz niektórych, zebranych z piśmiennictwa, podnosi J. cechy dla tego zakażenia w obrazie klinicznym najznamienniejsze:

Między objawami ogólnymi pierwsze miejsce zajmuje gorączka. Ma ona tor zupełnie nieregularny; krzywą gorączkową przerywają często silne zwolnienia (remisye). W przeważnej części przypadków (60%) na początku choroby i na jej szczycie zjawiają się, nieraz bardzo często, dreszcze. U niektórych chorych bywa gorączka wcale nie wysoka, mimo znacznego nasilenia innych objawów chorobowych. Przy wyzdrowieniu gorączka zwolna stopniowo opada, co trwa kilka dni, aż wreszcie spada ciepłota do poziomu prawidłowego po lekkich wieczornych wahaniach.

Najczęściej da się we krwi stwierdzić przybytek leukocytów, czasem zaś ilość ich pozostaje prawidłową, lub nawet nieco opada. W tym zatem względzie krew w omawianem zakażeniu zachowuje się zupełnie inaczej, jak w durze, a podobnie do zakażeń, wywołanych bakteryami ropnemi. Stan leukocytów nie daje żadnych wskazówek prognostycznych, bo chociaż hyperleukocytoza daje zwykle złe rokowanie, to jednakże zdarzają się i przypadki z prawidłową ilością leukocytów, kończące się śmiercią, a nadto ropnie około wyrostka na tle zakażenia prątkiem okrężnicy przebiegają z hyperleukocytozą, a kończą się pomyślnie. Zaburzenia w skórze bywają rzadkie, tylko opryszczki na wargach zdarzają się dość często. Przerzuty, dość częste w innych zakażeniach ogólnych, czy gronkowcem, czy to paciorkowcem, czy dwoinką zapalenia płuc, są w zakażeniu prątkiem okrężnicy bardzo rzadkiem zjawiskiem; stwierdzono je tu tylko 11 razy na 49 przypadków, co stanowi $22^1/_2\%$, natomiast stosunek ten wynosi 25% w zakażeniach ogólnych dwoinką Fränkla, 35% w zakażeniach paciorkowcem, a $92{\cdot}7\%$ w zakażeniach gronkowcem. Najczęściej dotknięte bywa wsierdzie, potem idą: śledziona, nerka, wątroba, płuca, a wreszcie opony mózgowe; raz znaleziono przerzut w tarczycy. Śmiertelność we własnych autora spostrzeżeniach wynosiła 50% (6:12 przypadków, trzynasty chory opuścił szpital nieuleczony). Wogóle na 49 spostrzeganych dotąd przypadków było 33 zejść śmiertelnych, coby stanowiło $67{\cdot}2\%$ śmiertelności. Jednakże liczba ta zdaje się mocno wygórowaną, bo rozpoznanie ogólnego zakażenia prątkiem okrężnicy często opierano na pośmiertnem badaniu krwi i narządów, co nie daje dla tego właśnie rozpoznania wcale pewnych podstaw. Przy uwzględnieniu wyłącznie rozpoznań, ustalonych za życia chorego, spadnie liczba ta z $67{\cdot}2\%$ na $40{\cdot}5\%$. Z innych zakażeń ogólnych wynosi śmiertelność średnio $51{\cdot}7\%$ przy dwoince Fränklowskiej, około 83% przy paciorkowcu, a $88{\cdot}2\%$ przy gronkowcu. Zakażenie więc ogólne prątkiem okrężnicy daje pod tym względem lepsze rokowanie. Domyślać się można zakażenia prątkiem okrężnicy w przypadkach, w których gorączka przebiega bardzo nieregularnie, w których stwierdzamy leukocytozę, gdzie wrotami zakażenia są pewne narządy (jelito, drogi moczowe górne) i gdzie sprawa ma skłonność do ograniczenia się. Na pewno jednakże rozpoznawać możemy to zakażenie tylko przy pomocy hodowli, wykonanych ze krwi żywej. Prątek okrężnicy łatwo wyrasta na pożywkach zaprawionych żółcią. Stahr.

Mołodenkow. **Główne cechy epidemii czerwonki w Moskwie w r. 1909. Przyczynek do sprawy odmian zarazka.** (Med. Obozr. 1910, Nr 1). Najnowsze badania wskazują, że przyczyną czerwonki nie jest już jedna jakaś postać bakteryi (Shiga-Krusego, lub Flexnera i t. p.), ale że każdy taki szczep dzieli się na kilka odrębnych odmian. Surowica, otrzymana zapomocą jednej odmiany, nie działa leczniczo w przypadkach zakażenia odmianą drugą. Wobec trudności, jakie przedstawia wyodrębnienie odmian ze szczepu, zaczęto ostatniemi czasy wytwarzać surowice wielowartościowe. Sprawa rozmaitości odmian związana jest także ze sprawą różnic w przebiegu klinicznym choroby. Autor zebrał w Morozowskim szpitalu dla dzieci 145 przypadków czerwonki. W tej liczbie w 50 przypadkach udało mu się wyodrębnić zarazki. Należały one do szczepu Shiga-Krusego, i to w 42 przypadkach do pierwszej jego odmiany, (która rozszczepia tylko cukier gronowy), w 7 przypadkach do drugiej odmiany (rozszczepiającej cukier gronowy i mannit), a w 1 przypadku do czwartej odmiany (rozszczepiającej cukier gronowy, mannit, sacharozę, maltozę i dekstrynę).

Zastanawiając się nad przebiegiem klinicznym spostrzeganych przypadków, zaznacza M., że najwięcej ciężkich przypadków wywołała odmiana pierwsza: 17%; inne zaś odmiany 12%. Również i śmiertelność była wyższa przy odmianie pierwszej: 32%, gdy odmiana druga dała 28%. Jednakowoż trzeba mieć, zdaniem autora, na względzie i to, że liczba spostrzeganych przypadków nie była wielka. W obrazie klinicznym nie spostrzegł M. zresztą nic charakterystycznego dla tej lub innej odmiany zarazka.

Surowica wielowartościowa, wyrabiana w zakładzie bakteryologicznym Uniwersytetu moskiewskiego, nie dała żadnych widocznych wyników. W końcu opisuje M. dokładnie sposób, jakiego używał do otrzymania czystych hodowli zarazka. L. Mańkowski.

Neurologia i psychiatrya.

Claude i Blanchetière. **Zaburzenia w odżywianiu w chorobach układu nerwowego.** (Journ. de phys. et path. gen. 1909. Nr 1. Str. 42 i 92). Autorowie prowadzą swe badania już od kilku lat. Omówiwszy ogólne warunki, w jakich badania przeprowadzano: dyetę, ilościową analizę wchłaniania i wydzielania substancyi mineralnych i azotowych, podają autorowie szczegółowe opisy badań i zestawiają ich wyniki w 2 tablicach. C. i B. zbadali 22 chorych, w tej liczbie było 7 przypadków padaczki, 2 histeryi, 2 psychastenii, 2 tężyczki, 3 myastenii, 1 nowotwór mózgu, 4 rozmaitych stanów obłędowych (états dementiels), 1 obfite moczenie nerwowe (polyuria nervosa).

Wyniki badań są następujące: W chorobach napadowych istnieją stałe zaburzenia w odżywianiu, które jednak są silniej zaznaczone w czasie napadów i zdają się z nimi ściśle związane. Ilość wprowadzonych do ustroju chlorków wywiera wybitny wpływ. Zmniejszenie ilości chlorków wywołuje nadmierne ich wydalanie, zwiększenie — zatrzymanie ich w ustroju; w tym drugim przypadku bilans azotowy zmniejsza się. W wielu przypadkach, gdy bilans azotowy był blizki jednostki, wskaźnik azoturyczny był silnie zmniejszony, to znaczy, że azot był wydalany nie w ostatecznej swej postaci — mocznika, ale w jakiemkolwiek innem połączeniu.

Na podstawie swych badań dochodzą autorowie do przekonania, że w chorobach układu nerwowego stwierdza ściśle przeprowadzone badanie moczu — stałe zaburzenia w odżywianiu (niedostateczność wchłaniania lub niedostateczność spożytkowania). Histerya należy do rzędu chorób, w których braki te najłatwiej się wyrównują; należałoby ją więc uważać raczej za pewien stan konstytucyonalny, niż za schorzenie układu nerwowego. Autorowie podkreślają jeszcze, że zaburzenia w sferze wymiany soli mineralnych były daleko większe, niż w sferze wymiany azotowej i wyrażają przekonanie, że dalsze badania w tym kierunku może wyjaśnią niektóre ciemne strony fizyologii patologicznej układu nerwowego. L. Mańkowski.

Cziż. **Przyczynek do nauki o neurastenii.** (Wracz. Gaz. 1910. Nr 1, 2, 4—7, 9). Od czasu, gdy neurastenia została wyodrębniona przez Bearda, jako oddzielna jednostka kliniczna, obszar jej zwiększa się coraz bardziej; różni autorowie opisują coraz więcej objawów neurastenicznych. Wskutek tego jednak poczęto przypisywać neurastenii wszystko, co było niejasne, niepewne, a nie dawało się odnieść do innej, ściślej określonej jednostki chorobowej.

Zdaniem autora, nauka o neurastenii musi być na nowo opracowana. Droga, po której nauka ta szła dotychczas, jest nieprawidłowa, gdyż pomijano mądrą zasadę Bacona »vere scire est per causas scire«. Zdaniem Cz. prawdziwa neurastenia jest konstytucyonalną i wrodzoną i według jego spostrzeżeń należy do rzadkich. Powstaje ona bez żadnych widocznych przyczyn w okresie dojrzałości płciowej. Autor przestrzega przed nadużywaniem rozpoznania neurastenii płciowej, a także przed zaliczaniem do neurasteników osób o nastroju śledzienniczym. Jako profesor uniwersytetu w Dorpacie miał Cz. sposobność spostrzegać neurastenię u Rosyan, Żydów, Estończyków, Łotyszów i Niemców. Neurasteników spotykał daleko częściej, niż neurasteniczki. Neurastenia rozwija się we wcześniejszym lub późniejszym wieku, stosownie do wystąpienia okresu dojrzałości płciowej. Sprawa wpływu narodowości jest jednak jeszcze sporną i zasługiwałaby na opracowanie od-

dzielne. Cz. odrzuca na podstawie własnego doświadczenia wpływ sposobu życia i zajęcia i podkreśla następnie, że nigdy nie spotykał prawdziwej neurastenii po 25—28. roku życia. Później mogą powstawać stany, podobne do neurastenicznych, jednakowoż jest to neurastenia rzekoma (neurasthenia spuria lub pseudoneurasthenia). Autor opisuje 3 odrębne postacie neurastenii rzekomej: 1) na tle »coitus reservatus«, 2) na tle stwardnienia tętnic u osób 50—60-letnich, 3) u osób dobrze odżywionych w wieku 40—50 lat w zależności od zaburzeń w wymianie materyi. Bezwątpienia mogą być jeszcze i inne postacie neurastenii rzekomej, ale Cz. podkreśla, że nigdy nie spostrzegał neurastenii z powodu przeciążenia pracą umysłową i bardzo sceptycznie zapatruje się na taką etyologię.

W końcu zachęca Cz. lekarzy do ściślejszego badania oddzielnych postaci neurastenii i neurastenii rzekomej, gdyż tylko na tej drodze można będzie wyjaśnić zawiłą sprawę etyologii stanów neurastenicznych i zastosować następnie racyonalne leczenie. L. Mańkowski.

Claude i Lejonne. 1) **Zmiany mózgu, wywołane doświadczalnie po podrażnieniu opon mózgowych** (C. R. de la Soc. de Biol. 1909. str. 541). 2) **W sprawie patogenezy napadów padaczkowych** (ibidem, 1910. str. 138). Wiadomo, że w wielu przypadkach zapalenia, ograniczonego napozór tylko do opon mózgowych, istnieją także zmiany komórek i włókien nerwowych. Takie zajęcie właściwej tkanki mózgu okazuje się w przyszłości daleko poważniejszem w skutkach, niż można było myśleć. Autorowie postanowili wywoływać aseptycznie miejscowe podrażnienie opon mózgowych i badać, o ile tkanka samego mózgu będzie na to oddziaływać. Podrażnienie opon osiągali zapomocą wstrzykiwań rozczynu chlorku cynku 1:500 pod oponę twardą. Doświadczenia robiono na psach. Wstrzykiwania wywoływały silne podrażnienie opon, któremu towarzyszyły zmiany samej substancyi mózgowej pod miejscem podrażnienia (przekrwienie, wybroczyny, rozmiękienie). Użyte do doświadczeń zwierzęta miały w ciągu kilku dni po doświadczeniu napady drgawek, poczem zazwyczaj przychodziły do zdrowia. Niektóre z tych zwierząt, które pozostały przy życiu, poddawali autorowie działaniu środków, wywołujących drgawki. Mianowicie jednym zwierzętom podawano absynt w ilości 1—6 łyżek dziennie, innym siarczan strychniny (rozczyn 1:10000) w ilości 1—$7^1/_2$ miligrm. (u psów o wadze 20 kilogr.). Równolegle podawano te środki i psom zdrowym. Na podawanie absyntu ani zdrowe, ani chore zwierzęta nie oddziaływały wcale. Natomiast siarczan strychniny wywoływał u psów chorych typowe napady drgawek padaczkowych, na zdrowe zaś psy żadnego wpływu nie wywierał. Autorowie wnoszą z faktów powyższych, że zwierzęta ze zmianami mózgowo-oponowemi są czulsze na działanie środków, wywołujących drgawki, niż zwierzęta zdrowe. L. Mańkowski.

E. Nathan. **O kojarzeniach u głupkowatych** (imbecil.) **i ich wartości rozpoznawczej**. (Klinik. f. psych. u. nerv. Krankh. T. IV. Z. 4). N. badał 8 głupkowatych w wieku od 9—18 lat podług rozmaitych metod, uważając, iż jedna metoda nie daje zupełnie pewnych wyników. Aby uniknąć uprzedzeń, co zdaniem N. ma znaczenie, badano chorych przed zaznajomieniem się z ich historyami chorób. Wyniki następujące: średni czas odczynu 3800 σ (o 1600 σ większy od prawidłowego), symetryczne kojarzenia przeważały, stanowiąc 75%, formalnych kojarzeń 45·6%, stereotypia dochodzi do 7%, często kojarzenia bezmyślne. Za przedmiotowe objawy, podlegające badaniu, na zasadzie których można rozpoznać głupkowatość, uważa N.: a) przedłużenie czasu odczynu, b) wzrost kojarzeń symetrycznych, c) wzrost kojarzeń formalnych, d) częstsze ujawnienie się stereotypii, e) częste kojarzenia bezmyślne, f) częste stwarzanie błędnych słów i wyrazów, g) fantastyczną grę słów. Za prawdopodobne tło psychologiczne tych objawów uważa N.: a) intellektualną słabość, b) niedostateczną zdolność skupiania się, c) wzmożoną fantastyczność. Właśnie eretyczne formy głupkowatości wykazują jeszcze pewne cechy, które obok upośledzenia umysłowego, pozwalają przypuszczać daleko idące zaburzenia spostrzegawczości. J. Bednarz.

Lepine. **Nukleinian sodu, a leukoterapia w chorobach umysłowych.** (Presse méd. 1910. Nr 9). Autor opisuje wyniki leczenia rozmaitych chorób umysłowych zapomocą wstrzykiwań nukleinianu sodu. Wszystkich spostrzeżeń zebrał L. 71, w tej liczbie było 13 przypadków otępienia przedwczesnego, 13 psychozy maniakalno-depresywnej, 17 porażenia postępującego, 4 padaczki, 8 bezmysłu (amentia, confusion mentale), 3 otępienia (dementia), 13 obłędów (délires). Wyzdrowień było 16, znaczne polepszenie nastąpiło w 6 przypadkach, lekkie polepszenie w 10. Żadnego wpływu leczenie nie wywarło w 30, pogorszenie nastąpiło w 6, śmierć w 3 przypadkach. L. jest bardzo zadowolony z wyników i uważa je za nieoczekiwane i świetne.

Co się tyczy rozmaitych postaci chorobowych, to w porażeniu postępującem nie wywarły wstrzykiwania nukleinianu sodu żadnego dodatniego wpływu; było nawet 5 pogorszeń i 1 śmierć. Bezskutecznemi okazały się wstrzykiwania również i w padaczce, mało zaś skutecznemi w otępieniu przedwczesnem. Wybitnie dodatni wpływ wywarły wstrzykiwania w przypadkach psychozy maniakalno-depresywnej, gdyż tylko w 2 przypadkach leczenie pozostało bez skutku. L. używał 2%—5% rozczynu nukleinianu. Jednorazowa dawka wynosiła 0·40—0·50. Ilość wstrzykiwań (pod skórę) była bardzo rozmaita; wstrzykiwania wykonywano z kilkudniowemi przerwami. Wpływ fizyczny polegał na podniesieniu ciepłoty do 39°—40°, zwiększeniu parcia w tętnicach, hyperleukocytozie, która zaczynała się mniej więcej po 4 godzinach po wstrzyknięciu, dochodziła szczytu po 30 godzinach i trwała 3—6 dni. Przytem stale zwiększała się ilość krwinek białych wielojądrzastych. Co się tyczy wpływu na psychikę, to chory stawał się spokojniejszym i odzyskiwał świadomość. Polepszenie występowało czasami już po jednem wstrzyknięciu. L. Mańkowski.

Dufour i Cottemot. **Wymioty niepowściągłe u ciężarnych i stosunek ich do zmian w układzie nerwowym.** (Revue neurol. 1910. Nr 3). Etyologia wymiotów u ciężarnych jest dotychczas nadzwyczaj ciemna. Gdy jedni poszukują przyczyny tego objawu w macicy ciężarnej, inni upatrują ją w nieprawidłowej czynności już to wątroby, już to nerek, tarczycy, jajników i t. d. Ze strony układu nerwowego podkreślają znaczenie histeryi.

Badając stan układu nerwowego u swoich chorych, znajdowali autorowie u jednych objawy wiądu rdzenia, u drugich — zapalenie nerwów obwodowe. Autorowie opisują obszernie 2 własne spostrzeżenia i 4 zaczerpnięte z piśmiennictwa, w których wiąd rdzenia (postać poronna) właśnie zdaje się być przyczyną nieustających wymiotów. Ciąża zaś tylko o tyle miała znaczenie, że wywołała w tych postaciach poronnych wiądu przełomy żołądkowe (crises gastricae) i nadała im niezwykłą siłę. W przypadkach tych wiąd rdzenia był chorobą utajoną, a wymioty pierwszym jej objawem klinicznym. Następnie dodają autorowie do 11 spostrzeżeń Puyo, gdzie przyczyną wymiotów były zapalenia nerwów obwodowych, dokładny opis 1 własnego przypadku, w którym było zapalenie nerwu błędnego. Rokowanie w przypadkach, połączonych z zapaleniami nerwów obwodowych, jest nieszczególne. Zwykle lekarz zmuszony bywa uciec się do wywołania poronienia. Autorowie podkreślają łączność wymiotów niepowściągłych ze zmianami w nerwach i sądzą, że w przypadkach niepowściągłych wymiotów u kobiet ciężarnych wskazane jest badanie układu nerwowego.

L. Mańkowski.

Pedyatrya.

A. Bergeron. **Rozpoznawanie gruźlicy przez związanie dopełniacza sposobem Marmorka.** (Presse méd. 1910. Nr 1). Według Marmorka w przebiegu gruźlicy czynnej, jady gruźlicze, krążące w krwi, dostają się do moczu. Wprowadzając w odczyn mocz taki z surowicą, zawierającą

ciała ochronne właściwe, po dodaniu świeżej surowicy świnki morskiej (dopełniacz), otrzymamy zamknięcie (zobojętnienie) danego układu. Jako wskaźnika używa się układu hemolitycznego: krwinek czerwonych barana i nieczynnej surowicy królika, uodpornionego przeciw krwinkom barana. Jeśli mocz zawiera jady gruźlicze, hemoliza nie następuje.

Przeprowadzając w ten sposób badania, otrzymał B. wyniki dodatnie prawie w 95% przypadków, w których gruźlicę czynną stwierdzono innymi sposobami klinicznego badania. Bujak.

Ch. Mantoux. **Odczyn śródskórny na tuberkulinę.** (Presse méd. 1910. Nr 2). Autor wstrzykuje w sam miąższ skóry właściwej 0·01 mlgr. tuberkuliny z 0·5% stowainy. W przypadkach odczynu dodatniego już po kilku godzinach tworzy się naciek, dosięgający szczytu nasilenia w 48 godzinach i wtedy tworzy guzek różowy, niekiedy biały, otoczony obwódką zapalną. Odczyn ten jest czulszy, niż sposób Pirqueta, gdyż wykrywa obecność gruźlicy jeszcze w 12% tych przypadków, gdzie szczepienie naskórne dało wynik ujemny. Wogóle z osób, nie okazujących żadnych zmian gruźliczych, dających się stwierdzić klinicznie, przeszło 80% oddziaływa dodatnio na szczepienie śródskórne. Bujak.

A. B. Marfan. **Krzywica i gruźlica.** (Presse méd. 1910. Nr 16). Okoliczność, że krzywica występuje także u dzieci karmionych piersią, wskazuje na istnienie innych jeszcze przyczyn powstawania krzywicy, oprócz zaburzeń odżywiania. Z drugiej strony na podstawie swych badań histologicznych doszedł autor do poglądu, iż krzywica powstaje skutkiem nadmiernej czynności szpiku kostnego, do czego przyłączają się zmiany innych narządów krwiotwórczych: gruczołów limfatycznych, migdałków i śledziony. Widocznie narząd krwiotwórczy w okresie najsilniejszej czynności łatwo ulega podrażnieniu przez różne zatrucia i zakażenia: więc w pierwszym rzędzie zatrucia z przewodu pokarmowego, zakażenie przymiotowe, zapalenia płuc odoskrzelowe przewlekłe lub nawrotowe, ropienia skórne; gdzie zaś w wywiadach braknie którego z wymienionych czynników, tam zwykle da się wykazać obecność gruźlicy, nabytej od rodziców, —, według autora w 25% krzywicy.

Krzywica, wywołana obecnością gruźlicy, powstaje późno (z końcem 1-go lub w 2-gim roku życia), ponieważ ognisko gruźlicze musi się rozwinąć do pewnego stopnia, zanim wywoła odczyn ogólny w postaci zadrażnienia tkanek krwiotwórczych. Tam, gdzie gruźlica wywołała ogólne charłactwo, zmiany krzywicze silnie rozwinąć się nie mogą, bo wyczerpany ustrój nie jest zdolny do odczynu ochronnego; gdzie zaś gruźlica objawia się tylko odczynem skórnym na szczepienie tuberkuliną, tam zmiany krzywicze dosięgają znacznych rozmiarów. Bujak.

E. Apert. **Plama niebieska wrodzona** (mongolska). (Presse méd. 1910. Nr 25). U noworodków niektórych ludów wschodnich rasy żółtej spotyka się prawie stale w okolicy krzyżów plamę niebieską, wielkości guldena, która z wiekiem traci na sile zabarwienia, a około 8—10 r. życia ginie. Zmianę tę spotyka się wyjątkowo także u rasy białej. Plamy te powstają skutkiem nagromadzenia się barwika czarnego w komórkach wrzecionowatych lub gwiazdkowatych, leżących poniżej warstwy brodawkowej skóry. Autor spostrzegał 2 takie przypadki u dzieci czystej rasy białej. Bujak.

D'Oelsnitz. **Objawy kliniczne przerostu grasicy.** (Presse méd. 1910. Nr 29). Autor zestawia różne objawy przerostu grasicy z piśmiennictwa i z własnych spostrzeżeń. I tak: duszność, wywołana przerostem grasicy, powiększa się — w odróżnieniu od innych postaci duszności — w położeniu na wznak i przy przechyleniu głowy w tył: mostek występuje ku przodowi, wymiar poprzeczny klatki piersiowej maleje, otwór zaś dolny klatki piersiowej rozszerza się. Napady duszności pojawiają się nagle, najczęściej w nocy. Silny, a zwłaszcza długo się utrzymujący kurcz głośni, wzbudza zawsze przypuszczenie przerostu grasicy. Świst wrodzony w pewnej części przypadków jest wywołany — według autora — przerostem grasicy. Wszystkim wspomnianym zmianom mogą towarzyszyć wzniesienia ciepłoty, ponieważ w przebiegu zakażeń ogólnych zwykle zaostrzają się objawy, zależne od przerostu grasicy. Twarz dzieci, dotkniętych przerostem grasicy, okazuje tępotę i pewien stopień sinicy; nabrzmienie żył szyjnych występuje głównie w czasie napadów duszności. Niekiedy istnieje nieumiarowe wypuklenie okolicy rękojeści mostka i chrząstek 2 górnych żeber, zwykle po prawej stronie; wobec silnie rozwiniętej podściółki tłuszczowej zmianę tę lepiej stwierdza się dotykiem, niż wzrokiem; w miejscu wypuklenia istnieje zwykle przytłumienie odgłosu opukowego, którego szerokość dochodzi 6—8 cm. Charakterystycznem ma być znikanie świstu wdechowego pod wpływem ucisku palcem na dołek nadmostkowy. Osłuchując okolicę rękojeści mostka, można zauważyć szmer żylny, wzmagający się przy przechyleniu głowy w tył, objaw ten ma jednak wartość rozpoznawczą dla omawianego cierpienia tylko wtedy, jeśli można wyłączyć przerost gruczołów okołooskrzelowych i tchawiczych. Bujak.

Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

(Choroby skórne).

Leczenie cierpień skórnych śniegiem bezwodnika kwasu węglowego poleca bardzo gorąco Zweig; nadaje się ono zwłaszcza w następujących sprawach: plamy barwikowe, naczyniaki, toczeń i gruźlica skóry, liszaj rumieniowy i raki skórne. (Münch. med. Wochs. 1900, Nr 32). A.

Łukowe światło niebieskie stosuje od lat kilku Moser z bardzo dobrym skutkiem w sprawach ropnych i chorobach skórnych. (Med. Klinik 1909, Nr 42). A.

Eucerin jako zaprawę maści poleca gorąco Philippi. Środek ten jest wazeliną, której przez dodatek t. zw. alkoholu II c nadano własność przyjmowania wody aż do 200%; wskutek tego można na eucerynie przyrządzać maści n. p. z octanem glinu lub ołowiu, ichtyolem i t. p. Euceryna »zwykła« jest biała, a »bezwodna« żółtawa; obie nie mają woni i nie rozkładają się. (Münch. med. Wochs. 1909, Nr 35). A.

Robotnicy w fabrykach cementu zapadają często na ostre zapalenia skóry, powstałe przez dostawanie się drobnego pyłu w pory skóry. Zapobiegać temu należy przez kąpiele i energiczne zmywania ciała zaraz po pracy. (Zft. f. Gewerbhyg. 1909, Nr 13). A.

Nadmierne pocenie się leczyć można podług Gersona w następujący prosty sposób: Pończochy lub skarpetki macza się w 10% rozczynie (40%) formaliny w alkoholu, wykręca i wysusza. Formalina przytem ściśle materye impregnuje. Skarpetki takie chory zmienia 3 razy na tydzień. Pocenie się rąk leczy się noszeniem rękawiczek, impregnowanych podobnie 5% formaliną alkoholową z dodatkiem wody kolońskiej. Również impregnować można i koszule n. p. przy ogólnem poceniu się chorych, dla turystów i t. p. (Med. Klinik 1909, Nr 34). A.

Znamiona wszelkiego rodzaju leczy Morton skutecznie zamrażaniem śniegiem bezwodnika kwasu węglowego. Działanie przez 40 sekund, potem opatrunek z maści borowej. Leczenie to stosuje M. także przy zapaleniu skóry rentgenowskiem, toczniu, brodawkach i t. p. (Lancet 1909, 4. XII.). K.

Naczyniaki (znamiona, płomienie) poleca Schmidt leczyć promieniami Röntgena. Pamiętać jednak należy o tem, że po tem leczeniu (podobnie, jak i po radzie) pozostać mogą plamy barwikowe. Stosuje się zwykle 4—6 dawek zapal-

nych (Erythemdosis) w odpowiednich odstępach czasu. Płaskie naczyniaki znikają zupełnie bez blizny. (Deutsche med. Wochs. 1909. Nr 52). K.

Chlorek etylu na brodawki poleca Budinger (Münch. med. Wochs. 1909, 14. VIII.) Zamraża je prądem chlorku etylowego przez minutę co drugi dzień. Bardzo ponad skórę wystające obcina wprzód nożyczkami. E. S.

Chlorek wapna przeciw róży zaleca Prof. K. Bohland z Bonn w postaci 5% maści. Na drugi, najdalej trzeci dzień spada ciepłota do poziomu prawidłowego. Powikłań nie zauważył autor nigdy. E. S.

Przeciwko odleżynie polecają puder: Rp. Dermatol. 10,0, Stovaini. hydrochl. 2,0, Benzoës pulv. 5.0, Amyl. 20,0, Mf. pulv. (Rif. med. 1909, S. 1115). A.

Nerwowe swędzenie skóry leczy Schmidt naświetlaniem rentgenowskiem, stosując co 14 dni ½ E. D. (Erythemdosis). (Berl. klin. Wochs. 1909, Nr 37). A.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie d. 20. kwietnia 1910.

Przewodniczy r. dw. Prof. Wicherkiewicz. Obecnych członków 20.

1) Protokół poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Prof. Kader przedstawia: a) chorego, u którego dokonał **wyłuszczenia krtani** z częścią przełyku **z powodu raka,** rozpoznanego w klinice laryngologicznej; b) przypadek **padaczki Jacksona,** w którym, mimo usunięcia odpowiednich ośrodków psychomotorycznych i następowego porażenia połowiczego, napady nie ustąpiły.

3) Przewodniczący poświęca żałobne wspomnienie ś p. kol. J. Staniszewskiemu, którego pamięć uczczono przez powstanie.

4) Przewodniczący odczytuje pismo Prezesa krakowskiego Towarzystwa technicznego, r. dw. Horoszkiewicza, zapraszające członków Tow. lek. krak. do wzięcia udziału w posiedzeniu wspólnem obu Towarzystw dn. 22. kwietnia, celem omówienia planów regulacyjnych Wielkiego Krakowa.

5) Kol. Frączkiewicz wygłasza wykład: **Dalsze badania nad ksantotropiną (gryseryną) w leczeniu gruźlicy.**

Dyskusyi nie było.

6) Uzupełnienie do protokółu posiedzenia z d. 16. III. 1910: »Kol. Koźniewski w odpowiedzi kol. Eisenbergowi, podnoszącemu, że związkom lipoido-białkowym nie trzeba przypisywać charakteru połączeń chemicznych, że raczej uważać je można za połączenia natury adsorbcyjnej albo za mieszaniny nakształt pianki, zaznaczył, że tembardziej takie nieokreślone, nie »wytworzone« pojęcia w tłómaczeniu zjawisk biochemicznych pomódz nie mogą. Biologia bez nich na razie obywa się (J. Lach: Die chemische Entwicklungserregung des tierieschen Eies. str. 92, str. 148). Na określenie zaś tych związków jako pianki, mowca zgadza się w zupełności, ale w takim razie jest to powrót w granice morfologii, do określeń Bütschliego. Właśnie o to chodzi, żeby nie wkraczać w dziedzinę pojęć i określeń chemicznych bez danych doświadczalnych. Co się tyczy autorów, przytoczonych przez kol. Eisenberga, to mówią oni o osłonce z ciał lipoidalnych (powszechnie znane prace Overtona, przeciwko którym niedawno wystąpił Ruhland w Jahrb. f. wissensch. Bot. 1907, str. 1. oraz Ber. d. deutsch. bot. Ges. XXVI. str. 772), albo o zawiesinie ciał białkowych z lipoidami (Hans Meyer: Sprawozdania z VII zjazdu chemiczn. w Londynie), albo też badając rozmaite lipoidy, jak Fraenkel w szeregu pięknych prac chemicznych, nie wdają się bynajmniej w przedwczesne roztrząsania, a nawet ostrzegają przed niemi (Gehirn-Chemie. Ergebnisse der Physiologie VIII. tom, str. 251). Pozostali autorowie również nic istotnego w tej sprawie nie podają«. (Streszczenie wł.).

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie z d. 5. stycznia 1910.

Przewodniczący kol. K. Jasiński. Sekretarz E. Sonnenberg.

1) Po przeczytaniu sprawozdania z działalności Towarzystwa za r. 1909 przez sekretarzy, skarbnika i bibliotekarzy, przystąpiono do rozpatrzenia wniosków komisyi, wybranej w d. 22. XII. 1910, w celu przejrzenia regulaminu Towarzystwa.

2) Przyjęte po ożywionej dyskusyi zmiany dotyczą przedewszystkiem art. 1, 2, 3, 23 i 60, omawiających przyjmowanie nowych członków, stosowanie pewnych obostrzeń względem członków zalegających z wkładką, oraz załatwianie spraw administracyjnych Towarzystwa.

3) Po omówieniu i uchwaleniu zmian w regulaminie przystąpiono do wyborów członków Zarządu na r. 1910. Na przewodniczącego wyborom wybrano kol. Pinkusa, który na asesorów zaprosił kolegów: K. Brzozowskiego, Rosenthala, a na sekretarza kol. W. Jasińskiego.

Sekretarzem stałym wybrano kol. K. Jasińskiego.

Prezesem wybrano kol. Kruschego, wiceprezesem kol. Sterlinga, sekretarzem I. kol. Sonnenberga, sekretarzem II. kol. Tomaszewskiego, skarbnikiem Littauera, bibliotekarzem I. kol. Prechnera, bibliotekarzem II. W. Jasińskiego.

4) Członkami sądu przy Tow. lekarskiem wybrano kolegów: K. Jasińskiego, Sterlinga, Grabowskiego, Pinkusa i Perlisa.

5) Do komisyi bibliotecznej przez aklamacyę wybrano kol.: M. Cohna, Goldmana i Trenknera.

6) Do komisyi rewizyjnej również przez aklamacyę wybrano kol.: Wisłockiego, Likiernika i Pańskiego.

7) W końcu posiedzenia balotowano kolegów: Łuniewskiego (z Warty) i kol. Garlicką. Na 25 głosujących kol. Garlicką przyjęto 25 głosami, kol. Łuniewskiego 24; jeden członek wstrzymał się od głosowania.

Posiedzenie z d. 19. stycznia 1910.

Przewodniczący kol. Krusche; sekretarz: Sonnenberg.

1) Na początku posiedzenia balotowano kol. S. Lewinsona. Kol. L. został przyjęty w poczet członków Towarzystwa 14 głosami, 4 kolegów wstrzymało się od głosowania.

2) Przeczytano list kol. Pinkusa do Zarządu; w liście kol. P., wybrany w d. 5 b. m. na członka sądu przy Towarzystwie lekarskiem, zrzeka się mandatu. Postanowiono wobec zrzeczenia się kol. P. dokonać wyboru jednego członka sądu na następnem posiedzeniu.

3) Kol. W. Jasiński wygłosił z ramienia sekcyi pedyatrycznej odczyt p. t.: **O drgawkach u dzieci.**

Zaznaczywszy znaczną ogólnie częstość drgawek u dzieci, J. zwraca uwagę na zbytnie lekceważenie przez ogół i lekarzy drgawek, które nie pozostawiają po sobie widocznych śladów w postaci porażeń lub t. p. zmian wtórnych. Omówiwszy następnie w krótkości teorye Soltmana, Kassowitza i Baumera, przeszedł J. do przytoczenia klasyfikacyi drgawek (według przyczyn), różnej u różnych badaczy. Po omówieniu dawnego podziału Soltmanna (eclampsia reflectoria et ecl. haematogenes), przytoczył J. nowszy podział Hochsingera, wreszcie zatrzymał się dłużej na określeniu wprowadzonego przez szkołę wrocławską pojęcia »skazy kurczowej« (spasmophilia, spasmophile Diathese). Zaznaczywszy, że szkoła wrocławska (Thiemich, Birk) nie uznaje innych przyczyn drgawek, prócz skazy kurczowej i padaczki,

omówił J. dokładniej rozpoznanie różniczkowe obu postaci, zwracając uwagę na dane, pozwalające wyłączyć możność przechodzenia jednej postaci w drugą. Dalej omówił J. skutki napadów drgawek na zasadzie materyału Birka i Thiemicha, którzy wykazali upośledzenie umysłowe u znacznej części dzieci ze stwierdzoną w dzieciństwie skazą kurczową. Następnie przeszedł do omówienia początków padaczki u dzieci, zwracając uwagę na niedocenioną dotąd częstość występowania pierwszego napadu już w okresie niemowlęctwa. Rozpatrzywszy dalej skutki padaczki (w szczególności wpływ jej na rozwój umysłowy dzieci), omówił J. w paru słowach związek padaczki z organicznemi cierpieniami mózgu, z kiłą i wrodzonem upośledzeniem umysłowem. (Streszczenie własne).

4) W dyskusyi nad powyższym odczytem zwrócił uwagę kol. Sonnenberg, że Francuzi (Fournier i inni) rozróżniają dwie postacie padaczki u dzieci, obarczonych dziedzicznie przymiotem. Jedna postać — to padaczka objawowa przymiotu wrodzonego. Padaczce tej towarzyszą inne objawy mózgowe, oraz zaburzenia ze strony narządów zmysłów, zaburzenia ruchowe i psychiczne. Drgawki są tu częściowe. Przebieg cierpienia bardzo szybki: w ciągu kilku miesięcy następuje wyzdrowienie lub zejście śmiertelne. Druga postać padaczki, występującej na tle wrodzonego przymiotu — to padaczka, w której drgawki stanowią jedyny i wyłączny objaw przez cały czas trwania choroby. Drgawki są tu ogólne. Cierpienie trwa długie lata. Napady drgawek powtarzają się od czasu do czasu, lecz na ogólny stan chorego dziecka wcale nie wpływają. W postaci, o której mowa, niema ani jednego objawu, któryby był dla przymiotu charakterystyczny. Sekcya również nic charakterystycznego dla przymiotu nie wykazuje i, gdyby nie wzgląd, że leczenie swoiste daje tu często dobry wynik, możnaby tę postać padaczki zaliczyć do kategoryi cierpień parasyfilitycznych.

5) Kol. Goldman przeczytał rzecz p. t.: **O pooperacyjnem zapaleniu ślinianki przyusznej**.

W dyskusyi wzięli udział koledzy: M. Cohn, Perlis, Maybaum.

6) W końcu posiedzenia przedstawili: *a*) kol. Goldman preparaty: 1) **kamieni żółciowych,** 2) **tętniaka tętnicy promieniowej;**

b) kol. Perlis preparat usuniętego u 20-letniej dziewczyny **wyrostka robaczkowego.** Chora w ciągu 7 lat 12 razy zapadała na ostre zapalenie wyrostka. Ostatni raz przed 3 miesiącami, z bardzo znacznym wysiękiem plastycznym. W okolicy kątnicy zrostów nie było; wyrostek niezmiernie długi, przeszło 13 cm, zawiera 8 kamieni kałowych; na wewnętrznej jego powierzchni sporo blizn i wybroczyn;

c) kol. Maks. Cohn przedstawił preparat usuniętego **wyrostka robaczkowego**;

d) kol. Maybaum preparat **kamieni żółciowych;**

e) kol. Grabowski preparat **raka nagłośni, gardła i krtani**, usuniętego drogą ekstyrpacyi.

E. Sonnenberg.

Z XVI międzynarodowego Zjazdu lekarskiego w Peszcie.

Sekcya medycyny wewnętrznej.

Opracował **Dr. E. Stahr.**

(Dokończenie).

34. J. Unterberg (Peszt). **Nowa metoda oznaczania czynności żołądka i jej wyniki.** Chory dostaje 400 cm^3 4—5% roztworu białka, świeżo sporządzonego z białka zasuszonego. Po 3 kwadransach wydobywa się płyn z żołądka. Potem chory pije 100 gr wody, którą znowu się pompuje. Jeśli się nic uda nic wydobyć, to chory jeszcze raz pije 100 gr wody. Oznacza się w zwykły sposób zawartość żołądka, kwaśność treści nierozcieńczonej i rozcieńczonej, oraz czystego soku żołądkowego itd. Wyniki uzyskał U. takie same, jak dotąd uzyskano innemi metodami. Ciekawe tylko, że w toku przypadków raka żołądka, w których mała część zdrowej błony śluzowej jeszcze była czynna, taż mała część błony śluzowej wydzielała niejako wyrównawczo przekwaśny sok żołądkowy.

35. F. Pick (Praga). **W sprawie leczenia ostrego nieżytu żołądka i jelit.** Autor podawał 60—120 gr glinki białej (bolus alba), drobniuchno rozbełtanej w wodzie (wedle Rumpfa) i nieraz w bardzo uporczywych przypadkach chorobę formalnie złamać się udawało. To samo podaje Escherich u dzieci (odpowiednio mniejsze dawki).

Benderski musiał ten sposób porzucić, bo chorzy nie chcieli połykać tak wielkich dawek glinki.

36. H. Strauss (Berlin). **O wskazaniach i przeciwwskazaniach do sigmoskopii.** Metoda ta ułatwiła dokładniejsze rozpoznawanie niektórych odmian zapaleń i nowotworów pętli esowatej. Wskazanie do sigmoskopii stanowią jednorazowe większe, lub powracające mniejsze krwawienia z kiszki stolcowej, dalej wycieki ropne i przewlekłe wycieki śluzowe. Przydatny jest wreszcie ten sposób, gdzie chodzi o guzy pozorne. Wykonywać go należy ostrożnie i umiejętnie, gdyż łatwo można zaszkodzić. Rozdymać powietrzem należy tylko tam, gdzie bańka odbytnicy (ampulla) nie rozszerza się automatycznie w ułożeniu kolanowo-piersiowem. W tych jednakże przypadkach stanowi stosowanie czynnika pneumatycznego wielki postęp. Przeciwwskazanie do tego zabiegu stanowią sprawy zapalne w pętli esowatej otoczenia, szczególniej zapalenia otrzewnej. Szczególna ostrożność wskazana jest u chorych na serce, na rozedmę płuc, tam, gdzie pętla esowata jest przesunięta przez zrosty i t. d. Sposób ten należy uważać za uzupełnienie dotychczasowych; zasługuje on na szerokie stosowanie.

37. Deck (Nowy-Orleans). **Swoiste leczenie czerwonki pełzakowej.** D. podaje większe dawki wymiotnicy (ipecacuanha) przez dłuższy czas z dobrym skutkiem. (Rzecz znana dawno. Przyp. ref.).

38. E. v. Romberg (Tübingen). **Znaczenie naczyń krwionośnych w toku chorób wewnętrznych z wyłączeniem właściwych chorób samych naczyń.** Rzecz nie da się pomieścić w ramach krótkiego referatu.

39. Richter (Berlin). **W sprawie patogenezy puchliny pochodzenia nerkowego.** Obok innych sposobów, stosowanych dla wywołania niedomogi nerkowej, stosował R. środki rozszerzające naczynia, n. p. azotyn amylowy i t. p. We wszystkich tych przypadkach występowała puchlina, chociaż nie podawano większej ilości wody. Autor sądzi, że spostrzeżenia jego dowodzą, jak ważną jest przepuszczalność naczyń nerkowych dla powstawania puchliny, jakoteż, że słuszną jest teorya Cohnheima — Senatora.

40. Bence (Peszt). **Patogeneza puchliny.** Jeśli króliki przeżyły 4—6 dni obustronne wyłuszczenie nerek, to puchły, mimo że nie piły, ani nie jadły, przyczem waga ogólna ciała spadała. Brak, względnie utrata wody nie chroni więc przed puchliną, puchlina pochodzenia nerkowego może więc powstawać bez zatrzymywania wody. Przypływ wody podnosi jednakże znacznie wielkość obrzęków. Podczas powstawania obrzęków staje się krew zamożniejszą w wodę, a więc woda w płynie puchlinnym nie pochodzi ze krwi. Płyn, który z jednej strony rozcieńcza krew, a z drugiej wnika w przestwory śródtkankowe, może pochodzić tylko z tkanek. Podobne stosunki stwierdza się u ludzi chorych na zapalenie nerek, szczególniej w toku ostrego zapalenia. W czasie ustępowania obrzęków krew zagęszcza się. — Zupełnie odmiennie przdstawiają się obrzęki pochodzenia sercowego. Tu nie znajdujemy wodnistości krwi. Spadek współczynnika załamania surowicy należy odnieść do zwolnionego obiegu krwi i stąd wzmożonego zużywania białka osocza (A. Korányi).

41. Henschen (Stockholm). **O skurczowych czynnościowych szmerach sercowych.** W zapatrywaniu na przyczynę i tłómaczenie tych szmerów panuje zamęt. Sprawę

tę tłómaczono na wszelkie możliwe sposoby. H. mówi tylko o niektórych teoryach: Laënnec, Paul, Sansom dopatrują się przyczyny w skurczu serca i naczyń. Miękkie tętno i nizkie parcie tętnicze przemawiają przeciw tej teoryi. Teorye, upatrujące przyczynę sprawy w złym układzie krwi, nie dają tłómaczenia fizycznego. Teorya Sahliego również sprawy nie wyświetla, boć szybsze tętno nie wywołuje jeszcze szmeru. Zapatrywanie, że przyczyną jest zwężenie tętnicy płucnej, nie zostało dotąd udowodnione. To samo da się powiedzieć o t. zw. »Frottierungstheorie« Müllera. H. stawia następujące tezy: Wszystkie szmery skurczowe czynnościowe (z niedokrwistości, szmery serca otłuszczonego, t. zw. gorączkowe i t. d.), są co do swej istoty takie same, różnią się w nasileniu od organicznych i polegają na wirach we krwi. Cechą szmerów czynnościowych jest to, że są miękkie, częste u niedokrwistych, słyszalne najwyraźniej w II. międzyżebrzu lewem, w czasie wdechu słabną, względnie nikną; II. ton nad tętnicą płucną nie jest wzmocniony, komora prawa nie przerosła, wzgl. rozszerzona. Teorya powinna te objawy tłómaczyć. H. przez długie lata spostrzegał, że przy szmerach czynnościowych skurczowych komora lewa jest zawsze rozszerzona, szmery te pochodzą zatem z rozszerzenia, a więc względnej niedomykalności zastawek i równoczesnego niedostatecznego kurczenia się zwyrodniałego lub zakażeniem zatrutego mięśnia sercowego. Szmery te bywają z niedokrwistości, gorączkowe (błonica), gośćcowe, ze zwyrodnienia (serce otłuszczone, zapalenie nerek, choroba Basedowa). Jeżeli rozszerzeniu towarzyszy przerost, to niema szmeru (serce u sportowców, przewlekłe zapalenie nerek). Szmer ustępuje wraz z rozszerzeniem serca.

42. W. S. Thayer (Baltimore). **O trzecim tonie sercowym.** T. tłómaczy zjawisko to tem, że w czasie nagłego rozkurczu komory zastawka dwudzielna tak się napina, że sprawia słyszalne drżenie.

Dyskusya: Wenckebach (Groningen): W czasie nasilonej pracy fizycznej zdaje się, że się wcale serce nie rozszerza, ale nawet maleje. Geisler (Petersburg) nie spostrzegał równocześnie ze szmerami czynnościowemi rozszerzenia serca. Nie zachodzi też wtedy względna niedomykalność zastawki dwudzielnej, gdyż w takim razie szmer musiałby się wzmagać w ułożeniu poziomem, szmery zaś czynnościowe wtedy właśnie słabną. Giuffre (Palermo) potwierdza spostrzeżenia Henschena.

43. Wenckebach. **O zupełnej i stałej nieregularności serca.** Ten po raz pierwszy przez W. opisany obraz chorobowy znamionuje się prawie zawsze niedomykalnością zastawki trójdzielnej i dodatniem tętnem żylnem. Mackenzie dowiódł, że w chorobie tej występuje porażenie przedsionków. W. zaś stwierdził w tych przypadkach zwyrodnienie mięśni żyły głównej górnej u jej ujścia do prawego przedsionka. W. popiera swój wywód przedstawieniem dwóch przypadków. Badań anatomicznych na sercach, dostarczonych przez Wenckebacha, dokonał Aschoff.

Dr Herman Hirsch (Kraków). **Włókniaki macicy i skaza moczanowa.** Autor zwraca uwagę na związek, zachodzący między obu cierpieniami. Sam spostrzegał 30 przypadków, w których włókniakom towarzyszyła skaza moczanowa. W czasie krwawień objawy skazy ustępują, a potem znowu się wzmagają. — Autor wreszcie podnosi znaczenie kwasu nukleinowego dla powstawania włókniaków.

Wrażenia chirurgiczne z klinik berlińskich.

Podał

Dr Zygmunt Lewicki,
sek. szpit. w Samborze.

Korzystając z zasiłku na podróż naukową, udzielonego mi przez Wydział krajowy, zwiedziłem kliniki chirurgiczne Biera i Hildebranda i urządzenia szpitali, z których szpital Virchowa i szpital w Rixdorfie pod Berlinem są najbardziej nowocześnie urządzone.

Za ułatwienie mi tej wycieczki niech mi wolno będzie w tem miejscu publicznie podziękować Wysokiemu Wydziałowi krajowemu.

Pierwsze, co w Berlinie na wstępie uderza, to odmienny sposób przeprowadzenia odkażania rąk i przygotowania chorego do operacyi na obu klinikach. U Hildebranda panuje jeszcze wszechwładnie dawna, ale może najpewniejsza, metoda mycia rąk Fürbringera; sam Hildebrand mówi o sobie: »Ich bin kein moderner Chirurg« —; również nie jest on zwolennikiem wczesnego wstawania chorych po laparotomiach i t. d. Na klinice zaś Biera widzi się ciągłe dążenie do nowości. Niema tam długiego mycia rąk i chorego. Dzień przed operacyą dostaje chory ciepłą kąpiel, przed samą operacyą zaś myje się go wacikiem z wyjałowionej gazy białej, napojonym benzyną, ciągle odmieniając wacik dopóty, dopóki na waciku widać choćby śladzik brudu; następnie pole operacyjne na dość dużej przestrzeni pędzluje się 10% nalewką jodową dwa razy — i całe mycie skończone. Operator i asystenci myją się alkoholem absolutnym 5—8 minut przy pomocy gazy białej wyjałowionej i wdziewają rękawiczki wyjałowione, albo gumowe, albo jedwabne białe — zależnie od tego, czy ma się operować więcej na tępo, jedwabne rękawiczki bowiem ułatwiają w wysokim stopniu rozdzielanie części miękkich. W klinice Biera zwraca się uwagę przedewszystkiem na to, by ręce przed operacyą nie były w zetknięciu z żadnym materyałem zakaźnym; — to pewniejsza ochrona przed zakażeniem, niż nawet półgodzinne skombinowane mycie rąk. Szorowanie rąk szczotką zdziera naskórek, przez co tworzą się zaułki i pęknięcia na rękach, które tworzą korzystne warunki dla bakteryi. — Racyonalny sposób odkażania rąk, któryby dawał pewność i był prosty, a zwłaszcza dostępny dla lekarzy praktycznych, jest sprawą ciągle jeszcze nierozstrzygniętą i wywołuje namiętne za i przeciw.

Niedawno podał von Hippel z Giessen [1]) swój sposób odkażania rąk i chorego, którym się posługuje od $^1/_4$ roku przy wielkich operacyach, a który mu dał wyniki pod względem doraźnego gojenia się ran w niczem nie ustępujące od wyników leczenia ran pooperacyjnych, starą metodą oczyszczanych. Sposób ten niewiele się różni od sposobu używanego w klinice Biera, tylko zamiast alkoholu używa Hippel spirytusu mydlanego i po zeszyciu jeszcze raz pędzluje ranę nalewką jodową. Hippel jest z tej metody bardzo zadowolony. Na klinice Biera mają również bardzo dobre wyniki. Zwykle skutkiem zadrażnienia skóry nalewką jodową wokoło szwów występuje lekkie zaczerwienienie, które jednak po 2—3 dniach znika. Można w ten sposób wypędzlować $^1/_3$ część powierzchni skóry bez obawy zatrucia; w dwu przypadkach zauważono tylko rumień, ci chorzy jednak byli także na jodoform wrażliwi.

Na obu klinikach berlińskich widać usiłowania, by wyrugować przynajmniej w części ogólne uśpienie z użycia. Dużo i to nawet większych operacyi robi się w znieczuleniu miejscowem. Widziałem operacye takie, jak: wycięcie krtani, gastrostomia, gastroenterostomia, wycięcie wola, operacye przepuklin i t. d., robione w znieczuleniu miejscowem, przy czem wstrzykują do 150 cm³ rozczynu $^1/_2$% nowokainy bez obawy zatrucia.

Bier kładzie nacisk, by nietylko samo pole operacyjne, ale całą otaczającą tkankę w znacznej odległości znieczulać, a wtedy zwykle znieczulenie nie zawodzi. Wedle poleceń Brauna [2]) używa się na klinice Biera 4 rozczynów:

[1]) Deutsche Ärzte-Zeitung Nr 19 u. 20 ex 1909.
[2]) Braun. Lehrbuch d. loc. Anästhesie, 1905.

I. Nowokainy 0,25
Fizyologiczny rozczyn soli kuchennej 100,0
5 kropel rozczynu suprareniny 1: 1000,0

II. Nowokainy 0,25
Fizyolog. rozczyn soli kuch. 50,0
5 kropel rozczynu suprareniny 1: 1000,0

III. Nowokainy 0,1
Fizyol. rozczyn soli kuch. 10,0
5 kropel rozczynu suprareniny 1: 1000,0

IV. Nowokainy 0,1
Fizyol. rozczyn soli kuch. 5,0
5 kropel rozczynu suprareniny 1: 1000,0

Dawka suprareniny jest tak dobrana, że nie wywołuje przerwy w krążeniu, często jednak obchodzą się bez niej. Rozczynu I. i II. używa się przy znieczulaniu dużych i głębokich obszarów, wstrzykuje się strzykawką 10-gramową, przyczem powinien powstać obrzęk tkanki; rozczynu zaś III. i IV. używa się tylko w małych ilościach kroplami n. p. do nerwów i to strzykawką 1-gramową. Igiełki strzykawek muszą być bardzo cienkie, bo ukłucia grubszych są bardzo bolesne. Wokoło pola operacyjnego robi się kilka wstrzyknięć podskórnych w postaci bąbli, t. zw. »Hautquaddel«, z tych bąbli dopiero należy wstrzykiwać w głębsze warstwy i około pola operacyjnego, najpierw wstrzykując, a następnie posuwając igiełkę: »injection traçante et continue« Reclusa. W ten sposób zapobiega się ewentualnemu przebiciu większego naczynia, bo skutkiem nacieczenia tkanki samo się ono z drogi usuwa. — Znieczulenie występuje najwybitniej w 20 minut. Każda prawie operacya wymaga osobnej metody wstrzykiwania. Podam najważniejsze operacye, które widziałem wykonane w znieczuleniu miejscowem.

Do wycięcia wola zaznacza się 5 miejsc w postaci bąbli; trzy w tyle za mięśniem mostkowo-sutkowo-obojczykowym, mianowicie jedno w górze w okolicy n. usznego wielkiego (n. auricularis magnus), drugie w połowie długości mięśnia (n. skórny szyi), a trzecie w dole mięśnia (nn. nadobojczykowe); dwa zaś w linii środkowej szyi, t. zn. czwarte w blizkości dołka jarzmowego, a piąte powyżej węziny gruczołu tarczowego (isthmus). Można użyć około 100 cm^3 rozczynu Nr I. Od tych miejsc należy wstrzykiwać w ten sposób, by je ze sobą połączyć, i to najpierw od powięzi, a potem do tkanki podskórnej i skóry. — Znieczulenie to prawie nigdy nie jest zupełne i wynik zależy bardzo od wrażliwości chorego, jeśli się jednak unika niepotrzebnych pociągań tchawicy, można oszczędzić bardzo wiele bolu operowanemu. Hildebrand zauważył, że przy użyciu tej samej techniki chorzy w Bazylei dają się chętnie operować w znieczuleniu, — w Berlinie zaś nie.

Tracheotomia da się wykonać w znieczuleniu zupełnie bezboleśnie przy stosowaniu wstrzykiwań w postaci »rombu Hackenbrucha«: po obu stronach przyszłego cięcia zaznacza się dwa wkłucia w zwykły sposób, a dwa w linii cięcia: jedno w górze, drugie w dole. Od tych miejsc wstrzykuje się rozczyn Nr II. najpierw głęboko w bok od tchawicy i chrząstki pierścieniowatej, później w tkankę podskórną i łączy się te cztery punkty ze sobą. Znieczulenie jest zupełne w 10 minut. Podobnie znieczula się pole operacyjne przy wycięciu krtani z tym dodatkiem, że błonę śluzową krtani pędzlują 20% kokainą. Operacya ta jednak w tem znieczuleniu nie jest bezbolesna i nie każdy chory znosi ją spokojnie.

Przy laparotomii robi się kilka wstrzyknięć podskórnych, następnie od końcowych punktów znieczulenia nastrzykuje się tkankę podskórną i skórę w postaci rombu Hackenbrucha; po przecięciu skóry i tkanki podskórnej nastrzykuje się tkankę przyotrzewną, przez co i otrzewnę się znieczula. Chorzy podczas całej operacyi zachowywali się zupełnie spokojnie pomimo wielkiego zabiegu chirurgicznego, jak gastroenterostomia retrocolica posterior i t. d. Pytani odpowiadali, że prócz nieprzyjemnego uczucia ciśnienia na trzewia nie mieli wcale świadomości bolu. Należy jednak unikać wszelkiego silniejszego pociągania za krezkę.

(C. d. n.).

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Towarzystwo higieniczne lwowskie stwierdza w sprawozdaniu za r. 1909 pewne osłabnięcie działalności. Objętość organu Tow., »Przeglądu higienicznego«, musiano zmniejszyć dla braku funduszów; na jeden zapowiedziany wykład przybyło tak mało słuchaczy, że Towarzystwo musiało zaniechać urządzenia dalszych wykładów. Towarzystwo liczyło 250 członków, miało 2.336 kor. dochodu; wydało i rozpowszechniło w r. 1909 dwie broszury popularne o chorobach płciowych, Dra Blumenfelda i Prof. Jurasza. Na Walnem Zgromadzeniu w d. 9. V. b. r. wybrano do Zarządu z lekarzy: Dra Hojnackiego, Drą Opieńskiego i Doc. Piaseckiego. R.

Lekarze w Stryju opracowali zbiorowo i gremialnie podpisawszy wnieśli do Rady miejskiej »Memoryał w celu poprawienia stosunków zdrowotnych miasta«, w którym wskazują na konieczność osuszenia bagniska przy Olszynce i urządzenia w tem miejscu parku publicznego i placów do zabaw ruchowych, na potrzebę urządzenia dobrych łazienek nad rzeką Stryjem, sprawienia przez miasto powozu do przewożenia do szpitala chorych zakaźnych, wreszcie żądają powołania kilku lekarzy do komisyi sanitarnej miejskiej, zwłaszcza dla sprawy wodociągów i kanalizacyi.

Inicyatywa lekarzy stryjskich zasługuje na gorące uznanie i powinna być dla lekarzy w innych naszych miastach przykładem, zachęcającym do naśladowania. R.

O Towarzystwie ratunkowem krakowskiem zamieszcza uwagi Dr Mikołajski w »Głosie lekarzy« (Nr 9), wyrażając zdanie, że pełnienie służby w Pogotowiu ratunkowem przez słuchaczy medycyny jest anomalią, i zauważając, że służba ta jest wynagradzana, a nie bezpłatna. Dr Mikołajski sądzi, że ze stanowiska zawodowo-lekarskiego należy anomalię tę usunąć, przyczem odwołuje się do Krajowego Związku lekarzy i do Izby lekarskiej i wyraża zdanie, że magistrat miasta byłby zmuszony dostarczyć środków na to, aby służbę w Pogotowiu pełnili tylko dyplomowani lekarze, gdyby lekarze solidarnie usunęli się od współdziałania w Pogotowiu, dopóki służbę pełnią słuchacze medycyny. Z.

W Stowarzyszeniu lekarzy polskich w Warszawie odbyło się 27. IV. b. r. doroczne zebranie ogólne pod przewodnictwem Dra Kamockiego. Na zebraniu tem przyjęto sprawozdanie Zarządu, projekt przepisów o ogłoszeniach lekarskich, regulamin dla wydziałów Stowarzyszenia i projekt taryfy za porady i zabiegi chirurgiczne. Następnie dokonano wyborów. Do zarządu weszli Drowie: Przyborowski, Reutt, Sadowski i Szumlański, a na zastępców Jaworski i Zweigbaum; do sądu koleżeńskiego Drowie: Babiński, Gajkiewicz, Jakimiak, Kozerski i Ed. Zieliński; do komisyi rewizyjnej Drowie: Antecki, Babiński, Bregman, Grundzach, Gruszczyński, Knappe, Natanson, Ryłko i Skłodowski. Towarzystwo liczy obecnie 407 członków. R.

Kasa pożyczkowo-oszczędnościowa lekarzy warszawskich liczyła w r. 1909 142 członków i zamknęła bilans kwotą 54.985·93 rb. Czysty zysk wynosił 1.759·34 rb. R.

W obronie felczerów wystąpił bawarski radca Cramer-Klett, ubolewając, że stan felczerów (Bader) skazany jest na wymarcie. Podług Cramer-Kletta felczerzy byli właśnie tym kitem, który łączył ludność wiejską z medycyną, gdyż wieśniak u felczera leczył się chętnie, a do lekarza zwraca się rzadko. Tenże pan radca zażądał, by przy przyjmowaniu lekarzy na posady rządowe domagano się od nich dowodu, że nie należą do znanego »Związku lipskiego lekarzy«, a to... w celu uchronienia biednej ludności od ewentualnego braku lekarza wskutek bojkotów (!). X.

Narodowe Towarzystwo zwalczania gruźlicy w Stanach Zjednoczonych postanowiło po dworcach kolejowych, poczekalniach i t. p. umieszczać ogromne afisze, przedstawiające obrazowo następstwa gruźlicy nie leczonej. X.

Ulgi dla lekarzy. Następujące firmy dają opust członkom krajowego Związku lekarzy w Krakowie: 1) A. Froncz (Floryańska) 10%. 2) Janeczek (Rynek) 10%. 3) Jawornicki (Rynek) 10% ew. 6%. 4) Wierzejski (Rynek) 10%. 5) Litawski (Stary teatr) 7%. 6) Kirschner (Floryańska) 10%. 7) Reim (Rynek) 10%. 8) Skład węgli Czernego (Pawia) 6 hal. na cetnarze i ulgi w spłacie i dostawie. 9) Skład węgli Pobudkiewicza (Pawia). 10) Ditmar (Rynek) 10%. 11) Mensik (Floryańska) 5—10%. 12) Drukarnia Rippera 5%. 13) Becker (Szewska) 6—10% (także wędliny gorlickie). 14) Bałabuszyński (Szewska) 10%. 15) Martin (oba sklepy) 10%. 16) Fotograf Kuczyński-Gertler (Rynek) 20%. Dalsze rokowania w toku. Dr A. Klęsk.

Z administracyi znaczków receptowych.

Sprzedano znaczków:	4 h	1 h
Od roku 1904 do końca marca 1910 .	510,172	424,694
W kwietniu 1910	975	7,000
Razem .	511,147	431,694

Dr Żydłowicz, administrator.

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 1. V. do 7. V. 1910 doniesiono o nowych przypadkach d u r u p l a m i s t e g o w m. Krakowie (11 w miejskim Domu kalek i nieuleczalnych, t. zw. »ogrodzie angielskim«), w pow. Bohorodczany (Żuraki 2), Buczacz (Barysz 5), Czortków (Bazar 6, Dolina 1), Grybów (Izby 1, Bieliczna 2), Horodenka (Żuków 4), Husiatyn (Husiatyn 1), Jarosław (Nienowice 1, Zaleska wola 1), Jaworów (Starzyska 1, Czerczyk 2, Jazów stary 4), Nadwórna (Wołosów 1), Podhajce (Wiśniowczyk 2), Śniatyn (Wołczkowce 9, Kielichów 2), Tłumacz (Olesza 3), Zborów (Kudobińce 4). Dr T.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 1. V. do 7. V. 1910 zgłoszono przypadków: błonicy 6 † — (w tem obcych 3 † —), krztuśca 1, płonicy 7, odry 2, duru osutkowego 7, duru brzusznego 3 † 1 (1 † —), tężca 1 † 1.

Dr Janiszewski.

Trzecia wycieczka naukowa lekarska na południe.

Również i w roku bieżącym w m. listopadzie odbędzie się interesująca wycieczka naukowa po Hiszpanii, Maroku i t. d., a urządzeniem jej zajął się komitet, złożony z delegatów Związków lekarzy, praktykujących w zdrojowiskach czeskich. Wyjazd uczestników nastąpi w d. 6. listopada r. b. z portu w Genui na parowcu Lloydu austryackiego »Thalia«, który opłynie Riwierę włoską i francuską i zdąży do Barcelony. Stąd odbędą się wycieczki lądowe po głównych miastach Hiszpanii, znanych z cennych zabytków sztuki i piękności położenia (Madryt, Granada, Kordowa, Sewilla, Cadix, Gibraltar). Na okręcie opłyną wycieczkowcy całe północne wybrzeże Afryki zachodniej, robiąc znów wycieczki lądowe po Marokku, Algierze (wycieczki do pięknej oazy, Bisury), i Tunisie z Kartaginą, stąd zawrócą do Sycylii, gdzie zwiedzą Messynę i słynną z ruin i pięknego położenia Taorminę pod Etną, a następnie opłynąwszy południową część Włoch, zdążą do zatoki Kotarskiej, skąd odbędzie się wycieczka do stolicy Czarnogóry, Cetynii. W d. 5. grudnia b. r. zawinie »Thalia« do Tryestu, jako do stacyi końcowej. Koszta wycieczki wyniosą koło 1100 koron od osoby, t. j. podróż morska koło 500 do 550 koron, zależnie od kajuty, a koło 550 koron wycieczki lądowe, wszędzie z kosztami umieszczenia w pierwszorzędnych hotelach, wykwintnem utrzymaniem, napiwkami, jazdą koleją I. klasą, ekwipażami i t. d. Bliższych szczegółów udziela Dr Hugon Stark, lekarz w Karlsbadzie (Sprudelstrasse Haus Amerikaner), co do podróży lądowych zaś firma Hartmann w Kolonii nad Renem, która w r. ubiegłym znakomicie urządziła wycieczki do Grecyi i do Egiptu. Polscy lekarze i ich rodziny mogą utworzyć osobny klub i mieć w komitecie wycieczkowym swych reprezentantów, a polskie Towarzystwa lekarskie są proszone, aby do komitetu wybrały swych delegatów.

Dr Obtułowicz (Lwów).

Wiadomości bieżące.

Wydanie jubileuszowe wiekopomnej »Teoryi jestestw organicznych« J. Śniadeckiego można nabywać w Administracyi »Przeglądu lekarskiego« (Dunajewskiego 2), po bardzo nizkiej cenie 2 kor. 50 hal. Dochód z rozprzedaży przeznaczony na cele użyteczności publicznej.

Kraków. Na posiedzeniu komisyi sanitarnej miejskiej w d. 10. V. 1910 uchwalono przenieść targowisko z Kleparza za miasto, przyjęto sprawozdanie fizykatu o durze plamistym w Domu kalek (13 przypadków) i o innych chorobach zakaźnych. Od Nowego Roku przeprowadził fizykat 566 odkażań; w domu izolacyjnym, od jego urządzenia, internowano 347 osób; obecnie rozpoczęły się kursa dla sanitaryuszy. Uchwalono wskazać na konieczność budowy nowego Domu kalek. Przyjęto wnioski Prof. Pareńskiego o rewizyę ustępów przy handlach i zakładach przemysłowych, o nadzór lekarski przy ćwiczeniach gimnastycznych i o krzewienie przeciwgruźliczych ostrzeżeń zapomocą napisów na pudełkach zapałek.

— Zakład Dra Chramca w Zakopanem nabyło, jak donoszą dzienniki, Towarzystwo akcyjne z kapitałem 2 milionów koron, w którem uczestniczą Bank krajowy i Wiedeński Bank Związkowy. Towarzystwo zamierza zbudować nowy dom mieszkalny, a później Dom zdrojowy.

— Dzienniki słusznie podnoszą niedostateczne odkażanie wozów osobowych, krążących między Krakowem i Sączem a Zakopanem, a przewożących znaczną liczbę osób z gruźlicą otwartą.

Warszawa. Komitet wydawnictw higieniczno-popularnych im. Alfreda Sokołowskiego ogłasza konkurs na temat: »Higiena warsztatu szewskiego«. Rozprawy w objętości 1 do $1^1/_2$ arkusza druku 8-o należy z zachowaniem zwykłych form konkursowych nadsyłać do d. 1. września 1910 do kancelaryi Towarzystwa lek. warszawskiego (Niecała 7). Nagroda wynosi 75 rb. Sąd konkursowy stanowią Drowie: Bieliński, Hewelke, J. Jaworski, Pruszyński, Rejchman i redaktorowie Nowicki i T. Prószyński.

— Redakcya »Przeglądu chirurgicznego i ginekologicznego« ogłasza konkurs na najlepszą pracę doświadczalną z dziedziny, pozostającej w ściślejszym związku z chirurgią. Nagroda 100 rb. Termin konkursu do 30. czerwca 1911.

— Rosyjskie ministerstwo handlu ma udzielić 800.000 rb. pożyczek na melioracye w zdrojowiskach skarbowych: między innymi ma otrzymać Busk na budowę domu zdrojowego 75.000 rubli.

Łódź. Zakład w Kochanówce pod Łodzią nie może już pomieścić zgłaszających się chorych, których liczba doszła 250. Komitet zbierać więc zaczął fundusze na dobudowanie nowego pawilonu.

— Tragicznemu wypadkowi uległ kol. Julian Grabowski, starszy ordynator (lekarz naczelny) szpitala powiatowego w Łodzi. Operując w dn. 12. marca b. r. przerzut raka w migdałku, uległ skaleczeniu w wielki palec ręki prawej. Skutkiem tego rozwinęła się sprawa posokowata, która (pomimo szybkiej i energicznej pomocy koleżeńskiej ze strony kolegów miejscowych i kol. Br. Sawickiego z Warszawy), doprowadziła do amputacyi prawej ręki na granicy średniej i górnej części ramienia. Serdeczne współczucie kolegów i szerokiego grona miejscowej ludności towarzyszyło całej chorobie kolegi Grabowskiego, któremu życie od ławy uniwersyteckiej nie szczędziło ciężkich przejść, będących wynikiem jego wzniosłych dążeń i hartu ducha.

Z różnych stron. W referacie »O stosunku uczonych polskich do kongresów naukowych międzynarodowych i o potrzebie udziału naszego w kongresach takich«, przesłanym sekcyi naukowej Kongresu narodowego polskiego w Waszyngtonie, wykazuje Dr Józef Jaworski, że uczeni polscy powinni uczestniczyć w Zjazdach naukowych międzynarodowych, a nawet niektórych francuskich, niemieckich i t. p. Na Zjazdach międzynarodowych powinien mieć każdy naród przedstawicielstwo pod postacią komitetu narodowego, a wszystkie takie komitety powinny mieć równe prawa. Takiego komitetu powinniśmy się domagać na każdym Zjeździe międzynarodowym; gdyby temu żądaniu odmówiono, należałoby, zdaniem Dra Jaworskiego, wydać i doręczyć uczestnikom Zjazdu spis prac polskich z danego działu za ostatnie 5—10-lecie. Wreszcie zdaniem Dra Jaworskiego powinien komitet polski na Zjazdach międzynarodowych zgłaszać własne tematy programowe lub koreferaty.

— Dr Teofil Hołobut habilitował się z zakresu bakteryologii w lwowskiej Akademii weterynaryjnej, a habilitacya ta została przez ministerstwo zatwierdzona.

— Dla podniesienia poziomu wykształcenia psychiatrycznego w Anglii postanowiono, że każdy lekarz, starający się o wyższą posadę, n. p. kierownika oddziału, musi uzyskać osobny dyplom z psychiatryi. X.

— Ogromnie reklamowana »słynna« przeciwgośćcowa wata Völlnera okazała się przy szczegółowem badaniu zwykłą, nawet niczem nie impregnowaną watą. X.

Mianowani: Farmakolog Doc. Hildebrandt w Halle profesorem; Dr Roncali profesorem patologii chirurgicznej w Padwie; Dr Karol Morawski asystentem kliniki położn. w Krakowie; lekarzami miejskimi w Krakowie Drowie: Teofil Baczyński, St. Gólski, B. Komorowski, R. Nitsch, J. Owsiński, Sikorski, M. Wojczyński, J. Weinsberg, St. Zamorski.

Powołani: Fizyolog Prof. Verworn z Göttingen do Bonn.

Zmarli: Dr Maksymilian Kaufmann w Karlsbadzie. Zmarły był jednym z tych rzadkich ludzi, którzy do siebie przywiązują wszystkich, komu danem jest poznać ich bliżej. To też śmierć jego wzbudzi żal nietylko pomiędzy miejscowymi kolegami, ale dotknie i zasmuci tych wszystkich, którzy go pamiętają. Towarzystwo lekarskie tutejsze i grono lekarzy polskich wyraziło zmarłemu hołd, żegnając trumnę z jego zwłokami serdecznem słowem. Zmarły skończył Uniwersytet w Krakowie. Zwłoki jego spoczną na cmentarzu w rodzinnem mieście. Dr W. M.

Dr Władysław Freudenson, ordynator szpitala na Czystem, w 60 r. ż. w Warszawie.

Redakcya otrzymała: N. Cybulski: Über die Beziehung zwischen den Aktionsströmen und dem tätigen Zustand der Muskeln. Akad. Umiej. Kraków 1910. — Report of the General Director of Playgrounds for the Y. 1909. Buffalo. — Buffalo Sanitary Bulletin. — The Cost of Tuberculosis to the Country of Erie. Publish. by Depart. of Health Buffalo. — Lewicki: Tenonowa kapsuła, jej anatomia i patologia. Odessa 1910. Str. 162, z 3 tabl. — Turzański: Wiąd rdzenia. »Tyg. lek«. 1910. — Fiertz: Über nicht operative Heilung der Appendicitis etc. »Corresp.-Bl. f. schw. Ärzte« 1910. — Tizenhausen: K'woprosu ob etiołogii opucholei. Odessa 1910. str. 297 + XXIV. z 4 tabl. — Schlesinger H.: Die Indikationen zu chirurgischen Eingriffen bei inneren Erkrankungen. Jena. (Fischer). Wydanie II. 1910. Stron 614. Cena 12 mk., w oprawie 13·50. — Janowski Wł.: 1) Elektrokardyografia. »Med. i Kron. lek.« 1910. 2) O krzywej lewego przedsionka serca. »Gaz. lek.« 1910. — Korczyński: 1) Kilka słów o rozwoju i higienie narządu krążenia. »Zdrowie« 1910. 2) Kilka uwag o kiłowych schorzeniach narządu krążenia. 3) Ein Beitrag zur Kenntniss der Autointoxicationen vom Intestinaltraktus. »Oesterr. Aerzte Ztg.« 1910. — Jaworski Józef: O stosunku uczonych polskich do kongresów naukowych międzynarodowych oraz o potrzebie udziału naszego w kongresach takich. Warszawa 1910.

Bibliografia.

Jahreskurse für die ärztliche Fortbildung. Monachium. I. F. Lehmann. Zaszyt V. (za maj). Cena 2·50 Mk., za cały rocznik 16 Mk.

Najświeższy zeszyt pomysłowego i pożytecznego tego wydawnictwa poświęcony jest chorobom nerwowym i umysłowym. Z pierwszego zakresu zawiera on dwie prace: Prof. Edingera: »O budowie i niektórych chorobach układu nerwowego«, oraz Prof. H. Vogta: »Poliomyelitis, Encephalitis«, który osobno uwzględnia zapalenia te u dzieci. Z zakresu psychiatryi również znajdujemy dwie rozprawy: Prof. Binswangera: »Ogólne podstawy psychiatryi« i Prof. Hansa Bergera: »Psychozy organiczne«, którą to nazwą obejmuje autor: porażenie postępujące, kiłę mózgu, psychozy na tle stwardnienia tętnic i zniedołężnienie starcze. Z.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 18. maja 1910 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Dr Steuermark: Demonstracya niektórych chorob skórnych, leczonych promieniami Roentgena. 2) Dr Rosenhauch: Wyniki nowszych badań nad jaglicą.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Firma E. Merck wydała XXIII. sprawozdanie roczne o postępach i nowościach w dziedzinie farmakoterapii i farmacyi. Książka obejmuje 403 stronic i świadczy o szerokim zakresie zadań, jakie ta zaszczytnie znana firma w swej dziedzinie spełnia. MK. W.

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

Ogłoszenie płatne. (Naśladownictwo zastrzeżone).

I. Zdrojowiska krajowe:

Iwonicz.

Dr **Turzański Grzegorz Jarosław**, lekarz zakładowy.

Krynica.

Dr **Cercha Maksymilian**. („Domek Szwajcarski").

Dr **Dębicki Klemens**. „Pod Jeleniem".

Dr **Lewicki Stanisław**, b. asystent kliniki położ. ginek. Uniwersytetu lwowskiego.

Rabka.

Dr **Lang Otokar**, Willa „pod Luboniem".

Dr **Supiński E.**, lekarz zdrojowy.

Szczawnica.

Dr **Kolączkowski**. ord. i prowadzi pensyonat hidropatyczny.

Truskawiec.

Dr **Pelczar Zenon**.

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Baden pod Wiedniem.

Dr **Kümmerling Henryk**, lekarz zdrojowy, Renngasse 3.

Cieplice Trenczyńskie.

Dr **Filipkiewicz Stefan**, lekarz zakładowy.

Franzensbad.

Dr **Przybylski Stan.** Palast Hotel. Wejście od Kirchenstr.

Dr **Steinsberg Leopold**, we własnym zakładzie leczniczym, (Willa Dra Steinsberga).

Dr **Zeitner Józef**, Kirchenstr. Villa „Stadt Paris".

Gleichenberg.

Dr **Bulikowski**, Radca ces., Villa „Höflinger" IV.

Kissingen (w Bawaryi).

Dr **Chłapowski F.**, Radca san. Prinzregentenstr. 1, tamże pensyonat dyetetyczny własny.

Dr **Maciejewski**, Sanatorium „Quo vadis" Ludwigstr. 16.

Doc. Dr **Modrakowski J.**, Villa „Elsa".

Marienbad.

Dr **Jasinicka Marya**, Schloss Heilbraun, Kaiserstrasse

Dr **Kwiatkowski Stanisław Benedykt**, ordynuje od 1 maja do 1 października „Haus Hamburg".

Dr **Obmiński Ksawery**, Heidlerhaus obok Klingera. Ordynuje jak w roku ubiegłym od maja do października

Dr **Z. Szczepański**. od 20 maja „Haus Schiller".

Rok XLIX. Kraków, dnia 21. maja 1910. Nr 21.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Ogólne uwagi o swoistem leczeniu gruźlicy.

Przez

Dra Kazimierza Dłuskiego,

naczelnego lekarza Sanatoryum w Zakopanem.

(Ciąg dalszy).

Sprawa ta dziś, po odkryciu całego szeregu objawów z dziedziny »anafilaksyi«, staje się jeszcze bardziej powikłaną, skoro zważymy, że w działaniu rozmaitych ciał białkowych, roślinnych lub zwierzęcych, trujących lub nie trujących, powinien zachodzić jakiś bliższy nieznany nam dotąd związek, że działanie to musi podlegać jakiemuś prawu biologicznemu, którego istoty również nie znamy.

Wracamy do głównego przedmiotu.

Celem swoistego leczenia gruźlicy powinno być usunięcie przedewszystkiem jej przyczyny, a więc zniknięcie prątka i usunięcie wszelkich szkodliwych, z działania jego dla ustroju wynikłych skutków. Dalsze zaś zadanie powinno polegać na zabezpieczeniu ustroju od nowego wkroczenia prątka, t. j. od »zakażenia dodatkowego (additionnelle Infektion) lub od »reinfekcyi«, czyli »przerzutowego samozakażenia« (metastatische Autoinfection) wedle terminologii Behringa. Innemi słowy: uodpornienie przeciw gruźlicy powinno być uodpornieniem przeciw lasecznikowi tbc.

Jak stoi tu sprawa? Już z pierwszych prac Kocha jasno wynika, że genialny ten uczony nie znajduje w T środka, zdolnego działać bezpośrednio niszcząco na tbc, lecz widzi w nim tylko działanie uodporniające przeciw toksynom gruźliczym; mamy tu do czynienia — powiada on — właściwie z uodpornieniem przeciw »toksynom« (Toxinimmunität), a nie przeciw bakteryom« [5]). Dlatego też w kilka lat po wynalezieniu T całą swą myśl kieruje Koch ku wynalezieniu preparatów, mogących dać właśnie owo »bakteryjne uodpornienie«. Nie będziemy tu wchodzić w szczegóły przygotowania TR lub BE, ani w dziedzinę wielkich nadziei, pokładanych przez Kocha w preparacie TR, o którego doskonałości stanowczo twierdził w ten sposób, że »nie można już oczekiwać dalszych ulepszeń tego preparatu« [6]). Wprawdzie w 4 lata później wbrew tym twierdzeniom wygotował nową tuberkulinę BE, o której znów Bandelier powiada, że daleko jest czynniejsza od TR, gdyż »zawiera in toto roztarte laseczniki, gdy TR tylko pewną kładową ich część« [7]). Nie będziemy również mówili o całym szeregu sprzeczności u samego Kocha przy klinicznem stosowaniu T lub BE, gdyż je dawniej szczegółowo omówiliśmy. Chodzi nam o zaznaczenie dwóch rzeczy. Po pierwsze, że preparaty TR lub BE, które miały uodpornić chorego przeciw tbc, nawet wśród gorących zwolenników Kocha znacznie mniej są używane, niż T. Widocznie, iż teoretycznie pobudowane w myśli Kocha uodpornienie klinicznie się nie sprawdziło. Po drugie, używana na wielką skalę T daje dziś w swych wynikach to, co już wyraźnie podkreślił Koch przed kilkunastu laty, mówiąc: »Dochodzimy ostatecznie do zupełnego uodpornienia przeciw tuberkulinie, które może trwać kilka miesięcy, ale na laseczniki tbc uodpornienie to nie wywiera najmniejszego wpływu (Ibid. D. m. W. 1897, Nr 14).

Innemi słowy, ustrój ludzki można uodpornić przeciw dużym dawkom stosowanego preparatu. Praktyka zaś wskazuje — i to już jest rzecz nowsza — że można, używając stopniowo jednego preparatu uodpornić jednocześnie przeciw dużym dawkom innego, a więc stosując np. stopniowo BE, można uodpornić nietylko przeciw KE, ale i przeciw T. Ale czegóż to dowodzi? Tylko jednego, że ustrój można stopniowo przyzwyczaić do dużych — przy metodzie Sahliego miliony razy większych od początkowych — dawek trucizny tak złożonej, jak różne tuberkuliny, pochodzące z tbc. Ale takie uodpornienie przeciw dużym dawkom tuberkulin wcale jeszcze nie oznacza uodpornienia przeciw lasecznikowi gruźliczemu.

To samo, co powiedział przed 18 laty Koch, to samo w ostatnich latach stwierdzają: Behring w swych doświadczeniach na zwierzętach, Wassermann zaś w swych spostrzeżeniach u ludzi. Pierwszy znajduje na sekcyi u bydła, u którego nadwrażliwość na tuberkulinę już znikła, »gruzełki w płucach z serowatą treścią, zawierającą laseczniki« [8]).

Drugi stwierdza u ludzi w chwili, gdy zdolność oddziaływania na tuberkulinę pod wpływem dłuższego leczenia już zgasła, że »chorzy wcale nie są wyleczeni z gruźlicy« [9]).

---

[5]) R. Koch: Ueber neue Tuberkulinpräparate. Deut. med. Wochs. 1897, Nr 14.

[6]) Ibid.

[7]) Bandelier: Ueber die Heilwirkung des Neutuberkulins (Bazillenemulsion). Zeitschr f. Hygiene, Tom 43.

[8]) Beitr. zur exper. Therapie. Zeszyt 5, str. XV.

[9]) III. Versammlung der Tuberkuloseärzte. Berlin, 1906, str. 2.

W ciągu więc kilkunastu lat sprawa uodpornienia człowieka przeciw gruźlicy w swych ostatecznych wynikach wielkiego kroku naprzód chyba nie uczyniła.

Dziwnem wydawać się to może, skoro zważymy olbrzymie wysiłki myśli ludzkiej w tym kierunku i wogóle niesłychane zdobycze naukowe w dziedzinie bakteryologii. Z drugiej jednak strony, to zatrzymanie się uodpornienia przeciw gruźlicy na »martwym punkcie«, znajduje swe usprawiedliwienie w tej wielkiej wagi okoliczności, że biologiczne działanie tuberkuliny lub tuberkulin na ustrój dotąd jest otoczone pewną mgłą tajemniczości. Znamy wprawdzie dokładnie zewnętrzne, kliniczne objawy odczynu tuberkulinowego, ale niewiadome nam jest bliższe działanie tuberkuliny na komórki ustroju.

Z historyi tuberkuliny wiadomo, że Koch wyjaśnił nam tylko anatomo-patologiczne zmiany pod wpływem działania tuberkuliny, i że wyjaśnienie to było jednostronne, gdyż jednocześnie z martwicą tkanki gruźliczej może nastąpić rozsianie sprawy z ognisk do miejsc zdrowych, jak to wykazały jednocześnie z badaniami Kocha badania pierwszorzędnych anatomo-patologów. Przypuszczając nawet, że tuberkulina niema takiego ujemnego działania, a tylko dodatnie, polegające na martwicy schorzałej tkanki i wydaleniu jej z ustroju, sprawa biologicznego działania tuberkuliny na cały ustrój gruźliczy na tem się jednak nie ogranicza. Stąd też ciągłe usiłowania, dążące do jej bliższego wyjaśnienia.

Zapytajmy, jakie są wyniki tych usiłowań?

Wiadomo, iż teorya Hertwiga [10]), usiłująca wytłómaczyć działanie tuberkuliny na ustrój gruźliczy przez ujemną chemotaksis białych ciałek krwi względem rozcieńczonej, wstrzykniętej z zewnątrz tuberkuliny, została obalona przez teoryę Wassermanna. Ale i ta teorya, przyjęta z początku z wielkim entuzyazmem, została wkrótce zachwiana przez L. Rabinowitschównę, Morgenrotha, Weila, Besredkę i innych. Cios zaś nader dotkliwy zadały jej prace Pirqueta i Wolff-Eisnera, które namacalnie dowiodły, że odczyn tuberkulinowy odbywa się u gruźliczych w tkankach zdrowych — jak skóra i spojówka oka, — a więc nie koniecznie tylko dokoła ognisk gruźliczych, wskutek połączenia wstrzykniętej tuberkuliny z antytuberkuliną tkankową, jak twierdził Wassermann.

Wracamy więc do pytania, na czem polega istota odczynu tuberkulinowego? Pirquet stara się ją wytłómaczyć zapomocą »allergii«, w jaką popada ustrój pod wpływem wprowadzenia doń każdego obcego białka, a więc w postaci preparatów bakteryologicznych, tych lub innych. Ale, pomimo iż teorya ta jest zbudowana na pozytywnych danych, wątpliwem jest, czy zdoła wytłómaczyć różne powikłane zjawiska z dziedziny przez nas poruszonej.

Już w samem działaniu obcego białka, nie pochodzącego z bakteryi, — są zjawiska wielce dziwne. Weźmy np. przenoszenie bierne stanu »anafilaksyi« na zwierzęta świeże przez wstrzykiwanie surowicy zwierząt »anafilaktyzowanych«. O ile nam z dostępnej literatury wiadomo, zjawisko podobne niema analogii na większą skalę przy stosowaniu preparatów bakteryologicznych z tbc u zwierząt i ludzi. Próby takie — jak zresztą autor sam to uznaje — nie udały się np. przed 2 laty U. Friedemannowi ze wstrzykiwaniem surowicy, pochodzącej z krwi świnek morskich, traktowanych wstrzykiwaniem hodowli mieszanych tbc i ptbc świnkom morskim zdrowym i poddanym następnie próbie tuberkulinowej. Po wstrzyknięciu 0·4 cm^3 starej tuberkuliny świnkom, którym uprzednio wstrzyknięto surowicę, pochodzącą ze świnek, traktowanych hodowlami lasecznika, oraz świnkom świeżym, nie widzi autor żadnej różnicy między jednemi a drugiemi ([18]).

Natomiast zaznaczyć należy, że próby takie udały się częściowo Yamanouchi i Bauerowi, i to nietylko z surowicą »homologiczną«, ale i obcą (heterogen). Pierwszy bowiem, wstrzykując krew pochodzącą z ludzi gruźliczych lub wziętą z ludzi zmarłych na gruźlicę królikom, otrzymywał u nich wyraźne objawy anafilaksyi po 2-krotnem (dokonanem po upływie 24—48 godz.) wstrzyknięciu wyciągu z T lub BF (»Bouillon filtre« Denysa z tbc), lub inne preparaty. Ale krew gruźliczych świnek morskich lub psów, którym szczepiono podskórnie hodowle tbc, objawów anafilaksyi u królików nie wywoływała ([77]).

Natomiast próby Bauera, przy których autor używał jako surowicy »anafilaktycznej«, surowicy gruźliczych świnek morskich lub ludzi, wywoływały wyraźny stan anafilaksyi u świnek morskich, pod warunkiem, aby próba tuberkulinowa odbyła się nie wcześniej, niż w 15 godzin po wstrzyknięciu surowicy; najwcześniejsze zaś objawy anafilaksyi ukazywały się wówczas, gdy tuberkulinę wstrzyknięto w 24—48 godz. po surowicy ([4]). Autor podkreśla przytem mocno ten fakt, że świnki, na które przeniesiono sposobem biernym »nadwrażliwość na tuberkulinę« wcale gruźliczemi nie były, ani też niemi nie zostały, jak wykazały sekcye, dokonane w 1—3 miesiące po tych próbach »biernej anafilaksyi« ([5]).

W każdym razie, zestawiając wyniki prób Friedemanna, Yamanouchi i Bauera, widzimy w tej specyalnej sprawie rzeczy niejasne i sprzeczne.

Idźmy dalej. Weźmy np. znany objaw Teobalda Smitha. Czyż nie wydaje się on zjawiskiem paradoksalnem, skoro zważymy, że toksyna i antytoksyna błonicza — zarówno »in vitro«, jak i w ustroju zwierzęcym — wzajemnie się zobojętniają. Tymczasem wprowadzają one zwierzęta w stan anafilaksyi. Wreszcie w sposobach zapobiegawczego leczenia anafilaksyi, podanych np. przez Besredkę, są rzeczy, wprawdzie oparte na doświadczeniach, wymagające jednak z powodu swej paradoksalności ścisłego teoretycznego uzasadnienia ze stanowiska biologicznego ([9]). Pomimo więc całej wartości doświadczenia w sprawie »anafilaksyi«, widzimy zjawiska tak paradoksalne, że niepodobna ich połączyć nicią biologiczną w jedną harmonijną całość. Stąd nasuwa się pytanie, czy zapomocą teoryi »allergii« Pirqueta można wytłómaczyć rozmaite zagadnienia z dziedziny działania preparatów tbc na ustrój ludzki? Pytanie np., dlaczego nie spotykamy odczynu Pirqueta lub Wolff-Eisnera u ludzi ciężko chorych na gruźlicę? Tłómaczą to utartym komunałem: przeładowaniem w takim razie ustroju jadami z tbc. Ale dowodów na to niema, — są zaś przeciwne. Wolff-Eisner na podstawie licznych doświadczeń twierdzi, że tuberkuliny pochodzenia tkankowego często można nie znaleźć u ciężko chorych, gdyż jest bądź pochłonięta przez fagocyty, bądź wyłapana przez odpowiednie chwytnik

---

[10]) Patrz Hertwig: Ueber die physiologische Grundlage der Tuberkulinwirkung. Jena, 1891.

w tkance łącznej lub w innych narządach. W każdym razie znika z surowicy. Powtóre, skoro istnieją — zgodnie z teoryą Pirqueta — niweczniki (Antikörper), to każde wprowadzenie antygenu do ustroju (w danym przypadku tuberkuliny) powinno wywoływać odczyn, zarówno u ciężko, jak i u lekko chorych; — różnica może być tylko ilościowa, lecz nie jakościowa. Dalej, poważne argumenty przeciw Pirquetowi podnoszą Hamburger ([23]) i Wolff-Eisner. Istotnie, dlaczego kilkakrotne wprowadzenie tuberkuliny do zdrowego ustroju nie wywołuje odczynu, skoro wedle podstawowych zasad teoryi Pirqueta powinno go wywoływać? Wolff-Eisner podnosi przeciw »allergii« i zjawiska wręcz odwrotne, jak np. odczyn miejscowy, wykazany przez Linka u zdrowych ludzi, przy pierwszem zetknięciu się z jadem duru brzusznego lub paratyfusu lub lasecznika okrężnicy. Tłómaczy to w przeciwstawieniu do tuberkuliny wprawdzie tem, że są to toksyny »pierwotnie jadowite« (primär giftig), gdy tuberkulina do takich nie należy. Tłómaczenie takie możnaby przyjąć prowizorycznie. Ale dlaczego w takim razie odczyn miejscowy występuje przy pierwszem stosowaniu toksyny błoniczej w odpowiedniem zgęszczeniu u zdrowych, jest słabszy albo też wcale nie pokazuje się, jak to wykazał Schick, u dzieci chorych na błonicę i leczonych surowicą? Schick też uznaje, że z takimi wynikami pojęcie o odczynie błoniczym, jako czysto »allergicznym«, nie da się pogodzić ([58]).

Teorya więc Pirqueta nie tłómaczy nam całego szeregu zjawisk z dziedziny działania preparatów bakteryologicznych wogóle, a tem samem w sprawie nas bezpośrednio dotyczącej, t. j. w działaniu tuberkuliny na ustrój. Syntetyzując tę teoryę, robi słuszną uwagę Müller, a mianowicie, że »wzmożona allergiczna zdolność odczynu« przez wprowadzanie drobnych ilości antygenu, która powinnaby pobudzać ustrój do niezmiernie szybkiego i intenzywnego wytwarzania niweczników (Antikörper), a więc działać dodatnio, zdaje się, wiedzie do wręcz przeciwnych następstw, a mianowicie do zmniejszenia odporności ustroju« ([39] str. 305).

Wolff-Eisner, krytykując teoryę Pirqueta, stawia swą własną, mającą jednak w tem wspólne podstawy z Pirquetem, że każde obce białko uważa on za truciznę dla ustroju, a więc i białko bakteryalne. Różnica między jadowitością odrębnych gatunków białka jest tylko ilościowa. Każde zaś obce białko działa jak endotoksyna ([74]). Nad teoryą tą chwilę się zatrzymamy z zapytaniem, czy wyjaśnia nam powikłane zjawiska z dziedziny swoistego leczenia gruźlicy. Zjawiska te, wedle Wolff-Eisnera, dają się wytłómaczyć zapomocą »lizyn«, wyzwalających z ciała lasecznika endotoksyny, których wytwarzanie się w zestawieniu z wytwarzaniem się antytoksyn, oraz ich rolę w sprawie uodpornienia ustroju, Wolff-Eisner głęboko ujął już przed 5 laty i z wielkim talentem nakreślił ([70]). Obok nich na plan pierwszy występuje czynnik indywidualny, t. j. »nadwrażliwość« (Überempflindlichkeit). Zdaniem Wolff-Eisnera, wogóle w chorobach o bakteryolitycznej formie uodpornienia »gra ona rozstrzygającą rolę przy ustąpieniu zakażenia« ([76] str. 309).

Wolff-Eisner powiada, że tuberkulina nie zawdzięcza swego działania ani substancyom kwasoopornym (woskom i tłuszczom), ani albumozom, lecz odłamkom (Splitter), zawartym w ciele lasecznika ([73]). Działanie to zaczyna się od rozpuszczenia (»lysis«) znajdujących się w niej »odłamków« (Bacillensplitter), wynalezionych przez Duelsa i wykazanych później na preparatach przez Wolff-Eisnera po przesączeniu przez świeczkę Berkefelda. Te »odłamki« stają się ultramikroskopowymi. W tym razie działanie ich będzie tylko ilościowo różne. Zawsze jednak »odłamki« pozostają jedynym elementem czynnym w tuberkulinie ([73] i [75]). Że rola endotoksyn i lizyn jest ważna w walce ustroju z zakażeniem, to rzecz znana, ale granice ich działania nie są jeszcze dokładnie określone, a więc pozostaje nierozstrzygnięte pytanie, czy stosownie do różnych okresów zakażenia nie odgrywają one roli broni czasem bardzo obosiecznej. Również ważna jest rola »nadwrażliwości« w walce ustroju z zakażeniem (wedle Wolff-Eisnera nawet ważniejsza, niż lizyn). Lecz niestety rola tego indywidualnego i kapryśnego objawu pełna jest tajemnic. Już wynalazca jego, Behring, nazywał go »paradoksalnym«. Pisano o nim dużo; specyalnie w stosunku do gruźlicy znana jest praca Löwensteina i Rappoporta. Stoimy jednak na tym samym punkcie, że »nadwrażliwość« jest jedną z faz uodpornienia, nie wiadomo tylko, gdzie granica między jednym objawem, a drugim. W leczeniu zaś swoistem gruźlicy właśnie określenie tej granicy jest rzeczą pierwszorzędnej wagi, jak nas poucza praktyka. Otóż obszerne teoretyczne wywody Wolff-Eisnera sprawy tej — zdaniem naszem — nie wyjaśniają. Wogóle teorya ta pozostawia różne sprawy z dziedziny swoistego leczenia gruźlicy niewyjaśnionemi. Wolff-Eisner twierdzi niejednokrotnie, że tylko ten oddziaływa na tuberkulinę, kto dziś jest lub kiedyś był zakażony przez tbc, bo tylko w takim razie ustrój zawiera »lizyny«, stanowiące »conditio sine qua non« uwolnienia endotoksyn z »odłamków« (Splitter), a więc działania tuberkuliny. Ludzie zdrowi — twierdzi Wolff-Eisner — »lizyn« nie posiadają, więc na tuberkulinę nie oddziaływają. Dzieje się jednak czasem, że i zdrowi oddziaływają. Dla wyjaśnienia tej sprzeczności Wolff-Eisner sam wpada z sobą w sprzeczność, twierdząc, że »zdrowy ustrój«, który nigdy nie był w zetknięciu się z lasecznikiem tbc, może zawierać »lizyny« ([76] str. 261). I naodwrót brak odczynu u zdrowego po kilkakrotnem wstrzyknięciu tuberkuliny — które powinno wytwarzać »lizyny«, a za niemi »nadwrażliwość« — tłómaczy tem, »że tylko żywe laseczniki zdolne są wytwarzać te lizyny« (ibid. str. 256). Ale tu znów sprzeczność, gdyż autor zasadniczo twierdzi niejednokrotnie, że w działaniu na ustrój między żywymi, a martwymi tbc różnica jest tylko ilościowa. Dla wytłómaczenia zaś tej wyraźnie jakościowej różnicy działania między tuberkuliną, a żywymi tbc powiada on, że dalsze poszukiwania wyjaśnią »czy chodzi tu tylko o stosunki ilościowe, czy też czasem żywe tbc nie posiadają specyalnych właściwości, których brak ich pochodnym (Derivate)« (ibid. str. 265).

Widzimy więc tu różne sprzeczności. Sprzeczności te w różnych szczegółach, dotyczących swoistego leczenia, odbijają się jeszcze wyraźniej na tle niejasności w dwóch podstawowych rzeczach, stanowiących punkt wyjścia całej teoryi Wolff-Eisnera: »lizyny« i »nadwrażliwość«. Raz wydaje się, że one to, zdaniem autora, grają pierwszorzędną rolę w uodpornieniu przeciw gruźlicy, choć znów drugim razem powiada, »że same przez się nie są zdolne walki przeciw

gruźlicy skutecznie przeprowadzić« (ibid. str. 293). To znów wydaje się, że pierwszorzędną rolę odgrywa »nadwrażliwość«, ale autor przyznaje, że przy stosowaniu tuberkuliny, »nie możemy nad jej objawami tak panować, abyśmy mogli wyzyskać je z korzyścią dla celów leczniczych« (ibid. str. 294). W związku z temi wahaniami jest niejasno postawiona najbliżej nas klinicystów obchodząca sprawa wskazań do leczenia tuberkuliną. Spotykamy u Wolff-Eisnera tylko dwa wyraźne wskazania: dla tocznia skóry lub ograniczonej gruźlicy kości z jednej strony, dla chorych daleko posuniętych z drugiej. W pierwszym przypadku tuberkulina ma wywołać »przestrojenie«, »przeróbkę« (Umstimmung) całego ustroju, gdyż »z tak umiejscowionych ognisk wytwory przemiany materyi nie dostają się do ogólnego obiegu krwi« (tuberkulina tkankowa, przyp. autora). W drugim razie ma być działanie tuberkuliny, dzięki uwiązaniu jej przez podrzędne chwytniki na mniej życiowo ważne narządy, »a tem samem szkodliwe następstwa wessania tuberkuliny w ogniskach (gorączka, poty nocne itd. itd.) zmniejszone« (ibid str. 295—296).

Być może, iż twierdzenia takie dadzą się sprawdzić na wielkim materyale klinicznym, ale jak dotąd mają one raczej hipotetyczny charakter i podlegają na niektórych punktach zakwestyonowaniu. Wogóle teorya Wolff-Eisnera, przedstawiając nam mechanizm biologicznego działania tuberkuliny, nie wyjaśnia, na równi z innemi teoryami, niektórych ważnych, wyżej podnoszonych zjawisk klinicznych z dziedziny swoistego leczenia gruźlicy.

Zestawiając te różne teorye, stajemy znów przed zasadniczem zagadnieniem, jakie się nasuwa, skoro zważymy panujące dziś dwie główne teorye w dziedzinie uodpornienia ustroju na zakażenie. Ostatecznie bowiem nie wiemy, czy swoiste leczenie gruźlicy wiedzie do wzmożenia fagocytozy i uwolnienia na tej drodze ustroju od lasecznika czy też na drodze wytwarzania niweczników (Antikörper) o charakterze »bakteryobójczym«, czy też wreszcie przez antytoksyny, czy na tych drogach jednocześnie? Dodajmy do tego, że rola opsonin nie jest jeszcze dostatecznie wyjaśniona.

Gdyby gruźlica była chorobą przeważnie toksyczną sądząc z dążeń Kocha w jego pierwszych epokowych pracach do uodpornienia przeciw toksynom (Giftimmunisation) i jakby to dziś jeszcze sądzić można było wobec utartej terminologii »zatrucie ustroju jadami tbc«, — w takim razie wyleczenie możnaby sobie wyobrażać przez działanie odpowiednich antytoksyn na drodze uodpornienia biernego lub czynnego. Wiemy, że próby w pierwszym kierunku nie przyniosły pożądanych wyników, pomimo twierdzeń Maragliano. Na drodze znów uodpornienia czynnego nie wykazano jeszcze doświadczalnie dotąd wytwarzania się ektoantytoksyn, ze względu na to, że ektotoksyny lasecznika gruźliczego nie są nam jeszcze dostatecznie znane. Z dostępnej nam literatury wiadomo, że Sahli stworzył teoryę wytwarzania się antytoksyn pod wpływem leczenia tuberkuliną; lecz teorya ta powstała nie na drodze doświadczeń, ale jest wynikiem spekulacyi czysto myślowych.

Przechodząc do innych, jeszcze niedostatecznie określonych postaci niweczników (Antikörper), zaznaczyć należy, że Pickert i Löwenstein wykazali istnienie w surowicy krwi gruźliczych »niweczników przeciwtuberkulinowych« (Tuberkulin-Antikörper), mających własność »zobojętniania« lub osłabienia swoistego działania tuberkuliny na skórę gruźliczych ([43]). Wykazali oni następnie, że te niweczniki przeciwtuberkulinowe wytwarzają się nietylko u chorych, leczonych swoiście, lecz i u chorych, leczonych zwykłą metodą higieniczno-dyetetyczną, których ustrój posiada specyalną odporność na zakażenie przez tbc; a więc zdaniem autorów istnieje pewien przyczynowy związek między tymi niweczn'kami i odpornością ustroju. Rzecz wielkiej wagi, ale nowa, wymagająca wielkiej ostrożności w ostatecznym sądzie, do której mamy prawo przy bezstronnem rozważaniu całej sprawy uodpornienia na gruźlicę. W związku z tem wspomnieć należy o doświadczeniach Christiana i Rosenblatówny. Wykazali oni u świnek morskich, którym wstrzykiwano BE, istnienie niweczników, ale sami zaznaczają, że »o ich naturze nic bliższego nie da się powiedzieć« ([12]). Engel i Bauer również zapomocą metody »wiązania dopełniacza« wykazali w surowicy krwi dzieci i dorosłych gruźliczych niweczniki, wiążące dopełniacze (komplementbindende Antikörper), w dużej zaś ilości u chorych, których stan był zadowalniający. Przypuszczają oni, że ciała te »wiążą jadowitą składową część tbc i tym sposobem na wzór antytoksyny usuwają ją z chorych ognisk w ustroju« ([17]). Jest to jednak przypuszczenie, niepoparte stanowczymi dowodami. Sprawa wytwarzania się niweczników w gruźlicy domaga się uporczywie rozstrzygnięcia na drodze doświadczalnej, tem bardziej, że panuje ogromne zamieszanie w umysłach z powodu wynalezionej przez Wassermanna »antytuberkuliny« u gruźliczych. Jak wiadomo, za Wassermannem S. Cohn, Lüdke, Wolff-Eisner, P. Bermbach i inni, wykazali zarówno u zwierząt gruźliczych, którym wstrzykiwano tuberkulinę lub martwe tbc, jak i u ludzi chorych na gruźlicę i leczonych swoiście lub nie, — istnienie »antytuberkuliny« we krwi. Nie będziemy wchodzić w różne szczegóły doświadczeń pomienionych autorów. Chodzi nam o wyniki. Otóż z wyjątkiem Bermbacha, który nazywa to ciało »Tuberkuloseimmunkörper« ([7]) — nie wykazując jednak bliżej jego roli w uodpornieniu ustroju na gruźlicę — inni kładą mocny nacisk na to, że »antytuberkulina« nie jest żadną antytoksyną dla ustroju, że jedyna jej rola polega na wiązaniu »dopełniacza«, że właściwa natura jej dotąd nam nie jest znana, że wreszcie z powodu pomieszania pojęć sama nazwa »antytuberkuliny« powinna być wykreślona i zastąpiona jakąś inną nazwą obojętną.

Istotnie, S. Cohn, mieszając tuberkulinę i »antytuberkulinę« w odpowiednim stosunku (przy którym następuje związanie »dopełniacza«) wywoływał przy wstrzyknięciu tej mieszaniny chorym taki sam odczyn, jak przy 1% tuberkulinie i nie otrzymywał odczynu u zdrowych. Zgodnie zaś z temi doświadczeniami kładzie on nacisk na spostrzeżenia kliniczne, a mianowicie, że bez względu na wysoką zawartość »antytuberkuliny« we krwi choroba u ludzi może szybko postępować i naodwrót ([17]).

Jeśli zważymy całe szeregi sprzeczności, związanych z działaniem preparatów z tbc na ustrój gruźliczy ludzki, to musimy dojść do bezstronnego wniosku, że sprawa uodpornienia ustroju zapomocą tych preparatów na gruźlicę, a więc i sprawa swoistego leczenia gruźlicy ludzkiej za roz-

strzygniętą z punktu teoretyczno-naukowego uważana być nie może. Jeśli jednak zważymy, że przez tyle wieków empirya odgrywała tak wielką rolę w medycynie, a i dziś jeszcze zajmuje poważne stanowisko, to powstaje pytanie, czy na tej drodze sprawa swoistego leczenia gruźlicy nie znajdzie mocnego faktycznego uzasadnienia. Pytanie to tembardziej na miejscu, że zwolennicy »quand même« swoistego leczenia gruźlicy ludzkiej dla dowiedzenia, że sprawa ta już dziś jest rozstrzygnięta, przytaczają dwa bardzo poważne argumenty: doświadczenia na zwierzętach i statystykę.

Mówić o całem mnóstwie doświadczeń na zwierzętach niepodobna, tembardziej, że autorowie nie podają statystyki trwałych wyników. Zatrzymamy się pokrótce nad najważniejszemi, — na pierwszem miejscu nad badaniami Behringa.

Już w poprzedniej naszej pracy, powołując się na doświadczenia Moussu i na przytoczone przez niego wyniki doświadczeń innych weterynarzy, zaznaczyliśmy, że szczepienie śródżylne hodowli ludzkich metodą Behringa nie daje trwałych wyników, że bydło zostaje uodpornione na czas jakiś — na rok jeden — później zaś podlega naturalnemu zakażeniu i ginie na ogólną gruźlicę. Obok Moussu możemy się powołać na zdanie takiej powagi w tej sprawie, jak Eber. Wreszcie do podobnych wniosków dochodzi na podstawie szczepień u 332 cieląt (w Galicyi), za okres czasu 1903—1908, Prof. Nowak. Twierdzi on, że wprawdzie metodą Behringa można udzielić znacznej odporności na sztuczne zakażenie jadowitymi prątkami perlicy, ale żadnej praktycznej wartości metoda ta nie posiada, gdyż »nie zdoła ochronić uodpornionych — według niej — cieląt przed zakażeniem gruźliczem w warunkach naturalnych« ([40]).

Nadto metoda ta, wedle Klimmera, ma przedstawiać niebezpieczeństwo dla bydła wskutek przechodzenia tbc do mleka. Autor natomiast wprowadza nową swą własną, polegającą na stosowaniu niejadowitych tbc. W szczegóły wchodzić tu nie będziemy. Zaznaczymy tylko, że wedle autora pozbawiona ona jest wszelkiego niebezpieczeństwa i ma skutecznie chronić, zarówno od dalszego rozwoju gruźlicy — co wykazują sekcye — jak też i od sztucznego zakażenia jadowitymi ptbc ([28]). Pytanie tylko, o ile uodpornienie taką metodą będzie skutecznem i trwałem przeciw zakażeniu w warunkach naturalnych. Pytanie takie powstaje także co do metody Heymansa (wprowadzanie pod skórę lub do jamy brzusznej bydła woreczków kolodyonowych z hodowlą tbc), zapomocą której — zdaniem autora — skuteczniej niż metodą śródżylną można otrzymać uodpornienie; w takim razie działałyby tu ekto-toksyny tbc, z zastrzeżeniem jednak, czy nie dostają się przez ściany woreczka, dzięki maceracyi tbc, i endotoksyny?

Eber, rozpatrując wyniki metody Heymansa w Belgii, wyraża mocne powątpiewanie, czy są lepsze pod względem swej trwałości od metod, używanych w Niemczech ([16]).

W ostatnich już czasach, — o ile z dostępnej nam literatury wiadomo, — zasługują na uwagę przeprowadzone z wielką dokładnością na zwierzętach laboratoryjnych doświadczenia Römera oraz Hamburgera. W szczegóły, ze względu na wązkie ramy naszej pracy, wchodzić nie będziemy. Powiemy tylko słów parę o ostatecznych wynikach, tembardziej, że pierwszy z badaczy szuka w pewnych zjawiskach u zwierząt analogii ze zjawiskami w ewolucyi gruźlicy u ludzi.

Wyniki, w krótkich słowach, przedstawiają się, jak następuje. Zakażenie świnek morskich żywemi lecz słabo jadowitemi hodowlami tbc w dawkach, dokładnie przez Römera, wypróbowanych (słowo »żywemi« podkreślamy, jako że martwe i niejadowite (avirulente) wedle autora nie sprowadzają uodpornienia [11]), wywołuje tego rodzaju uodpornienie przeciw następczemu masowemu zakażeniu jadowitemi hodowlami ptbc lub lasecznika świni, że: 1) świnki morskie w ten sposób szczepione żyją kilka razy dłużej, niż kontrolne, którym uprzednio nie szczepiono hodowli tbc; 2) że nie zdychają, jak kontrolne, na ostrą rozsianą gruźlicę, lecz »okazują się niemal zupełnie uodpornione na to drugie dość silne zakażenie, gdyż daje ono impuls do tworzenia się umiejscowionego i mającego skłonność do gojenia się ogniska, ([54] str. 7). Jednak przy »tem zupełnem uodpornieniu« stwierdza autor jednocześnie, »że dzięki podrażnieniu, wywołanemu przez to następcze zakażenie, objawia się skłonność do tworzenia się jam w płucach, w których bez tego następczego zakażenia powstałoby prawdopodobnie przewlekłe zapalenie stwardniające bez dążności do rozpadu i tworzenia się jam« (ibid. str. 12).

(Dokończenie nastąpi).

Ciąża, a oko.

Podał

Prof. Dr K. W. Majewski.

(Według wykładu w krakowskiem Towarzystwie lekarskiem).

(Ciąg dalszy).

Ważniejszem byłoby potwierdzenie spostrzeżeń Bossego ([15]), który u 75% kobiet brzemiennych w ostatnich miesiącach ciąży, znajdował wziernikiem zmiany tarczy nerwów wzrokowych w postaci zastoju żylnego, a nawet obrzęku tarczy. Zmiany te nie wywołują jednak żadnych objawów podmiotowych, ani żadnego upośledzenia wzroku, żadnego zwężenia pola widzenia, żadnych zaburzeń w poczuciu barw. To nie powinno nas dziwić, wiadomo bowiem, że przy bardzo wybitnym nawet obrazie tarczy zastoinowej w przypadkach nowotworów w mózgu, bystrość wzroku, pole widzenia i poczucie barw przez długi czas nieraz żadnych zmian nie okazują. Wedle badań Bossego ([15]) ten obrzęk tarczy niewinnej, jak widać, natury, znika bez śladu w ciągu pierwszych dwóch tygodni po porodzie. Czyżby zastoinę tę należało odnosić do bujania kości sklepienia czaszki (tak zw. osteophytum pueperale), którego ma podobno dostawać co druga ciężarna po upływie piątego miesiąca ciąży, czy też powodem jest ogólna krwistość (plethora) ciężarnych, Kiwischa »plethora serosa«? Na pytanie to trudno odpowiedzieć. Przedewszystkiem sam fakt podlega jeszcze dyskusyi. Kto wie, w jak szerokich granicach obraca się prawidłowy obraz wziernikowy, ten z wielką

[11]) Przypominamy, że Klimmer mając, jak twierdzi, najbardziej pewne wyniki, używa dla uodpornienia bydła właśnie niejadowitych tbc.

tylko ostrożnością oceniać będzie znaczenie chorobowe słabszego lub silniejszego ukrwienia tarczy, zwłaszcza jeżeli brak jakichkolwiek zboczeń czynnościowych. To też słuszność spostrzeżeń Bossego ([15]) nie jest bynajmniej powszechnie uznaną.

Pragnąc wyrobić sobie własne zdanie w tej sprawie, skorzystałem z uprzejmości Prof. Dobrowolskiego i Prof. Rosnera i zbadałem wziernikiem cały szereg kobiet ciężarnych, przeważnie w 8. i 9. miesiącu ciąży w klinice ginekologicznej i w szkole położnych. W liczbie 64 badanych kobiet stwierdziłem u 19 przekrwienie tarczy nerwów wzrokowych, znamionujące się ciemniejszem zabarwieniem różowem samej tarczy z wyjątkiem części, odpowiadającej zagłębieniu fizyologicznemu, lekkiem zgrubieniem rozgałęzień tętnicy siatkówkowej, wreszcie rozdęciem i pokręceniem żył. Objawy te zaznaczały się z reguły tylko w lekkim stopniu. Tylko w 5 przypadkach zapisałem sobie, że przekrwienie i zastój żylny były wybitne, z lekkiem zatarciem granic tarczy, a nawet z zatarciem fizyologicznego zagłębienia. Ale ani w tych 5 przypadkach, ani tem mniej w pozostałych, gdzie przekrwienie było lekkie, nie było żadnych zaburzeń czynnościowych, żadnych zaburzeń wzrokowych. Spostrzeżenia moje potwierdzałyby zatem w słabym tylko stopniu opinię Bossego ([15]), bo gdy on znajdował przekrwienie, a nawet zastoinę tarczy w $^3/_4$ wszystkich przypadków, ja spotykałem przekrwienie, przeważnie lekkie, zaledwie u $^1/_3$ badanych kobiet.

Z innych objawów ocznych, występujących w przebiegu prawidłowej ciąży, wymieniają autorowie tego rodzaju zboczenia, jak kurzą ślepotę (hemeralopia), niedomogę nerwową (asthenopia nervosa), niedomogę mięśni ocznych zewnętrznych i wywołaną przez nią tak zw. niedomogę mięśniową (asthenopia muscularis), osłabienie akomodacyi, światłowstręt, przeczulicę siatkówki i inne podobne objawy znużenia lub następstwa zwiększonej pobudliwości nerwowej.

Na szczególniejszą uwagę zasługuje tak zwana kurza ślepota (Küstner, Terrien ([16]), Salo Cohn ([1]). Schmidt-Rimpler opisuje przypadek u 26-letniej kobiety, która we wszystkich swych 5 ciążach na trzy do czterech miesięcy przed rozwiązaniem dostawała objawów kurzej ślepoty potęgującej się następnie, w miarę, jak ciąża dobiegała kresu, a po porodzie ustępującej zupełnie. W czasie poza tymi okresami badanie okulistyczne wykazywało prawidłową bystrość wzroku, prawidłowe pole widzenia i dno oczu bez zmian, a stosunki te w okresie kurzej ślepoty podczas ciąży nie ulegały zmianom. Dodać trzeba, że z pięciorga jej dzieci, troje doznawało od czasu do czasu kurzej ślepoty, również bez jakichkolwiek innych zmian towarzyszących w oczach.

Badając ciężarne na oddziałach Prof. Rosnera i Prof. Dobrowolskiego w kierunku przekrwienia tarczy, wypytywałem równocześnie kobiety te, czy nie doznają, lub nie doznawały objawów kurzej ślepoty. W liczbie 64 badanych ciężarnych, znalazłem objaw ten u siedmiu kobiet. Jedna z nich skarżyła się nawet, że w każdej ciąży dostaje kurzej ślepoty. Ma ją obecnie po raz trzeci, będąc trzeci raz w ciąży.

Raz stwierdziłem wybitne charakterystyczne zeskórnienie (xerosis epithelialis) w postaci białej, nie dającej się zwilżyć pianki na spojówce gałki, a więc zmianę, która, jak wiadomo, często idzie w parze z kurzą ślepotą.

Kurza ślepota uważana jako otrętwiałość siatkówki (torpor retinae), powstająca najczęściej na tle lichych warunków odżywienia, zjawia się, jak widać z tego, stosunkowo często u kobiet ciężarnych, zwłaszcza z warstwy biedniejszej, zapewne dlatego, że kobiety te mało się szanują, pracują ciężko nieraz aż do bolów porodowych, na czem cierpi ich zdrowie i odżywienie.

Osłabienie akomodacyi, występujące dość często w przebiegu różnych chorób ogólnych, wiodących do wycieńczenia i utraty sił, zdarza się oczywiście i w ciąży, zwłaszcza w ciąży nieprawidłowej, powikłanej, n. p. w przebiegu zapalenia nerek u ciężarnych (nephritis gravidarum). Częściej jednak spotykamy się z niedomogą akomodacyi dopiero po porodach, po porodach ciężkich, a zwłaszcza po silnych krwotokach. Niedomoga akomodacyi daje się szczególnie odczuwać wtedy, gdy oczy nie są prawidłowe, lecz dalekowzroczne. Przy wadzie tej istnieje, jak wiadomo, pewien niedobór siły refrakcyjnej, który w młodocianych latach pokrywa oko samo przez odpowiedni nieustanny wysiłek akomodacyi.

(C. d. n.).

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Prof. Noesske. **W sprawie zapobiegania i leczenia grożącej zgorzeli palców przy chorobie Raynauda.** (Münch. med. Wochs. 1909, Nr 47). Niedawno polecił N. w przypadkach wielkiego uszkodzenia palców, gdzie każdy chirurg przystąpiłby do odjęcia palca, próbować jeszcze zachowawczego leczenia przez usunięcie przekrwienia biernego zapomocą cięcia, biegnącego niedaleko brzegu paznokcia aż do kości i zapomocą następowego leczenia w przyrządach ssących, (2—3 razy dziennie 8—10 minut). Krążenie wyrównywało się przytem szybko, zastój żylny ustępował, a tętniczki, które pozostały jeszcze nieuszkodzone, doprowadzały dostateczną ilość krwi. W ten sposób udało się N. ocalić kilka palców. O korzystnem działaniu tego leczenia doniósł też niedawno Knoke. Obecnie ten sposób leczenia zastosował N. także i w przypadkach grożącej zgorzeli palców przy chorobie Raynauda i otrzymał przytem bardzo dobre wyniki, tak, że chorzy domagali się sami tego leczenia, n. p. na drugiej ręce. Przy tem leczeniu znikały też szybko bole. A.

Tausch. **O dolegliwościach stopowych.** (Münch. med. Wochs. 1909, Nr 41). T. omawia t. zw. przypadłości stopowe (Fussbeschwerden), występujące nieraz u osób, u których żadnego zboczenia, tłómaczącego te objawy, na razie wykazać nie można. Dopiero z czasem zjawiają się zniekształcenia, które równie dobrze uważaćby można za następstwa nieprawidłowego stawiania stopy wskutek bolesności. Przy badaniu chorych stojących wykazać można nieraz zwrócenie całej stopy w okolicy kostek na zewnątrz, przez co pięta nie stoi w środku, t. j. w przedłużeniu dołu podkolanowego i ścięgna Achillesa, lecz trochę na zewnątrz. Wysklepienie stopy prawidłowe.

Objawy tych dolegliwości stopowych są dość typowe: 1) Szybkie nużenie się stopy (zwykle po jednej stronie) przy chodzeniu, zwłaszcza po chodnikach miejskich, natomiast po trawie, roli, chorzy chodzą długo swobodnie, co tłomaczymy sobie tem, że tu stopa co chwila przy stąpa-

niu zmienia położenie; natomiast na twardym chodniku zawsze jednako się ustawia. 2) Równocześnie zjawiają się bole, odczuwane głównie w łydce, w postaci bolesnego ciągnięcia lub kurczowego drgania. 3) Po dłuższem chodzeniu zjawiają się silne bole pod kostką wewnętrzną, lub też na grzbiecie stopy. 4) Nierzadko skarżą się chorzy także na bole w mięśniach uda, które przeszkadzają im n. p. siedzieć symetrycznie na stołku. 5) Chorzy używają zwykle trzewików starych znoszonych, gdyż w nowych przypadłości się pogarszają. 6) Wskutek oszczędzania stopy ścierają chorzy obcasy typowo od zewnątrz. 7) Stopa ulega często nagłemu skręcaniu się ku wewnątrz.

Przypadłości te pochodzą, jak to słusznie zauważył Hübscher, od niedomogi mięśni stopowych, zwłaszcza zginaczy i supinatorów. Niedomogę zaś tę wywołuje zwykle noszenie ciasnych pończoch i śpiczastych bucików na wysokich wciętych obcasach, dalej sprawy zapalne, urazy i t. p.

Leczenie: 1) Noszenie racyonalnych higienicznych trzewików (buciki Chasalla); 2) wzmacnianie i kształcenie odpowiednich mięśni; 3) leczenie odpowiedniemi, specyalnie dla chorego zrobionemi wkładkami. K.

Lexer i Baus. **O przepuklinach mięśni.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 10). Zwykle przez przepuklinę mięśnia rozumiemy stan, w którym w przebiegu mięśnia (często w środku) spotykamy guz miękki, wykazujący fałszywe chełbotanie i twardniejący przy kurczeniu się mięśnia. W spokoju guz ten jest mniejszy i możemy palcem wpychać go w otwór powięzi; po usunięciu palca wychodzi on z powrotem. Nie da się jednak zaprzeczyć, że istnieją i przepukliny takie, gdzie guz mięśnia znika właśnie przy kurczeniu się mięśnia. Przepukliny te występują głównie w mięśniu dwugłowym ramienia, w mięśniach przywodzących udo i w mięśniu prostym brzucha. Celem wykazania wspomnianych różnic w zachowaniu się przepuklin mięśniowych przeprowadzili L. i B. odpowiednie doświadczenia na zwierzętach i przekonali się, że w razie przecięcia samej powięzi mięsień (w spokoju) wypycha zaraz część swej tkanki przez otwór w powięzi, natomiast w razie skurczu wypchnięta ta część chowa się zaraz z powrotem. Natomiast, jeżeli uszkodzimy prócz powięzi także i mięsień, w takim razie rzecz ma się inaczej, bo część tkanki mięśniowej, wydobywająca się z otworu powięzi, zwiększa się i twardnieje przy skurczu mięśnia. Tam więc, gdzie przy skurczu mięśnia powiększa się jego przepuklina i twardnieje, przyjąć należy, że prócz powięzi także i mięsień wskutek urazu, (bo cierpienie to powstaje zawsze po urazie ostrym lub przewlekłym, jak jeżdżenie konno, sprawy ropne i t. p.), uległ przerwaniu. Tam zaś, gdzie przepuklina przy skurczu mięśnia znika, jedynie powięź jest słabsza lub ma otwór. W takim przypadku wystarczy zeszycie powięzi, w pierwszym nadto zeszyć należy także mięsień. Klęsk.

Muskat. **Wrodzone rodzinne przykurczenie małego palca.** (Med. Klinik 1909, Nr 39). Przykurczenie małego palca jednej, lub obu rąk jest najczęściej cierpieniem dziedzicznem i występuje nieraz u kilku członków rodziny. Przykurczenie to dotyczy zwykle pierwszego stawu palcowego, przyczem nieraz palec odstaje od innych. Badania rentgenowskie M. wykazały, że nie chodzi tu tylko, jak wielu sądzi, o przykurczenie skórne, ale przyczyny cierpienia szukać należy w stawie. Zwykle mianowicie członek średni przesunięty jest dłoniowo, a dopiero następowo występuje przykurczenie skóry. W okresach późniejszych zmiany w stawie stają się jeszcze wybitniejsze, albowiem następuje bujanie kości, przyczem staw od strony grzbietnej zarasta częściowo tak, że ruchy odbywają się potem tylko dłoniową jego połową. Cierpienie to uważa M. za atawistyczny objaw, przypominający ustawienie pazurów u zwierząt. K.

Doc. Machol. **Chirurgiczno-ortopedyczne leczenie porażenia rdzeniowego u dzieci.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 2—3). Wobec wybuchów epidemii zapalenia przednich rogów rdzenia, zarazem sprawa leczenia i zapobiegania następowym porażeniom staje się bardzo aktualną. W przebiegu tej choroby odróżnić możemy praktycznie 3 okresy: 1) pierwszy, gdzie działa przeważnie lekarz chorób wewnętrznych; 2) okres drugi, ustalania się porażeń; tutaj wkracza znów neurolog i chirurg, zapobiegając wytworzeniu się ewentualnych zniekształceń i pomagając naturze w usuwaniu porażeń; 3) okres ostatni, ustalonych porażeń i przykurczeń, gdzie jedynie chirurg-ortopeda pomódz może. Ale i w okresie pierwszym może jednak także chirurg pomagać. Tak n. p. często bolesność kręgosłupa jest tak wielka, że nie pozostaje nic innego, jak sprawić wybitną ulgę chorym przez założenie gorsetu lub sporządzenie łóżeczka gipsowego. Także już w tym okresie możemy zapobiegać ewentulnej skłonności do wytwarzania się przykurczeń, przez założenie odpowiednich szyn lub przyrządów.

Zadanie to występuje w całej pełni w okresie drugim, gdzie mamy już rozległe nieraz, bezbolesne, wiotkie porażenie. Tutaj zadaniem naszem jest zwalczanie porażenia, zapobieganie tworzeniu się przykurczeń i zaburzeń wzrostu i stawów cepowatych. Wiele działa tutaj neurolog przez stosowanie elektryczności, przyczem pomaga mu chirurg gimnastyką, miesieniem, przyrządami i t. p. W razie osłabienia stawu odpowiedni przyrząd do chodzenia zapobiega dalszemu zanikowi mięśni. Jeżeli chory jest racyonalnie leczony, w takim razie jest po prostu niemożliwe, by wystąpić mogły w okresie III. przykurczenia. Pod koniec okresu drugiego nieraz okazać się mogą koniecznymi pewne małe zabiegi, jak n. p. przecięcie ścięgna lub plastyczne jego przedłużenie i t. p., a to wtedy, jeżeli nie udaje się pokonać przewagi zdrowych antagonistów i przez operacyę chcemy zarazem chorym mięśniom dać pewien wypoczynek. Czasem naodwrót okazuje się wskazanem skrócenie ścięgna lub mięśnia, celem pobudzenia go do działania. Ewentualne zniekształcenia usuwamy wtedy bardzo łatwo wobec wiotkości mięśni.

Często wreszcie interweniować musi chirurg dopiero w okresie trzecim, t. j. tam, gdzie już przykurczenia i porażenia się ustaliły i gdzie powstały już stawy cepowate i inne zniekształtnienia. Okres ten następuje zwykle w $1-1^1/_2$ roku po zjawieniu się porażeń. O ile naturalnie nie należy tu zwlekać z operacyami i dopuszczać do dalszych zniekształceń, o tyle znów z drugiej strony nie powinniśmy zapominać, że nawet i wtedy jeszcze może nastąpić samoistna poprawa. Operacya większa jest więc wskazana tam, gdzie samoistna poprawa jest już wyłączona. Zabiegi chirurgiczne rozpadają się tu na dwie grupy: 1) przeszczepianie ścięgien, mięśni i nerwów (w razie porażeń częściowych); 2) ustalenie stawów lub tkanek okołostawowych (arthro-tendo-fascio-desis) w razie porażeń całkowitych. Przedtem stosujemy jednak wyprostowanie i to wolne wyciągiem lub w opatrunkach, ewentualnie gwałtowne odrazu na jednem posiedzeniu. Wyprostowanie uzupełniają nieraz dopiero operacye plastyczne części miękkich, lub i kości. Po naprawieniu kształtu kończyny staramy się też o przywrócenie jakiej takiej czynności, w czem przychodzą z pomocą operacye plastyczne, w ostatnich czasach zwłaszcza przeszczepiania mięśni i nerwów. Co do ustalenia stawów (arthrodesis), to podług Langego wykonywać się je powinno dopiero po 20. roku życia, t. j. wtedy, gdy już kończy się sprawa wzrostu. Głównie do operacyi tej nadają się: staw skokowy, biodrowy, kolanowy i barkowy. Zamiast operacyi kostnej poleca Codovilla i Vulpius ustalenie części miękkich około stawu (fasciodesis, tendodesis), a Lange osiąga to przez umocowywanie parafinowanego jedwabiu. Plastyki mięśni oddają bardzo cenne usługi, a zdaje się, że i po łączeniu nerwów spodziewać się możemy dobrych, a może jeszcze i lepszych czynności, jak przy łączeniu mięśni. K.

Stoffel. **Przeszczepianie nerwów przy wiotkich**

porażeniach. (Doniesienie tymczasowe). (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 5). W pracy swej przytacza S. 4 przypadki przeszczepienia nerwu pachowego przy wiotkich porażeniach (po zapaleniu przednich rogów rdzenia), z których w 3 uzyskał wynik bardzo dobry. Właściwy jednak cel pracy S. jest inny. Mianowicie nieraz zastanawiał się S. nad tem, czy robimy dobrze, biorąc do plastyki jakąbądź część danego nerwu, czy też może i w nerwach odróżnić można pewne pęczki, biegnące do danych mięśni i ewentualnie łączące się z gałązkami sąsiedniego nerwu. Bliższe badania i preparowanie nerwów potwierdziły to przypuszczenie. S. badał nerwy noworodków i to w ten sposób, że za daną gałązką mięśniową posuwał się do pnia i tu na tępo dalej ją wyosabniał. Dokładnej lokalizacyi S. podać jeszcze nie może, ale że ona istnieje, to nie ulega wątpliwości.

Wobec tego nie jest obojętną rzeczą, której części nerwu używamy do plastyki i tem też tłomaczy się, że przy plastykach nerwów raz osiągamy wynik znakomity, a kiedyindziej niema żadnego wyniku. Najlepiej tłómaczy to przykład: Przy porażeniu mięśni strzałkowych (peronaei) przeszczepia się zwykle część nerwu goleniowego (tibialis) na nerw strzałkowy wspólny. Otóż nerw strzałkowy składa się z dwóch: z głębokiego (leży tuż przy mięśniu dwugłowym) i powierzchownego, tworzących pod kolanem jeden pień. Gdybyśmy przypadkowo przy plastyce, (co łatwo zdarzyć się może), zeszyli nerw goleniowy z częścią odpowiadającą n. strzałkowemu głębokiemu, w takim razie wyniku żadnego nie osiągniemy, bo tylko nerw powierzchowny zawiera w sobie włókna ruchowe.

Jeżeli znać będziemy dokładnie jakość i umiejscowienie gałązek nerwowych w przekroju danego pnia, to wyniki naszych łączeń będą znacznie lepsze, niż obecnie.

Klęsk.

Jungengel. **Odkażanie skóry i traktowanie ran parą jodu.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 12). Wiadomo, że jod jest znakomitym środkiem wogóle; w szczególności w chirurgii bywa w ostatnich czasach z korzyścią stosowany do odkażania skóry. Ku temu celowi służy nalewka jodowa, która jednakże ma tę wadę, że szybko się rozkłada i tworzy połączenia, bardzo drażniące skórę i wywołujące wypryski. Z tego też powodu nalewki nie możemy być nigdy pewni. Aby temu zapobiedz, postanowił J. użyć pary jodu i wynalazł odpowiedni przyrząd, który dozwala wypuszczać na dane miejsce dowolną ilość par jodowych. W ten sposób odkaża J. skórę, goląc włosy przedtem pod rozpryskiwaniem alkoholu. Skóra przybiera pod wpływem pary jodu kolor żółto-czerwony. Sposób ten nadaje się do traktowania ran świeżych, w których obawiamy się zakażenia, lub przy operacyach częściowo nieczystych, n. p. przy operacyi zapalenia wyrostka robaczkowego. Bardzo korzystnie działają pary jodu także przy leczeniu ropowic, czyraków, wrzodów i t. p. K.

Widmer. **Zastosowanie światła słonecznego w chirurgii.** (Monatsschr. f. d. phys. diät. Heil. 1910, II. 1). W. jest stanowczym zwolennikiem otwartego leczenia ran, zwłaszcza z pomocą światła. Osiąga się przytem znakomite wyniki, bo n. p. wygojenie bez blizny szpecącej. Bliznowce nigdy w następstwie tego leczenia nie występują, a ropnie i zakażenia nigdy się nie zdarzają. Leczenie otwarte nadaje się zwłaszcza celem oczyszczenia rozległych nie gojących się ran, odleżyn, oparzeń, odmrożeń, dalej przy zaczynającej się zgorzeli, przy wrzodach i trudnem pokrywaniu się nabłonkiem powierzchni ziarninowych i t. p. W końcu działa światło słoneczne bezsprzecznie znakomicie przy chirurgicznej gruźlicy u dzieci. K.

Zykow. **W sprawie stosowania fulguracyi w leczeniu nowotworów złośliwych.** (Wracz. Gaz. 1909, Nr 40). Na początku swej pracy zestawia Z. niektóre dane z elektropatologii i podkreśla niebezpieczeństwo prądów stałych. Prądy o napięciu 100—150 V powinny być stosowane bardzo ostrożnie. Prądy powyżej 500 V są zwykle śmiertelne. Co się tyczy prądów przerywanych, to oprócz napięcia ogromną rolę gra tutaj szybkość przerywań. Przy wysokiem napięciu i niewielkiej ilości przerywań (50 na sekundę) prąd jest śmiertelny. Przy wielkiej ilości przerywań (do 5000 na sekundę) prąd staje się bardzo mało niebezpiecznym, a nawet zupełnie obojętnym. Fizyologiczny wpływ prądu przerywanego wyraża się w bolesnem kurczeniu się mięśni i w wstrząśnieniu całego ustroju. Metoda leczenia fulguracyą, jest to metoda leczenia zapomocą iskry, otrzymanej z prądu o bardzo wysokiem napięciu i o bardzo wielkiej szybkości przerywań. Z. zestawia wyniki doświadczeń rozmaitych autorów nad wpływem iskry na zdrową i zmienioną skórę zwierząt. Sam Z. w swych doświadczeniach na psach starał się wyjaśnić wpływ fulguracyi na obnażone naczynia i nerwy. Z doświadczeń tych wynika, że tętnice większe pod wpływem iskry zmieniają się bardzo mało. W tętnicach drobnych można było zauważyć zwyrodnienie szkliste ścian i skrzepy przyścienne. W żyłach, nawet większych, powstawały skrzepy przyścienne i martwica ścian; żyły drobne były całkowicie wypełnione skrzepami. Zmiany te występowały dopiero po 2 dniach. Następnie omawia Z. wyniki leczenia nowotworów złośliwych zapomocą fulguracyi. Zabieg powinien być wykonany w uśpieniu. U chorych cierpliwych i dobrze zdających sobie sprawę ze stanu choroby udawało się autorowi przeprowadzić zabieg bez ogólnego uśpienia, tylko w znieczuleniu kokainą, a jeżeli nowotwór znajdował się na kończynie dolnej, to nawet za nałożeniem opaski gumowej powyżej nowotworu. Zwykle po pierwszem posiedzeniu tkanka nowotworu nabrzmiewała, przybierała postać galaretowatą, traciła żywotność i wyraźnie odcinała się od tkanek sąsiednich. Następnie zmartwiałe części wyskrobywano łyżeczką, a powierzchnię oczyszczonej rany znowu poddawano działaniu iskry. W razie silniejszego krwawienia posypywano ranę chlorkiem wapna i nakładano opatrunek aseptyczny. Takich zabiegów wykonywano kilka w 1—2-tygodniowych przerwach stosownie do przebiegu gojenia. Po zabiegu chorzy czuli się zwykle bardzo dobrze. Taki sposób leczenia stosował Z. w 29 przypadkach, w tej liczbie były 22 przypadki raka, 3 mięsaka, 4 tocznia. Najlepsze wyniki uzyskał Z. przy raku skóry i toczniu. Z 12 przypadków raka części płciowych u kobiet, tylko w jednym powiodło się osiągnąć zagojenie rozległego wrzodu, nie nadającego się już do operacyi; w 3 zaś przypadkach można było zauważyć tylko niewielkie polepszenie. Niezły wynik osiągnięto w 4 przypadkach raka wargi i w jednym raku sutka. W 2 przypadkach mięsaka stwierdzono zaledwie nieznaczne powstrzymanie wzrostu nowotworu i polepszenie stanu podmiotowego. W końcu dochodzi Z. do następujących wyników: 1) U osób słabych i charłaczych, poddawanych uśpieniu, należy fulguracyę uważać za zabieg, pobudzający działalność serca i oddechu. 2) Fulguracya nie wpływa szkodliwie na tkanki zdrowe, obniża zaś siłę życiową tkanek zmienionych chorobowo i nawet je niszczy. 3) Fulguracya bardzo mało wpływa na narządy ważne dla życia, jak mózg, serce, płuca, większe naczynia krwionośne i nerwy; czynności ich pozostają nienaruszone. 4) Fulguracyę należy uznać za znakomity środek leczniczy przy niektórych nowotworach złośliwych, nie nadających się do operacyi; należy też postawić ją wyżej od rentgenizacyi, a nawet od leczenia radem. Dr L. Mańkowski.

Bergel. **O wpływie wstrzykiwań włóknika na raka.** (Med. Klinik 1910, Nr 6). Na zasadzie spostrzeżenia, że rak w początkach otoczony bywa wałem zapalnym, chroniącym resztę ustroju chwilowo od dalszego szerzenia się sprawy, postanowił B. podjąć próby lecznicze przez wywoływanie w otoczeniu raka jałowego zapalenia, któreby naśladowało n. p. odczyn, jaki widzimy u zwierząt po zaszczepieniu im sztucznem nowotworów. Takie zapalenie najdogodniej wywołać można zapomocą wstrzykiwań zawiesiny włóknika. Próby na rakowatych psach wypadły tak zachęcająco, że B. czuł się uprawnionym do zastosowania

tego leczenia u ludzi w przypadkach raków nieuleczalnych. Wstrzykiwania te są wprawdzie bolesne, ale pozbawione niebezpieczeństwa i nieszkodliwe. W wielu przypadkach spostrzegał B. skutek dodatni, jak zmniejszanie się guza, ewentualnie rozpad i bliznowacenie. Powiększania się guzów nie spostrzegał B. nigdy. Chociaż więc sposób ten nie leczy może raka, to jednak zapomocą niego osiągał B. nieraz tak wybitne wyniki, że zachęca do dalszych prób. K.

Finck. **Nadmanganian potasu krystaliczny, jako środek niszczący tkanki.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 4). Nadmanganian potasu jest zarazem środkiem wybitnie żrącym, a działanie to zawdzięcza on temu, że przy łączeniu się z wodą tkanek, wywiązuje KOH, który działa żrąco. Działanie to odbywa się powoli, i dlatego bezpiecznie używać można nadmanganianu i w głębi ciała. F. wypróbował to działanie w licznych przypadkach. W tym celu pokrywa dane miejsce plastrem, w którym wycięty jest otworek, odpowiadający ranie. Takich warstw plastra kładzie się 5—15, a to w tym celu, aby nadmanganianu był nadmiar. Opatrunek zmienia się przy wrzodzie po 48 godzinach. Zwykle rana pokryta jest wtedy szaro-bronzowemi rozpadłemi tkankami, po których usunięciu widać jeszcze spalone, czarniawe tkanki. Skórę okoliczną ochrania od zniszczenia plaster. Oczyszczenie wrzodu i gojenie następuje bardzo szybko. Chory przy tem przez cały czas nie odczuwa żadnych bolów. Zwłaszcza leczenie to nadaje się przy rakach skórnych, odleżynie, wrzodach goleni i t. p. Niszczyć w ten sposób można także n. p. na twarzy małe naczyniaki, brodawczaki, tłuszczaki, przyczem nadmanganian należy trochę zwilżyć wodą na miejscu zastosowania. F. stosuje nadmanganian zapomocą specyalnego przyrządu także w przetokach, zwłaszcza kostno-stawowych przy gruźlicy (z wyjątkiem spraw świeżych z obfitą wydzieliną i w blizkości nerwów lub większych naczyń). K.

Hayn. **O zatruciu tiosinaminą.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 7). Tiosinamina jest związkiem pochodnym olejku gorczycznego. W postaci rozpuszczalnej przetworzył ją Merck jako podwójne połączenie z salicylanem sodu pod nazwą fibrolizyny. Najprawdopodobniej środek ten jako pochodny olejku gorczycznego wywołuje silne miejscowe przekrwienie i nagromadzanie się ciałek białych, a przez to i działanie zaczynów.

Tiosinamina wywołać może objawy zatrucia u osób, mających do niej idyosynkrazyę. Objawy są następujące: po pierwszych wstrzykiwaniach bole głowy i członków, podniesienie ciepłoty, brak apetytu, upadek sił, ew. wysypka na skórze. Przypadek zatrucia spostrzegał także autor. Zapobiegać zatruciu najlepiej w ten sposób, że z początku należy wstrzykiwania wykonywać nie (jak polecają) co drugi dzień, lecz w odstępach większych, zwłaszcza, jeżeli po pierwszem wstrzyknięciu chory czuje się osłabionym. Jeżeli po wstrzyknięciach zjawia się podniesienie ciepłoty, należy leczenia tiosinaminą zupełnie zaniechać. K.

Haberfeld i Schilder. **Tężyczka u królików.** (Mit. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. 1909, 20. V.). Na podstawie doświadczeń na królikach potwierdzają H. i S. zdanie, że tężyczkę odnieść należy do utraty lub braku czynności t. zw. gruczołów przytarczycznych. Minimalnie potrzebna ilość tych ciałek jest różna. U zwierząt starszych usunąć można bezkarnie więcej, u młodszych natomiast mniej. Wyjątkowo czasem nie występuje tężyczka mimo usunięcia wszystkich gruczołów, i zjawia się dopiero, gdy się usunie także t. zw. ciałko Erdheima (dodatkowe), znajdujące się w grasicy. — Gruczoły przytarczyczne posiadają zdolność wzajemnego przerostu zastępczego. A.

Richardson. **Występowanie tężca po operacyach chirurgicznych: czy zakażenie powodują podwiązki katgutowe?** (Brit. med. Journ. 1909, kwiecień, 17). Praca R. jest ciekawa ze względu na odrębne stanowisko, jakie R. zajmuje w tej sprawie. Przedewszystkiem wykazał R., że u owiec występuje też choroba przypominająca tężec, a zarazki jej, podobne zupełnie do ludzkich, mają swoje siedlisko w przewodzie pokarmowym. Zdawałoby się więc, że najprostszą rzeczą byłoby przyjąć, że właśnie katgut jest bezpośrednią przyczyną zakażenia, bo może być sporządzony właśnie z kiszek chorych zwierząt. Tymczasem badania katgutu w danych przypadkach wykazywały bardzo często zupełną jałowość materyału. Wobec tego wyraża R. przypuszczenie, że źródła zakażenia szukać należy nie w katgucie, ale raczej w osobniku operowanym. Tężec pooperacyjny występuje niemal jedynie tylko po operacyach w jamie brzusznej, co nakłania do przypuszczenia, że najprędzej dany osobnik miał już w przewodzie pokarmowym drobnoustroje tężca owczego (Bazillenträger), a operacya wpłynęła na przejście prątków do otrzewnej lub do obiegu krwi. A.

Simon. **Dwa przypadki ciężkiego tężca, leczone antytoksyną „Höchst" z pomyślnym wynikiem.** (Münch. med. Wochs. 1909, Nr 44). Wiara w skuteczność leczenia tężca surowicą nieco osłabła, jednak niesłusznie. Krönlein na Zjeździe chirurgów w r. 1906 wyraził się, że uwierzy w skutek leczenia tężca surowicą dopiero wtedy, gdy się powiedzie w przypadkach najostrzejszych uzyskać wyleczenie. Przypadki te bowiem, zwykle z bardzo krótkim okresem wylęgania, przebiegają mimo leczenia surowicą śmiertelnie, natomiast inne, gdzie czas wylęgania jest długi, nawet i bez leczenia zdrowieją. Przeciwko temu przytacza S. 2 przypadki własne ciężkiego tężca o krótkim bardzo okresie wylęgania, gdzie jedynie surowicy zawdzięczać należy wyleczenie. Surowicę wstrzykiwano śródoponowo i śródżylnie, a potem, gdy objawy się nie nasilały, podskórnie. Nie należy jednak wstrzykiwać za skąpo. Zacharias poleca 8 jednostek na kilgr. wagi. Zapobiegawczo wstrzykiwać należy przynajmniej 100 jednostek. Nie chroni to wprawdzie zawsze od wybuchu choroby (drugi przypadek S.), ale przebieg bywa potem łagodniejszy, a śmiertelność podług Sutera wynosi 36·3%. Przy wstrzykiwaniu większych ilości surowicy wchodzi w rachubę karbol, w niej zawarty (½%). Stosować surowicę śródoponowo lub śródnerwowo można w okresach początkowych, natomiast przy rozwiniętych formach choroby nadają się lepiej ze względu na ilość i częstość wstrzykiwań, wstrzykiwania śródżylne lub podskórne. Co do leczenia miejscowego, to nie należy zanadto zachowawczo postępować, zwłaszcza, gdy zjawiają się pierwsze objawy choroby. Cenne usługi oddają przy tężcu narkotyki i śródżylne wlewania rozczynów soli kuchennej. K.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo naukowe warszawskie.

Posiedzenie kliniczne d. 15. marca 1910.

1) Gliński przedstawił 2 przypadki **białaczki przewlekłej**, limfemii i myelemii i preparaty krwi. W obu przypadkach jako czynnik etyologiczny występuje bardzo wyraźnie uraz.

2) Klein Stanisław przedstawił 22-letniego chorego **z przewlekłem zapaleniem błony śluzowej jamy ustnej**, trwające 4 lata. Z powodu pcheł (pediculosis vestimenti) chory, za namową znajomych, zastosował następujący oryginalny środek: kawał krajki długości 2 łokci wraz z białkiem od jaja i 3 łutami rtęci tłukł w moździerzu tak długo, póki cała mieszanina nie wsiąkła w krajkę. Tak spreparowaną krajkę zawiesił sobie na piersiach, zmieniając ją z początku co 3 miesiące, a w ostatnim roku co miesiąc. Pchły znikły, natomiast rozwinęło się u chorego rtęcicze zapalenie jamy ustnej.

3) Zdzisław Dobrowolski przedstawił 13-letnią chorą **z kamykiem w lewem nozdrzu.**

4) Mutermilch Stanisław przedstawił **preparaty**

mikroskopowe, bakteryologiczne i hematologiczne, przygotowane **metodą tuszową** Burriego. Metoda ta polega na tem, że na szkiełku przedmiotowem mieszamy kroplę badanego płynu z kroplą rozcieńczonego płynnego tuszu chińskiego i następnie rozprowadzamy cienką warstwą tak, jak to czynimy z preparatami krwi. W preparacie tło jest zabarwione na kolor ciemny żółto-brunatny, składniki zaś morfologiczne, np. bakterye, przedstawiają się nadzwyczaj efektownie, jako twory bezbarwne, błyszczące, o niezmiernie wyraźnych zarysach. Burri i inni autorowie polecają wogóle metodę tuszową do badań mikroskopowych, a zwłaszcza do poszukiwania krętków bladych w wykwitach kiłowych. Burri poleca używać tuszu rozcieńczonego 10-krotnie, inni autowie rozcieńczają tylko dwukrotnie, co radzi też czynić prelegent.

5) Karwacki przedstawił wyniki **badań bakteryologicznych** krwi dwóch przypadków: **plamicy Werlhofa** i **ostrej białaczki** gruczołowej ze skazą krwotoczną. Posiewy w obu przypadkach dały hodowlę prątka wrzecionowatego (bac. fusiformis). W przypadku drugim laseczniki wrzecionowate wykryto w preparatach krwi bezpośrednio. Prelegent uważa obraz chorobowy za zależny od wyhodowanych przez siebie zarazków.

W dyskusyi zaznacza Janowski, że nie można łączyć etyologii plamicy Werlhofa i ostrej białaczki z wynikami badania bakteryologicznego i sądzi, że znalezienie w preparatach krwi i w hodowlach laseczników wrzecionowatych było faktem przypadkowym. — Ryszard Herz podkreśla, że w przemówieniu prelegenta uderza to, iż znajdował on drobnoustroje nawet w preparacie krwi bezpośrednio, co należy do wielkich rzadkości, gdy tymczasem mowca wraz z kol. Kino oglądał kilkanaście preparatów krwi, barwionych również sposobem Giemsy i nie spostrzegał nic podobnego. Zadziwiającem jest również to, że nie znajdowano drobnoustrojów w skrawkach z narządów, w których powinnyby się one były znajdywać, gdyby występowały we krwi w takiej obfitości, że możnaby je było spostrzegać bezpośrednio w preparatach krwi. — Karwacki w odpowiedzi zaznacza, że ma preparaty szpiku kostnego i śledziony, gdzie znajdują się również laseczniki wrzecionowate.

6) Higier: **Stanowisko kliniczne i anatomo-patologiczne niektórych rzadszych chorób mózgowych rodzinno-dziedzicznych.** Higier powstaje przeciwko łączeniu w jedną postać nozologiczną obu odmian rodzinnej diplegii mózgowej, diplegii wczesnego (Higier-Freuda) i późnego (Tay-Sachsa) wieku dziecięcego. Są to dwie choroby zupełnie odrębne, aczkolwiek Vogt, Schaffer i inni usiłują je przedstawić jako jedną postać chorobową. Na zasadzie kilkunastu przypadków diplegii dziecięcej typu Tay-Sachsa i trzech rodzin z diplegią młodzieńczą stwierdza H., co następuje: 1) Postać młodzieńczą zazwyczaj spotyka się w kilku pokoleniach tejże rodziny, postać dziecięcą w jednem. 2) W chorobie Tay-Sachsa uderza usposobienie rasowe i etnologiczne, gdyż zapadają wyłącznie oseski pochodzenia semickiego, polsko-litewskiego, czego nie zauważamy w zwykłej diplegii mózgowej. 3) Postać, rozwijająca się w późniejszym wieku t. j. między 7. a 15. rokiem życia, jest chorobą bardzo rzadką, natomiast choroba Tay-Sachsa, kończąca się zazwyczaj w 2—3. roku życia śmiercią, jest u nas w Królestwie, na Litwie i w prowincyach nadbałtyckich względnie częstem cierpieniem. 4) Swoiste zwyrodnienie symetryczne plamki żółtej siatkówki spotyka się obok ślepoty wyłącznie w dziecięcej postaci choroby Tay-Sachsa. 5) Jednoczesnego wystąpienia obu postaci w jednej rodzinie nie spostrzega się nigdy. 6) Obraz kliniczny w postaci dziecięcej jest stereotypowy, w młodzieńczej różnolity. 7) Istnieją między jedną, a drugą poważne różnice anatomo-patologiczne. W chorobie Tay-Sachsa góruje zupełne zwyrodnienie komórek zwojowych obok zachowania włókien osiowych, w typie zaś przewlekłej diplegii mózgowej późnego dzieciństwa góruje natomiast niewykształcenie, zniekształcenie i zwyrodnienie włókien osiowych obok nietkniętej komórki nerwowej. Łączenie przeto w jednostkę chorobową diplegii mózgowej młodzieńczej (Higier-Freuda) i choroby Tay-Sachsa zarówno ze stanowiska klinicznego, jak anatomo-patologicznego jest conajmniej przedwczesne.

W dyskusyi zaznacza Grundzach, że prelegent nie powiedział o płci chorych na chorobę Tay-Sachsa. — Hewelke zaznacza, że prelegent w przeprowadzeniu rozpoznania różniczkowego między opisywanemi przez siebie dwiema chorobami nazywa pierwszą chorobą rodzimą, a drugą w przeciwstawieniu dziedziczną. Nie odpowiada to najnowszym poglądom. To, co jest rodzime, musi być dziedziczne.

Tadeusz Wilczyński.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie z d 2. lutego 1910.

Przewodniczący kol. Sterling. Sekretarz E. Sonnenberg.

1) Kol. Szpot przedstawił dziecko 9-miesięczne z przetoką na szyi, z lewej strony, poniżej chrząstek krtani. Przetoka wydziela śluzowo-ropną skąpą wydzielinę; zgłębnik wchodzi 3 cm ku dołowi i ku górze. Rozpoznanie: **Przetoka zarodkowa ze szpary skrzelowej.** Dziecko odznacza się niezwykłym wzrostem i wagą.

2) Z przyczyny zrzeczenia się przez kol. Pinkusa godności członka sądu honorowego przy Towarzystwie, przystąpiono do wyboru innego członka. Po trzykrotnie powtórzonem głosowaniu wybrany został kol. J. Michalski.

3) Kol. Maybaum przeczytał rzecz p. t.: **O postępach w rozpoznawaniu chorób żołądka.**

I. Zgłębnikowanie żołądka czczego. Obecność treści w żołądku czczym w ilości ponad 10 cm^3 wskazuje na stan chorobowy tego narządu. Treść bywa różnorodna: 1) czysty sok żołądkowy bez resztek pokarmowych; 2) wydzielina śluzowa; 3) sok żołądkowy z resztkami pokarmów, dostrzegalnymi gołem okiem; 4) sok z »resztkami mikroskopowemi«, t. j. z resztkami widzialnemi pod drobnowidem. Czysty sok w żołądku czczym jest objawem sokotoku, a wydzielina śluzowa dowodzi sprawy nieżytowej; resztki pokarmów zalegają przy zwężeniu odźwiernika złośliwem lub łagodnem; resztki mikroskopowe świadczą prawie zawsze o zastoju z powodu złośliwego zwężenia odźwiernika.

Pod drobnowidem wykryć można w zawartości żołądka czczego: 1) »ślimacznice« (Jaworskiego); 2) jasno-błyszczące jąderka (Jaworskiego); 3) włókna mięsne, igiełki kw. tłuszczowych; 4) strzępy błony śluzowej; 5) komórki śluzowe, nabłonek wałeczkowy i krwinki białe, duże okrągłe lub wielokątne komórki z błyszczącemi dużemi jądrami i licznemi jamkami w protoplazmie; 6) drożdże, czworniaki; 7) wymoczki, pełzaki, pleśnie, 8) drobnoustroje, prątki nitkowate.

II. Badanie sprawności żołądka bez użycia zgłębnika. (Próba desmoidowa Sahliego). Próba desmoidowa czyli więzadłowa, jakkolwiek nie wolna od zarzutów, zasługuje na stosowanie, bo daje wyniki dość ścisłe, a łatwo ją wykonać. Nie może ona dorównać badaniu zgłębnikiem, bo jest bardziej jednostronna, dając wyjaśnienie tylko, czy sprawność wydzielnicza jest zachowana, czy nie — ale w przypadkach, gdzie zgłębnikowanie jest przeciwwskazane stanowi próba Sahliego ważną metodę rozpoznawczą.

III. Krwawienia utajone. Krew, wykryta kilkakrotnie w kale osób, skarżących się na żołądek, sposobami chemicznymi, a niedostrzegalna gołem okiem, świadczy o krwawieniu w przewodzie pokarmowym. Po największej części wykrywa się utajone krwawienie przy raku i wrzodzie żołądka lub dwunastnicy; przy wrzodzie próba wypada zmiennie, zwłaszcza kiedy zastosowano odżywienie sztuczne przez odbytnicę; przy raku nawet wtedy próba daje wynik dodatni.

IV. Prześwietlanie żołądka promieniami Roentgena. Rentgenoskopia odgrywa w rozpoznawaniu

chorób narządów trawienia ważniejszą rolę od rentgenografii. Jest to jedyna metoda, która uwidocznia ruchy żołądka; podczas przesuwania się pokarmów widać, jak się odźwiernik kurczy i odgranicza od podstawy żołądka i jak miazga pokarmowa przelewa się do dwunastnicy. Prześwietlanie daje dokładny obraz granic żołądka i pod tym względem jest metoda ta niezrównana. W sprawach rozpoznawania zboczeń ruchowych i czynnościowych żołądka, jak również innych zmian chorobowych nie daje rentgenologia przy obecnym jej stanie wskazówek pewnych. (Streszczenie własne).

4) Dyskusya: Kol. Birencweig o próbie więzadłowej sądzi, iż w razie braku, lub spóźnionego występowania zabarwienia moczu nie należy zbyt pospiesznie wnosić o upośledzonej sprawności żołądka, gdyż w grę tu wchodzi prócz działania soku żołądkowego na katgutową nitkę, wessania błękitu metylenu, jeszcze i wydzielnicza zdolność nerek, o której należy się przekonać przed stosowaniem próby więzadłowej. — Sonnenberg zwraca uwagę na to, że mocz przy zastosowaniu próby desmoidowej Sahliego nie zawsze jest zabarwiony na kolor zielony. Zielona barwa moczu zależy od dwóch czynników: od żółtego koloru moczu i od błękitu metylenowego, zielona bowiem barwa stanowi mieszaninę dwóch kolorów: żółtego i niebieskiego. Mocz jednak, jak wiadomo, nie zawsze bywa żółty. Większe lub mniejsze żółte zabarwienie moczu zależy od mniejszego lub większego rozcieńczenia barwiących substancyi, zawartych w moczu i zwykle — z wyjątkiem moczu przy cukrzycy — barwa moczu idzie w parze ze zwiększonym ciężarem właściwym moczu. Mocz, rozcieńczony przez wprowadzenie do ustroju większej ilości napojów, jest blady, i odwrotnie: bywa więcej nasycony, kiedy ustrój traci dużo wody, np. przy obfitem poceniu się. Jeśli więc, gdy mocz jest mało żółty lub bezbarwny, zastosujemy próbę desmoidową Sahliego, to podany wewnętrznie błękit metylenowy nie zabarwi moczu na kolor zielony, lecz na niebieski. Zresztą przy stosowaniu omawianej próby barwa moczu zależy także i od ilości podanego wewnętrznie błękitu metylenowego: wielkie ilości błękitu bez względu na to, czy mocz jest nasycony lub nie, zabarwią mocz na kolor niebieski. — Kol. Kaufman zwraca uwagę, że duże dawki bizmutu (bism. subnitricum), stosowane przy rentgenoskopii żołądka, mogą wywoływać zatrucia. Kol. K. przypomina, iż między innemi opisał przypadek zatrucia kol. Arnstein. — Kol. Maksymilian Cohn podnosi również trujące własności azotanu bizmutu w dużych dawkach. Co do dyafanitu, to przetwór ten ma wiele stron ujemnych, które stanowią przeszkodę do większego jego stosowania. — Kol. Wacław Jasiński zapytuje prelegenta, czy próba z nalewką gwajakową do wykrycia krwawienia utajonego powinna być istotnie stawiana na pierwszem miejscu. Nowsze badania wskazują, że czulszą i mniej żmudną jest próba z benzydyną. Prócz tego kol. J. wspomina o trudnościach prześwietlań żołądka w celach rozpoznawczych. — Kol. Bol. Kon mówi o stosowaniu zamiast trującego azotanu bizmutu (bism. subn.) nieszkodliwego węglanu (bism. carbonic.). — Kol. Trenkner kładzie nacisk na to, że w stanie prawidłowym żołądek czczy zazwyczaj bywa pusty i obecność wolnego kwasu solnego w żołądku czczym u osobników zdrowych należy do zjawisk nadzwyczaj rzadkich i dlatego zawsze budzi podejrzenie co do stanu chorobowego. — Kol. M. Silberstrom zwraca uwagę w sprawie badania utajonej krwi w kale, że ze względu na to, iż pokarmy pozostają w przewodzie pokarmowym 3—4 dni, nie należałoby przez przeciąg tego czasu podawać badanej osobie mięsa, aby nie otrzymać krwi, pochodzącej z pokarmów mięsnych. Co do samych prób krwi utajonej, to kol. S. stosuje prócz próby gwajakowej próbę benzydynową, która jest subtelniejsza i łatwiejsza do wykonania. Ujemną stroną tej próby jest, iż wszystkie przetwory benzydyny są jednakowo czułe. Kol. S. mówił o innej jeszcze odmianie próby gwajakowej, a mianowicie o próbie z aloiną: nie ustępuje ona gwajakowej. Próbę gwajakową można wykonywać nietylko z nalewką gwajakową świeżo przygotowaną: wystarczy trzymanie nalewki w miejscu ciemnem, — nalewka nie traci wówczas przez długi czas swych własności. — Kol. Pański zwraca uwagę na doniosłe znaczenie różniczkowo-rozpoznawcze, jakie mieć powinno badanie kału co do minimalnych ilości krwi z drobnych krwawień, będących stałym objawem nowotworów przewodu pokarmowego, a nie zdarzających się w cierpieniach nerwowych, w których również występują poważne zmiany błony śluzowej przewodu pokarmowego. Chodzi tu o brak soku żołądkowego (achylia gastr.), obserwowany przy wiądzie (tabes marantica). Chorzy tracą szybko na wadze, przy przeważających objawach żołądkowo-jelitowych; badanie soku żołądkowego wykazuje brak kw. solnego. Dopiero badanie układu nerwowego wykrywa istotną przyrodę cierpienia. Pomyłki nie należą tu do rzadkości. Znane są przypadki wykonania gastro-enterostomii wskutek mylnego rozpoznania nowotworu odźwiernika w przypadkach wiądu. W takich właśnie przypadkach brak dodatnich wyników przy badaniu co do drobnych krwawień dopomógłby do skierowania uwagi na właściwe tory.

Kol. Maybaum odpowiada, że zgadza się z zapatrywaniem, iż przed stosowaniem błękitu metylenowego powinna być stwierdzona sprawność nerek. Mowca podziela zdanie Sonnenberga o zabarwieniu moczu po zastosowaniu błękitu metylenowego. Do próby desmoidowej stosuje się dawki 0,05 błękitu metyl. Zatrucia węglanem bizmutu nie są znane. Opisane dotąd zatrucia wywoływał azotan. Dyafanit jest przetworem drogim i mało stosowanym. Brak krwawień utajonych przemawia za przełomami żołądkowymi (crises gastriques). Próba gwajakowa jest mniej kłopotliwa. Żołądek prawidłowy jest naczczo pusty. Ilości czystego soku żołądkowego poniżej 10 cm bywają niekiedy w żołądku czczym u ludzi zdrowych; jest to t. zw. sok psychiczny, patologicznego znaczenia nie posiadający. E. Sonnenberg.

Towarzystwo lekarskie częstochowskie.

Posiedzenie z d. 15. stycznia 1910.

Obecnych 20 członków.

I. Kol. Batawia wypowiedział rzecz p. t.: **O podśluzowem częściowem wyłuszczeniu przegrody nosowej.** Na wstępie omawia prelegent anatomię przegrody nosowej i najważniejsze przyczyny jej zboczeń. Uraz nie gra tutaj tak ważnej roli, jaką przypisuje mu wielu autorów. Już u niemowląt spostrzegamy znaczną odsetkę nosów niesymetrycznych. Na 31 noworodków, zbadanych w częstochowskim przytułku położniczym, u 10 stwierdził B. wyraźne zboczenie przegrody nosowej. Przebieg porodu niema pod tym względem żadnego znaczenia. U 2 noworodków, wydobytych przez cięcie cesarskie, można było stwierdzić wyraźną asymetryę nosów. O wiele częstszą przyczyną zboczeń jest zapewne nierównomierny rozwój przegrody i ścian nosa. Dalej opisuje B. technikę wyłuszczania przegrody sposobem Kiliana i Jansena, oraz przedstawia używane przez nich narzędzia chirurgiczne. Wspomniawszy w kilku słowach o zmodyfikowaniu powyższej operacyi przez Srebrnego, przedstawia B. dwóch chorych, operowanych sposobem Kiliana.

II. Kol. Biegański wygłosił odczyt p. t.: **Z nowszej literatury lekarskiej.** W ciągu 2 lat ostatnich prelegent wypowiedział szereg odczytów, poświęconych dyagnostyce czynnościowej chorób przewodu pokarmowego i serca. Obecnie streszcza najnowsze badania w sprawie dyagnostyki czynnościowej chorób wątroby i nerek. Omawia szczegółowo prace Bouccharda, Dupré, Glässnera i Hohlwega, którzy podają różne sposoby określania sprawności wątroby. W końcu streszcza B. doświadczalne prace Schlaya i Takayasu z kliniki w Tübingen i opisuje sposób odróżniania kłębkowej i cewkowej postaci zapalenia nerek.

III. Kol. Nowak podaje do wiadomości, że częstochowski Oddział warszawskiego Towarzystwa higienicznego urządza w miejscowem muzeum higienicznem wystawę przeciwgruźliczą, której otwarcie nastąpi w połowie lata roku

bieżącego. Kol. N. prosi obecnych o zbieranie dat statystycznych.

IV. Sekretarz kol. Rosenfeld odczytał sprawozdanie roczne z naukowej działalności Towarzystwa.

Na początku roku sprawozdawczego liczyło Towarzystwo 33 członków rzeczywistych, w ciągu roku przybył jeden członek. Prócz tego Tow. liczy 4 członków korespondentów, 2 członków ofiarodawców i 3 członków honorowych. Posiedzeń było 10. Brało w nich udział 18 do 24 członków. Na posiedzeniach wygłoszono następujące odczyty:

1) Medycyna teoretyczna: Kol. Biegański: O znaczeniu soli mineralnych w ustrojach żywych. Kol. Wacław Kohn: Odczyn Wassermana z teoretycznego i klinicznego punktu widzenia.

2) Medycyna praktyczna: Kol. Batawia: Gruźlica krtani i ciąża. Kol. Biegański: O przedmiesiączkowem podniesieniu ciepłoty. Kol. Michałowicz: O epidemii rumienia wielopostaciowego (erythema infectiosum multiforme) po odrze. Tenże: O opukiwaniu kręgosłupa u dzieci. Kol. Pietrasiewicz: O leczeniu rzucawki. Kol. Rosenfeld: O rozpoznawaniu wczesnych objawów gruźlicy płuc. Tenże: O ostrem przeciążeniu serca. Kol. Okuszko: O swoistem leczeniu i rozpoznawaniu gruźlicy. Kol. Judt (z Warszawy): Zastosowanie promieni Röntgena w rozpoznawaniu chorób płuc, żołądka i kiszek.

3) Kazuistyka: Kol. Batawia: Przypadek intubacyi i tracheotomii.

4) Pokazy chorych: Kol. Edward Kohn: Noworodek z bardzo silnem spodziectwem (hypospadiasis penis). Kol. Pietrasiewicz: Plamica krwotoczna Werlhofa. Tenże: Przypadek włókniaka miękkiego (fibroma molluscum). Tenże: Przypadek twardziny skóry (sclerodermia). Tenże: Przypadek cięcia cesarskiego. Kol. Rosenfeld: Dziecko z guzem gruźliczym (tuberculum solitare) mózgu. Kol. Wrześniowski: Przypadek mięsaka szczęki dolnej. Tenże: Chora po operacyi torbieli jajnika.

5) Pokazy preparatów: Kol. Stefan Kohn: Preparat raka żołądka. Kol. Rudzki: Anencephalus z lewostronną przepukliną pachwinową.

6) Sprawozdania: Kol. Pasierbiński: Luhačovice jako miejscowość lecznicza. Kol. Batawia: Sprawozdanie ze Zjazdu lekarskiego międzynarodowego w Peszcie.

7) Sprawy ogólne: Kol. Łokczewski: W sprawie pomocy lekarskiej w fabrykach.

8) Życiorysy: Kol. Biegański: Karol Darwin, Dr Teodor Dunin, Leopold Auenbrugger.

9) Psychofizyologia: Kol. Okuszko: O wzruszeniach.

V. Skarbnik kol. Rejman odczytał sprawozdanie kasowe. Dochód wraz z remanentem z r. 1908 — 446 rb. 83 kop. Rozchód (mieszkanie, służba, opał, światło elektryczne, składka ubezpieczeniowa, książki i t. d.) 311 rb. $89\frac{1}{2}$ kop. Na r. 1910 pozostało 134 rb. $93\frac{1}{2}$ kop.

VI. Wybory. Wszystkiemi głosami obecnych wybrano Zarząd w dawnym składzie. Jako prezes pozostał kol. Biegański, wiceprezes kol. Wrześniowski, sekretarz kol. Rozenfeld, skarbnik kol. Rejman, bibliotekarz kol. W. Kohn, członkowie Zarządu kol. Łokczewski i Rudzki, członkowie komisyi rewizyjnej kol. Marczewski, Pietrasiewicz i Batawia.

Dr Karol Rosenfeld.

Wrażenia chirurgiczne z klinik berlińskich.

Podał

Dr Zygmunt Lewicki,

sek. szpit. w Samborze.

(Ciąg dalszy).

Nieco bardziej skomplikowany jest sposób znieczulania przy doszczętnej operacyi przepukliny pachwinowej, dlatego Bier najchętniej operuje ją w znieczuleniu lędźwiowem. Posługują się metodą Cushinga: rozczynem Nr I. nastrzykuje się skórę kilku bąblami aż kilka cm poniżej zewnętrznego pierścienia pachwinowego; następnie od pierwszego górnego bąbla wstrzykuje się do tkanki podskórnej w dół na stronę wewnętrzną i zewnętrzną zewnętrznego pierścienia pachwinowego. Wyczekawszy kilka minut, prowadzi się cięcie, ale tylko w górnej części aż do rozcięgna mięśnia skośnego zewnętrznego; pod rozcięgno trzeba wstrzyknąć kilka cm³ rozczynu Nr II. i przeciąć, unikając jednak okolicy zewnętrznego pierścienia pachwinowego. Po oddzieleniu rozcięgna od podłoża widać m. skośny wewnętrzny, a na nim biegnące nerwy; w każdy widoczny nerw wstrzykuje się kilka kropel rozczynu Nr III. Następnie od zewnętrznego pierścienia pachwinowego wzdłuż wewnętrznej strony więzadła Pouparta ku górze należy wstrzyknąć kilka kropel rozczynu Nr III., dalej tak samo od górnego brzegu rany równolegle do poprzedniego wstrzyknięcia w m. skośny wewnętrzny na wewnętrzną stronę zewnętrznego pierścienia pachwinowego aż do kości łonowej i wreszcie trzeci raz od kości łonowej do więzadła Pouparta poprzecznie. Skoro się otworzy worek przepuklinowy, nastrzykuje się jeszcze ile możności bardzo szeroko tkankę przyotrzewną rozczynem Nr II. i kończy się operacyą. Jak widać z opisu tego znieczulenia, operacya w takich warunkach do przyjemnych nie należy, uważałem jednak za swój obowiązek opisać je, bo świadczy, ile zadają sobie pracy chirurdzy, byle tylko uniknąć ogólnego uśpienia.

Przy znieczuleniu palca założyć trzeba u nasady palca cienki sączek gumowy w ten sposób, że krzyżuje się go na grzbietowej stronie, a dalej w okolicy stawu nadgarstkowego zawiązuje; w ten sposób opanowuje się krwawienie i znieczulenie jest pewniejsze. Obwodowo od sączka i tuż przy nim trzeba strzykawką 1-gramową o bardzo cieniutkiej igiełce wstrzyknąć rozczyn $\frac{1}{2}\%$ kokainy, robiąc dwa wkłucia po obu stronach palca blizko strony grzbietowej. Palec chory musi być wyprostowany, a reszta w zgięciu. Linia wstrzyknięcia idzie wprost na dłoniową stronę palca, a potem z tych samych miejsc wzdłuż obu stron palca. W pięć minut występuje znieczulenie zupełne t. z. skóra, tkanka podskórna i kość są zupełnie niewrażliwe. Wystarcza 3—4 cm³ rozczynu. Nigdzie znieczulenie tak się nie udaje, jak właśnie na palcach.

Na klinice Biera widziałem kilkanaście większych operacyi na kończynach, jak: amputacye, resekcye stawów i t. p. w znieczuleniu t. zw. żylnem. Sprawa to obecnie najmodniejsza i budzi wielkie zajęcie, a nowy ten sposób podany został niedawno przez Biera (ogłosiłem technikę w Przeglądzie lekarskim).

Z uśpieniem chloroformowem u Biera prawie się nie spotkałem; używa on wyłącznie tylko eteru i znieczulenia lędźwiowego; u Hildebranda zaś chloroform obok eteru i znieczulenia lędźwiowego ma ciągle dawne uznanie. Klapp z kliniki Biera podał nowy sposób usypiania przy zmniejszonem sztucznie krążeniu. Oparł się on na doświadczeniu, że kobiety (n. p. podczas porodu) i mężczyźni — nawet alkoholicy — po znacznych utratach krwi usypiają znacznie szybciej i zużywają mniej środka usypiającego. Przy uśpieniu wyzyskał Klapp ten fakt w ten sposób, że sztucznie pewną część krwi wyłącza z pod działania środka usypiającego przez założenie na kończynach opasek uciskowych tak silnie, by krążenie zupełnie ustało. — W jednym przypadku operacyi wyrostka robaczkowego — jak miałem sposobność stwierdzić — wystarczyło 30 cm³ eteru do zupełnego uśpienia na przeciąg całej operacyi. To samo stwierdza Hörmann [3]) z kliniki Döderleina, który przeprowadził próby i podał dokładne liczby, o ile mniej przy tej samej ilości operowanych zużyto eteru i chloroformu przy zastosowaniu metody Klappa. Wedle Klappa zalety tej metody są następujące: 1) Zużycie mniejszej ilości eteru, a zwła-

[3]) Münchener med. Wochenschrift Nr 42, 1909.

szcza chloroformu. 2) Szybki powrót operowanego do przytomności. 3) W razie zapadu podczas uśpienia wystarcza zdjęcie opasek uciskowych, by oddychanie wróciło do stanu prawidłowego. Przeciwwskazanie do tego sposobu uśpienia stanowi stwardnienie naczyń, a Hörmann dodaje jeszcze i żylaki na kończynach.

(C. d. n.).

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Do Krajowego Związku lekarzy przystąpili w dalszym ciągu: z Krakowa: Prof. Dr Wacław Chlumsky, Dr Teodor Cybulski, Dr Edward Szwarcenberg-Czerny, Dr Herman Hirsch, Dr Jan Landau jun., Dr Adam Łobaczewski, Dr Wilhelm Weissglas, Dr Ludwik Wilczyński, Prof. Dr St. Braun, Dr Zygmunt Wachtel, starszy; z Podgórza: Dr Adam Piórko, Dr Henryk Pisek; z Nowego Sącza: Drowie Dudziński, Filewicz, Kozaczka, Mohr, Płochocki, Siedlecki, Silbermann, chir. Maurycy Zauderer, Dr Edward Zieliński; z Gorlic: Dr Żuławski; z Grybowa: Dr Czesław Waligórski; z Mszany Dolnej: Dr Herzig; z Dobczyc: Dr Julian Nieć; z Suchej: Dr Karol Spannbauer; ze Szczakowej: Dr Karol Schnek; z Chrzanowa: Dr Bronisław Tabor; z Oświęcimia: Dr Leopold Wechsler; ze Sniatyna: Dr Jakób Krok, z Drohobycza: Drowie Bory, Czapelski, Eliasiewicz, Friedmann, Hoffner, Kessler, Klarfeld, Bron. Kozłowski, Lechowski, Mindes, Tiegerman, Winogrodzki; z Borysławia: Dr St. Dwernicki, Maks. Kapellner; z Sambora: Drowie Alfred Braun, Chrząszczewski, Klauber, Markiewicz, Al. Ruczka, Sobolewski; z Podbuża: Dr Lehman; ze Stebnika: Dr Węclewski; ze Stryja: Drowie Hopfen, Kiczałes, M. K. Kowalski, Linsker, J. Lippel, Löw, Peczenik, Schindler, Mieczysław Sołtysik; z Doliny: Dr Kotłowski; z Kałusza: Dr Dyonizy Markiewicz; z Rozdołu: Dr Sussmann. W.

Na zebraniu lekarzy z Nowego Sącza, Gorlic, Grybowa, Limanowej, Mszany i okolicy, odbytem w d. 14. V. b. r. w Nowym Sączu pod przewodnictwem kol. Filewicza, postanowiono przystąpić gremialnie do Krajowego Związku lekarzy i sprawę organizacyi jaknajenergiczniej popierać. Przygotowaniem zebrania zajmował się kol. Ameisen z N. Sącza; na zebraniu byli obecni kol. Żydłowicz i Ciechanowski, jako delegaci Związku. R.

Gromadne ustąpienie lekarzy z posad. Dzienniki donoszą, że sekundaryusze czescy i niemieccy powszechnego szpitala w Pradze postanowili wypowiedzieć posady, ponieważ żądanie ich zrównania poborów z lekarzami szpitalnymi innych miast austryackich nie zostały uwzględnione. Żądają oni mianowicie, aby sekundaryusze pierwszej kategoryi otrzymali płacę 2.800 kor. zamiast dotychczasowych 1.800 kor., a sekundaryusze drugiej kategoryi 2.000 kor. zamiast 1.400 kor., dalej wikt i odpowiednie mieszkanie. Prócz tego domagają się dłuższych urlopów i t. p. R.

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 8. V. do 14. V. 1910 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w m. Krakowie 2, w pow. Czortków (Bazar 2), Gródek jagiell. (Stradez 3), Grybów (Izby 4, Florynka 1, Banica 3), Horodenka (Żywaczów 10, Żahokruki 2), Jaworów (Czerczyk 2, Jazów stary 4), Kołomyja (Buczaczki 2), Lisko (Hoszowczyk 1), Nadwórna (Osława białe 2), Nowy Sącz (Łososina dolna 1), Podhajce (Wiśniowczyk 2), Rawa (Kamienna 5), Przemyślany (Nowosiółki 5), Skałat (Kaczanówka 3), Sniatyn (Tułuków 3, Wołczkowce 1, Ilińce 6), Stryj (Hołowiecko 3), Tłumacz (Olesza 8), Zborów (Kudobińce 8); ospy sprawdzono 3 przypadki w Sokolnikach pow. Tarnobrzeg (zawleczono z Królestwa). Dr T.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 8. V. do 14. V. 1910 zgłoszono przypadków: błonicy 10 † 1 (w tem obcych 5 † 1), krztuśca 2, płonicy 9 † 2 (3 † 1), duru osutkowego † 1, duru brzusznego 5, róży 1 † 1 (1 † 1).

Dr Janiszewski.

Choroby zakaźne w Warszawie. Od 27. III. do 16. IV. 1910 przybyło do szpitali warszawskich przypadków: ospy 59 † 13 (w całem mieście † 35), odry 8 († 2), płonicy 19 † 1 († 8), błonicy 18 † 1 († 6), duru brzusznego 24 † 3 († 10), duru plamistego 68 † 3 († 5), róży 36 † 1 († 1).

(Gaz. lek. Nr 20).

Wiadomości bieżące.

Czas Zjazdu chirurgów polskich w Warszawie został oznaczony na 6, 7. i 8. października r. b. Zgłoszenia wykładów, oraz zapisy na Zjazd przyjmuje Biuro komitetu Zjazdowego (Warszawa, ul. Kopernika 15 — Prof. Dr Kryński).

Delegacya Zjazdów lekarzy i przyrodników polskich przypomina, że termin zwrotu bloczków statystycznych w sprawie gruźlicy już minął i uprasza uprzejmie tych kolegów, którzy zajmowali się zbieraniem statystyki, o odesłanie bloczków pod adresem, na bloczkach wymienionym.

Wskutek ogłoszenia przez Wydział krajowy konkursu na stanowisko prymaryusza oddziału chorób wewnętrznych w szpitalu krajowym lwowskim staje na porządku dziennym sprawa obsadzenia tego stanowiska. Mieliśmy już niejednokrotnie sposobność zaznaczyć, że nasze oba krajowe szpitale mają znaczenie niezmiernie doniosłe także ze względu na wykształcenie i wyrabianie się młodych pokoleń lekarskich; oddziały tych szpitali mają tu poniekąd podobne zadania, jak kliniki uniwersyteckie, a zadania te po wielekroć już zaszczytnie i z pożytkiem dla kraju spełniały. Oprócz tych zadań dydaktycznych nie można spuszczać z oka i zadań naukowych, ciążących na obu naszych największych szpitalach, które powinny być warsztatem dla samodzielnego rozwoju sił lekarskich, zdolnych działać twórczo, i które powinny, idąc ręka w rękę z uniwersytetami, dawać pole i sposobność przyszłym nauczycielom młodych pokoleń lekarskich do pracy niezależnej, opartej na własnym materyale.

To też ufamy, że przy obsadzeniu jednego z najważniejszych stanowisk, jakiem jest lwowski prymaryat oddziału chorób wewnętrznych, Wydział krajowy uwzględni dydaktyczne i naukowe zadania, z tym prymaryatem związane, i że obsadzenie to nastąpi rychło z jaknajwiększem skróceniem niekorzystnego zawsze okresu przejściowego.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 18. V. 1910 posiedzenie, na którem Dr Steuermark przedstawił kilka przypadków rzadszych chorób skórnych, leczonych promieniami Röntgena; w dyskusyi przemawiał Dr Borzęcki. Inżynier Stobiecki wygłosił odczyt p. t. »W sprawie publicznego muzeum przyrodniczego«. Dyskusyę odroczono do następnego posiedzenia.

— Dyplom doktorski uzyskali p. Wilhelm Gemeiner rodem z Krakowa i p. Ada Markowa, Dr Wszechnicy zurychskiej.

— Na »Fundusz im. Pareńskiego dla ozdrowieńców, opuszczających szpital św. Łazarza«, nadesłali do d. 15. V. 1910: Dr Schneider L. 500 kor., Prof. Dr M. Jakubowski, Dr A. Łobaczewski, Dr F. Eichhorn po 50 kor., Prof. Dr Reiss, Prof. Dr Krzyształowicz, Prof. Dr Chlumsky, Prof. Dr W. Jaworski, Dr Boczar, skarb Izdebnicki po 20 kor., Dr L. Kossak, Prof. Dr Gliński, Prof. Dr L. Rydygier, Dr L. Kopff, P. Seeling po 10 kor., Dr Mączka, Dr Bannet po 5 kor.

Warszawa. Na posiedzeniu Wydziału III. Towarzystwa naukowego warszawskiego w dn. 12. V. 1910 wygłoszono m. i. następujące komunikaty: P. Z. Wóycicki: Przyczynek do cytologii t. zw. tkanki hyperhydralnej; P. W. Smosarski: O długości usłonecznienia w Warszawie (przedstawił p. W. Gorczyński); P. J. Tur: O rozrastaniu się pola naczyniowego u zarodków normalnych i platyneurycznych.

Łódź. Do podkomisyi redakcyjnej w Łodzi nadesłano list następujący z prośbą o wydrukowanie: »Oświadczam niniejszem, że pogłoski w mojem imieniu po mieście rozsiewane, a mogące uwłaczać dwu kolegom, okazały się nieuzasadnionemi; wyrażam żal, że do nich mimowoli się przyczyniłem. Dr S. Kantor«.

Z różnych stron. Porządek dzienny XII ogólnego Zgromadzenia Polskiego Związku lekarzy i przyrodn. w Petersburgu w d. 7 (20) V. 1910 obejmował następujące wykłady: 1) Prof. Dr St. Zaleski: »O promieniotwórczości wód mineralnych«. 2) Inż. M. Pieretiatkowicz: »O planowaniu miast«.

— Jak się z dobrego źródła dowiadujemy, postanowiła czeska sekcya słowiańskiego Komitetu lekarskiego pojechać do Sofii na Zjazd lekarzy bułgarskich (w czasie Zjazdu polityków słowiańskich), w przyszłości jednak nie łączyć się ze zjazdami politycznymi neosłowiańskimi, a zajmować się wyłącznie tylko lekarskimi zjazdami międzynarodowymi lub narodowymi.

— »Casopis lekaruv ceskych« donosi w Nrze 20, że Związek lekarzy bułgarskich postanowił na wypadek, gdyby projektowany Zjazd Komitetu lek. słowiańskiego doszedł do skutku w r. b. w Sofii, przenieść swoje doroczne zgromadzenie z Ruszczuku, gdzie miało się odbyć, do Sofii na dzień 22. lipca st. st. Na dorocznem tem zgromadzeniu, odbywającem się równocześnie z posiedzeniami Komitetu słowiańskiego, wybraliby lekarze bułgarscy swoich delegatów do Komitetu słowiańskiego; potem zaś odbyłoby się wspólne posiedzenie przybyłych lekarzy-Słowian z lekarzami bułgarskimi, na którem złożonoby sprawozdania ze stanu sanitarnego i organizacyi lekarskiej w Bułgaryi i innych krajach słowiańskich, ze stanu walki z gruźlicą w Bułgaryi i ze stanu zdrojowisk bułgarskich.

— »Münchener medizinische Wochenschrift« (wydawana, jak wiadomo, podobnie, jak nasze czasopisma, t. j. przez grono lekarzy, nie liczące na zyski z wydawnictwa), ofiarowała z dochodów pisma w r. 1909 na cele filantropijno-lekarskie 14.660 Mk., a na fundacyę im. Bollingera (pomoc naukowa) 5000 Mk.

Zmarli: interniści Prof. Curschmann w Lipsku, Prof. Affanasiew w Petersburgu, Prof. Edlefsen w Hamburgu, dermatolog Prof. Mibelli w Parmie.

Redakcya otrzymała: Dłuski: Einige Bemerkungen über die spezifische Therapie der Tuberkulose, »Beiträge z. Klinik der Tuberk.« 1910. — Hornowski: Badania nad t. zw. krwiakami zastawek serca. — Wicherkiewicz: Słowo w sprawie obchodu rocznicy grunwaldzkiej 1910.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 25. maja 1910 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: Dr Rosenhauch: Wyniki nowszych badań nad jaglicą.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Veronal-Natrium przeciw chorobie morskiej (Dr L. Pauly. Berl. klin. Woch. 1910. Nr 1, jakoteż Dr Galler. Ther. der Gegenwart 1910. Zesz. 2). Obaj autorowie opierają się na bogatem doświadczeniu i obaj spostrzegali w najczęstszych przypadkach choroby morskiej znaczną ulgę w dolegliwościach po podaniu veronal-natrium. Skuteczność tego przetworu przewyższa bądź co bądź działanie innych w tym celu polecanych leków. (Wyrób firmy E. Merck). MK. W.

Eumenol (Merck) poleca Dr Richard Palm (Münch. med. Woch. 1910. Nr 1), jako środek skuteczny przeciw brakowi miesiączkowania. Dr Bucks poleca go również przeciw bolesnej regularności, w czem atoli brak Dr Palmowi doświadczenia osobistego. MK. W.

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

Ogłoszenie płatne. (Naśladownictwo zastrzeżone).

I. Zdrojowiska krajowe:

Iwonicz.

Dr **Turzański Grzegorz Jarosław**, lekarz zakładowy.

Krynica.

Dr **Cereha Maksymilian**, („Domek Szwajcarski“).

Dr **Dębicki Klemens**, „Pod Jeleniem“.

Dr **Lewicki Stanisław**, b. asystent kliniki położ. ginek. Uniwersytetu lwowskiego.

Rabka.

Dr **Lang Otokar**, Willa „pod Luboniem“.

Dr **Supiński E.**, lekarz zdrojowy.

Szczawnica.

Dr **Kołączkowski**, ord. i prowadzi pensyonat hidropatyczny

Truskawiec.

Dr **Pelczar Zenon**,

Dr **Praschil Tadeusz**, lekarz zakładowy.

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Baden pod Wiedniem.

Dr **Kümmerling Henryk**, lekarz zdrojowy, Renngasse 3

Cieplice Trenczyńskie.

Dr **Filipkiewicz Stefan**, lekarz zakładowy.

Franzensbad.

Dr **Przybylski Stan.** Palast Hotel. Wejście od Kirchenstr.

Dr **Steinsberg Leopold**, we własnym zakładzie leczniczym, (Willa Dra Steinsberga).

Dr **Zeitner Józef**, Kirchenstr. Villa „Stadt Paris“.

Gleichenberg.

Dr **Bulikowski**, Radca ces., Villa „Höflinger“ IV.

Kissingen (w Bawaryi).

Dr **Chłapowski F.**, Radca san. Prinzregentenstr. 1, tamże pensyonat dyetetyczny własny.

Dr **Maciejewski**, Sanatorium „Quo vadis“ Ludwigstr. 16.

Doc. Dr **Modrakowski J.**, Villa „Elsa“.

Marienbad.

Dr **Jasinicka Marya**, Schloss Heilbronn, Kaiserstrasse.

Dr **Kwiatkowski Stanisław Benedykt**, ordynuje od 1 maja do 1 października „Haus Hamburg“.

Dr **Obmiński Ksawery**, Heidlerhaus obok Klingera. Ordynuje jak w roku ubiegłym od maja do października

Dr **Z. Szczepański**, od 20 maja „Haus Schiller“.

Rok XLIX. Kraków, dnia 28. maja 1910. Nr 22.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

PIĘĆDZIESIĘCIOLECIE DZIAŁALNOŚCI DRA HENRYKA DOBRZYCKIEGO.

W dniu dzisiejszym gromadzą się w Warszawie lekarze i przedstawiciele szerokich kół społeczeństwa dla uczczenia zasług i złożenia hołdu Drowi Henrykowi Dobrzyckiemu.

Pełne pół wieku służył Jubilat krajowi gorąco, wiernie i wytrwale. Na wielu, wielu polach nie szczędził głowy i ręki, ofiary i trudu. Z zaoranej Jego pracą skiby, z posiewów Jego zacnej myśli, zbiera dziś społeczeństwo obfite żniwo. Zbiera je nietylko w jednej dzielnicy ziem naszych, ale na całym ich obszarze. A ta pewność, że owoce zbiera cała Ojczyzna, to pewno największa za pracę nagroda dla Tego, którego różnostronna działalność zestrzelała się w jednym celu: powszechnego dobra.

Ogólne uwagi o swoistem leczeniu gruźlicy.

Przez

Dra Kazimierza Dłuskiego,

naczelnego lekarza Sanatoryum w Zakopanem.

(Dokończenie).

Wyniki więc zupełnie przekonujące nie są. Ale co ważniejsza, autor zauważył, że świnki morskie, dotknięte naturalną przewlekłą gruźlicą, zachowują się wobec masowego zakażenia tak samo, jak poprzednio uodporniane (vorbehandelte). Stąd przez analogię daleko idące wnioski, że człowiek, który raz przebył niewielką sprawę gruźliczą, może mieć samouodpornienie (autoimmunisatio) na następne zakażenie. Pytanie jednak, na jakie, czy na ponowne zakażenie (reinfekcyę) z zewnątrz, czy też na samozakażenie wewnętrzne (metastasierende Autoinfektion). Autor, w myśl teoryi Behringa, jest zwolennikiem tego drugiego. Pomijając nierozstrzygnięte pytanie, które z dwóch następnych zakażeń u człowieka odgrywa w przebiegu gruźlicy przeważającą rolę, pozwolimy sobie zauważyć, że już dawniej (między innymi Maragliano i Marfan) poczyniono spostrzeżenia kliniczne, że człowiek po przebytej szczęśliwie lekkiej gruźlicy może być sam przez się uodporniony na następne zakażenie. Jeżeli jednak są spostrzeżenia w tym kierunku, to istnieją zarówno spostrzeżenia — napewno liczniejsze — we wręcz przeciwnym. Wnioski więc porównawcze z doświadczeń na zwierzętach — zdaniem naszem — powinny w tym przypadku być bardzo ostrożne. Wogóle rzecz biorąc, jakkolwiek bardzo są cenne doświadczenia Römera, jedyny pewny wniosek, jaki da się z nich wyciągnąć, to ten mianowicie, że zwierzęta laboratoryjne, szczepione w pewien określony sposób hodowlami tbc, mogą dojść do wysokiego stopnia uodpornienia na sztuczne zakażenie jadowitemi hodowlami ptbc. Ale do podobnych wniosków dochodzą nawet krytycy »bowowakcynacyi« Behringa. Tu jednak chodzi o coś dalszego jeszcze, t. j. o uodpornienie na naturalne zakażenie. Takiego zaś uodpornienia nie otrzymali u bydła ani Moussu, ani Eber, ani Nowak, ani inni badacze, którzy metodę Behringa sprawdzali. W pracach zaś Römera nie widzimy prób uodpornienia na naturalne zakażenie u zwierząt laboratoryjnych.

Doświadczenia Hamburgera, — różniące się tylko tem od Römerowskich, że dla szczepienia, oprócz hodowli tbc, używa on także hodowli ptbc, — słusznie doprowadzają go do ostrożnych wniosków, że przez takie szczepienie można świnkę morską względnie uodpornić na następne sztuczne zakażenie([21]).

Zestawiając wszystkie nam znane wyniki uodpornienia zwierząt, nie możemy z nich wysnuć takich wniosków, aby służyły za mocno ugruntowaną podstawę do swoistego leczenia gruźlicy u człowieka. Trwałe bowiem uodpornienie u zwierząt na naturalne zakażenie gruźlicze, niezależnie od materyału do tego celu służącego i niezależnie od różnych metod, dowiedzione jeszcze nie jest.

Popatrzmy, jak się rzecz ma z drugim argumentem, podawanym przez bezwzględnych zwolenników swoistego leczenia gruźlicy dla wykazania jego bezsprzecznej wartości i wyższości nad zwykłą metodą higieniczno-dyetetyczną — ze statystyką.

Operowanie statystyką porównawczą przedstawia tu pewne trudności i niedokładności. Materyały, zebrane dla higieniczno-dyetetycznego leczenia w różnych krajach, a zwłaszcza przez Cesarski Urząd zdrowia w Niemczech, i dotyczące wyników przy opuszczeniu sanatoryum (Entlassungserfolge) są bardzo obfite, gdy liczby, dotyczące wy-

Tab. A. **Trwałe wyniki.**

Leczenie higieniczno-dyetetyczne połączone ze swoistem

Nazwisko autora i zakładu	Rodzaj środka	Ilość wszystkich leczonych chorych	Od chwili opuszczenia zakładu	Odsetki ogólnej ilości leczonych	Uwagi
Renon ([46]) Szpital »de la Pitiè« w Paryżu, oraz praktyka prywatna.	Tuberkulina dla »usage medical« z Inst. Pasteura	30 (*)	od 1 do 2 lat	63% »très amèliores«	W paryskim szpitalu nie może być naturalnie mowy o ścisłem stosowaniu metody higieniczno-dyetetycznej. 24 chorych przypada na szpital 6 na pryw. praktykę.
Bernheim et Barbier ([3]) Hôpital et Dispensaire del'Oeuvre de la tuberculose humaine.	Tuberkulina Jacobsa	628	od 1 do 2 lat	62% »guérison et amélioration«	Ilość wstrzyknięć razem 10000. Tu również niema mowy o ścisłej metodzie hig.-dyet.
Jacobs (Bruksella) cytowany przez Bernheima i Barbier.	Tuberkulina Jacobsa	500	od 1 do 3 lat	54% »guérison et amélioration«	
Stephani ([63] i [64]) Sanatoryum Montana (Szwajcarya).	Surowica Marmorka	50	od 1 do 4 lat	58% »guérison et amélioration nette«	
	BF Denysa	34	od 1 do 2 lat	63—69% »trés ameliorés et guéris — améliorés«	
Moeller ([38]) Sanatoryum (ludowe) Belzig.	T i BE	193	przeciętna z 3 lat	77·8% »Heilung u. deutliche Besserung«	
Humbert ([26]) Sanatoryum Davos.	TBk Beranecka	36	po 3—5 latach	44·4% »guérison apparente«	Autor zauważa, że wszyscy jego chorzy nie doznali poprawy przy metodzie higieniczno-dyetetycznej i przedstawiali przed rozpoczęciem wstrzykiwań TBk wątpliwe rokowanie. — Dodatnie więc wyniki należy przypisać TBk; przy lepszym materyale byłyby bezwątpienia lepsze.
Goetsch ([20]) Szpital w Slawentritz (Ślązk pruski).	T	175	od 1 do 6 lat	71% »geheilt«	
Turban ([66]) Sanatoryum Davos.	T	89	od 1 do 7 lat (albo po 4 latach) (*)	51·7% »Leistungsfähigkeit nicht oder wenig beeinträchtigt«	(*) Wedle mego obliczenia na podstawie cyfr Turbana.
Bandelier ([1]) Sanatoryum Cottbus	BE und Perlsucht-alttuberkulin	204	po 4 latach	61·9% »geheilt voll und begrenzt erwerbsfähig«	
Denys ([15]) Louvain-Service d'injections organisé pour les indigents et clientèle privée.	BT	442	po 4—5 latach	64·3% »guérison, quasi-guérison et amélioration franche«	U chorych Denysa w znacznej większości przypadków nie może być również mowy o ścisłej metodzie hig.-dyet.
Ruck ([56]) Sanatoryum Winyah (Stany Zjednoczone Ameryki Północnej).	T i inne preparaty z tbc	215 W tej liczbie nie są włączeni wszyscy leczeni chorzy, lecz tylko »wypuszczeni z dodatnim klinicznym wynikiem«.	po 4—5 latach	68·3% »geheilt, sehr gebessert und gebessert«	

UWAGA 1) (do obu tablic A. i B.). Tablice te wymagają pewnego wyjaśnienia. — Należy zauważyć, że materyał, który służył do ich ułożenia i który został zaczerpnięty z sanatoryów ludowych, jak też i z sanatoryów dla zamożnych, jest bardzo różnolity. Znaną np. jest rzeczą, że wybór chorych przy przyjęciu do sanatoryów, będących pod zarządem Zakładów ubezp., ze względów ekonomicznych jest znacznie trudniejszy, niż do innych ludowych sanatoryów. Wypada następnie zaznaczyć, że dla trwałych wyników leczniczych średni czas leczenia w sanatoryach odgrywa ważną rolę. W zakładach dla zamożnych waha się on w bardzo szerokich granicach. I tak np. średni czas leczenia u Turbana wynosi 7 miesięcy, gdy u Jakobiego (Arosa) niemal cały rok (dokładnie 359 dni). Z drugiej znów strony np. materyał Turbana jest lepszy, niż Meissena (Hohenhonnef). Ostatecznie jednak cyfry te, co się tyczy ostatecznych wyników statystycznych, powinny się wzajemnie wyrównać.

2) (do tablicy B.). Ponieważ w tablicy B. wśród chorych, leczonych metodą hig.-dyetet. mogła być pewna kategorya i takich, którzy byli leczeni jednocześnie swoiście i co do których w odnośnych źródłach nie znaleźliśmy niemal żadnych wskazówek, więc celem wyprowadzenia dokładnych wniosków z cyfr, zwróciliśmy się listownie do poszczególnych autorów i otrzymaliśmy od nich następujące odpowiedzi. U chorych Schrödera, Reichego, Köplera, w Sanatoryum Rossbach, u chorych Carriera, Gebharda (wiadomość udzielona przez Bielefelda), Rugego, stosowano wyłącznie metodę higien.-dyetet., wreszcie u Meissena tylko w »pojedyńczych przypadkach« stosowano tuberkulinę, więc znaczenia mieć ona tu nie może. Natomiast Weicker podaje, iż stosował tuberkulinę u 15%, czyli razem u 256 chorych. — W Friedrichsheim w 1902 r. obliczamy na ogólną ilość 670 chorych tych, co byli leczeni swoiście, maximum na 10%, czyli razem 67 chorych [1]). Roepke donosi, iż stosował leczenie swoiste u 30—40%, więc biorąc 40%, otrzymamy 822 chorych. Wreszcie L. Turnau podaje 1—2%, więc biorąc 2%, otrzymamy 64 chorych. Ogólna suma leczonych swoiście wynosi razem 1381 chorych, co w stosunku do ogólnej liczby chorych w tabl. B., t. j. do 19079, stanowi okrągło 7%. (W liczbie chorych w tabl: B. opuszczamy u Reichego cyfry 65 i 654, sądząc, że weszły one do późniejszego sprawozdania z roku 1905, obejmującego razem 1263 chorych). Sądzimy więc, że taka nieznaczna liczba 7% leczonych swoiście nie może mieć wpływu na dodatnie wyniki, jakie należy przypisać metodzie higieniczno-dyetetycznej. Twierdzenie nasze tembardziej stanie się uzasadnionem, skoro zważymy taką np. okoliczność, że u Weickera, przy stosowaniu tuberkuliny u 15% widzimy 38·3% dodatnich wyników po 4 latach, gdy Gebhard przy wyłącznem higieniczno-dyetetycznem leczeniu wykazuje 34·4%, ale po 9½ latach.

[1]) E. Rumpf w sprawozdaniu za 1902 r. pisze, iż tylko u 8 chorych stosował BC; leczenia zaś zapomocą T. »wskutek ogólnej niechęci chorych do wstrzykiwań nie mógł przeprowadzić w należytej mierze". Ponieważ jednak listownie donosi, iż w 1905/6 r. stosował spec. leczenie plus minus u 10% chorych, bierzemy więc tę maksymalną normę i dla roku 1902.

Tab. B. **Trwałe wyniki.**

Leczenie higieniczno-dyetetyczne

Nazwisko autora i zakładu	Ilość wszystkich leczonych chorych	Od chwili opuszczenia zakładu	Odsetki ogólnej ilości leczonych	Uwagi
Schröder (61) Nowe Sanatoryum w Schömberg.	181	po 3 latach	55·6% »geheilt und im wirtschaftlichen Sinne geheilt«	
Meissen (37)	248 (*)	od 3 do 11 lat	84% »gesund u. berufsfähig«	W tej liczbie nie wszyscy leczeni, lecz tylko chorzy wypuszczeni »z najlepszym wynikiem«.
Weicker (68) Sanatoryum »Krankenheim« w Görbersdorfie.	3299	po 4 latach	38·3% »voll u. theilweise arbeitsfähig«	
Reiche (47 i 48) Zakład ubezp. dla miast hanzeatyckich.	1) 65	po 4 latach	57% »vollerwerbsfähig« 62% »voll u. begrenzt erwerbsfähig«	
	2) 654	przeciętnie dla 4 lat	63·6% »vollerwerbs.« 80% »voll u. begrenzt erwerbsfähig«	
	3) 1263 (zawiera całą ilość leczonych 1895-1900 (*)	po 3 do 9 latach	57·3% »erwerbsfähig«	(*) Kontrola lekarska przeprowadzona na początku 1904 roku.
Köhler (30 32 i 33) Sanatoryum (ludowe) Holsterhausen.	781	po 4 latach	53·5% »vollarbeitsfähig« 67·7% »voll u. theilweise arbeitsfähig«	
Zestawienie przez Kohlera (31) dla sanatoryów (ludowych) Rossbach, Friedrichsheim, Stadtwald-Moltkefeld.	ilość dokładna nie podana	po 4 latach	około 55% *) »vollarbeitsfähig«	(*) Wedle Köhlera taka cyfra (55% vollarbeitsfähig) po 4 latach ma wartość dla sanatoryów ludowych niemieckich wogóle jako średnia.
Zestawione przezemnie na podstawie odnośnych rocznych sprawozdań. Rossbach	563 (1903 r.)	po 4 latach	44·2% »vollarbeitsfähig«	
Friedrichsheim	670 (1902 r.)	po 4 latach	60% »arbeitsfähig«	
Stadtwald-Moltkefeld	640 (1902 r.)	po 4 latach	58% »vollerwerbsfähig« cyfra przeciętna dla trzech lat 1902—1904 (włącznie)	
	632 (1903 r.)	po 4 latach		
	716 (1904 r.)	po 4 latach		
Saugman (57) Sanatoryum Veljefjorel (ludowe) (Dania).	662	po 5 latach	40·7% »voll u. begrenzt arbeitsfähig«	
Carrière (Berne) (11) Sanatoryum (ludowe) Bazylejskie w Davos.	284	po 5 latach	56·9% »capacité entierè au travail et rèduite«	
Turnau (67) Sanatoryum (ludowe) Heiligenschwendi Szwajcarya.	3200	po 6 latach	69% »voll u. theil. arbeitsfähig«	
		po 9 latach	40·2% »voll u. theil. arbeitsfähig«	
Gebhard (19) Zakład ubezp. miast hanzeatyckich.	6025	po 9½ latach	34·4% »ganz erwerbsfähig« d. h. »voll oder nahezu voll«	
Ruge (57) Sanatoryum Arosa (pod kierunkiem Dra Jacobi) Szwajcarya.	113	po 10 latach	33·6% »Leistungsfähigkeit nicht oder wenig beeinträchtigt«	

ników swoistego leczenia, są względnie dość skąpe. Co się zaś tyczy trwałych wyników (Dauererfolge), to liczby w poszczególnych sprawozdaniach są bardzo różnorodne i materyał służący dla celów leczniczych również bardzo niejednostajny. Pozwolimy sobie załączyć tablice.

Rozpatrując bezstronnie powyższe tablice, musimy dojść do wniosku, że w świetle cyfr swoiste leczenie nie posiada żadnej wyższości nad higieniczno-dyetetycznem. Wniosek taki stanie się tembardziej uprawnionym, jeśli porównamy trwałe wyniki dla jednego i tego samego okresu czasu: np. u Bandeliera 62% i u Köhlera 67% (u obu po 4 latach). Uzasadnienie naszego wniosku wystąpi jeszcze wyraźniej przy porównaniu np. trwałych wyników leczniczych u Rucka 68·3% po 4—5 latach i z uwzględnieniem, że dotyczą one chorych, wypuszczonych z sanatoryum »z dodatnim klinicznym wynikiem« z takimiż wynikami u Turnau, wynoszącymi 69% po 6 latach, ale z zaznaczeniem, że dotyczą wszystkich chorych, bez wyboru materyału.

Jeśli od »trwałych wyników« (Dauererfolge) przejdziemy do wyników przy opuszczeniu zakładu (Entlassungserfolge), to ujrzymy, iż między dwiema metodami niema żadnej, lub w każdym razie bardzo mała różnica:

Bandelier (l. c.) podaje dla 383 chorych[12]) (leczonych BE albo »Perlsuchttuberkulin) 95·5% wyników dodatnich:

65·5% wyleczeni i zupełnie zdolni do pracy
30% częściowo zdolni do pracy,

Schnöller ([65]) podaje dla 211 chorych (leczonych BF) 88·2% wyników dodatnich

23·2% prawdopodobne wyleczenie
49·8% znaczna poprawa
15·2% poprawa,

Ruck (l. c.) dla 1893 chorych (T i różne preparaty z tbc) 85·7% wyników dodatnich

47·8% prawdopodobne wyleczenie
37·9% poprawa,

Hamel ([27]) zaś podaje dla olbrzymiego, 15800 chorych wynoszącego materyału (leczenie hig.-dyetetyczne) 90·3% wyników dodatnich

76·9% zupełna zdolność do pracy
13·4% częściowa » » »

Zbierając wszystko, cośmy do tej pory mówili, możemy streścić wnioski w paru słowach. Wobec różnych niezgodnych i zmieniających się kolejno po sobie teoryi, wobec sprzecznych wyników doświadczeń nad zwierzętami, wobec sprzecznych metod klinicznych, sprawa swoistego leczenia gruźlicy ludzkiej nie jest jeszcze dojrzała. Wątpliwości takie zarysowują się jeszcze wyraźniej, gdy zastanowić się nad ogólnym charakterem gruźlicy ze stanowiska panujących dziś teoryi o zakażeniu i intoksykacyi. Już wyżej poruszyliśmy pytanie, czy gruźlica jest chorobą przeważnie zakaźną, czy przeważnie toksyczną. Jak wyżej wspomnieliśmy, wytwarzanie się anty-ektotoksyn w gruźlicy doświadczalnie wykazane nie jest, choć doświadczenia Heymansa i Haentjensa na zwierzętach, oraz stosowanie przez Haentjensa »filtrazy« u ludzi zdaje się przemawiać za tem, że ektotoksyny odgrywają niejaką rolę w uodpornieniu. Pytanie jednak, czy takie ekto-toksyny nie są w istocie endotoksynami, wyzwolonemi z ultramikroskopowych odłamków (Splitter) w sensie teoryi Wolff-Eisnera. Tymczasem bliższe określenie wybitnego charakteru gruźlicy — nie mówiąc już o jego znaczeniu naukowem — ze stanowiska klinicznego jest z tego względu nader pożądane, że poprowadziłoby do ujednostajnienia i uproszczenia metod leczniczych.

Wobec powyższych naszych wywodów, uodpornienie bierne na gruźlicę zdaje się niewiele obiecywać na przyszłość. Należy jednak zauważyć, że nawet w pierwszorzędnych klinikach obok uodpornienia biernego, stosują — wprawdzie w znacznie mniejszych rozmiarach — uodpornienie czynne, które, wedle jego zwolenników, daje zadowalniające wyniki.

Z drugiej jednak strony, istota uodpornienia czynnego, czyli wytwarzanie się różnych niweczników (Antikörper) — jak widzieliśmy — nie jest jeszcze dostatecznie wyjaśniona i doświadczalnie wykazana.

Dziś, pod wpływem prac Wolff-Eisnera, coraz więcej nabiera prawdopodobieństwa myśl, że gruźlica jest przedewszystkiem chorobą zakaźną w tem znaczeniu, że wytworzone z prątka jady są endotoksynami. Lüdke na podstawie swych prac twierdzi, że ustrój gruźliczego jest daleko bardziej »przesiąknięty« (durchseucht) lasecznikami, niż dotąd sądzono w myśl teoryi toksynemii, że ustrój w swych tkankach chorych i najbardziej ich blizkich jest zatruty przez endotoksyny tbc i przez wchłanianie sprowadzonych przez nie produktów rozkładu ([36]). Teorya taka jest niejako uzupełnieniem teoryi Wolff-Eisnera. Połączone obydwie razem mogą nam tłómaczyć różne objawy z przebiegu gruźlicy, jak np. gorączkę, poty, przyspieszenie tętna itd., oraz stopień ich natężenia przez ilościowe działanie antytoksyn ([72]), ale nie tłómaczą nam ostatecznie mechanizmu uodpornienia przy leczeniu swoistem lub higieniczno-dyetetycznem.

Jeśli jest prawdą, że gruźlica jest chorobą przeważnie a może wyłącznie zakaźną i staje się »toksyczną« przez działanie endotoksyn, uwolnionych z lasecznika lub z »odłamków« (Splitter), to powstaje dalsze pytanie: co się dzieje z temi endotoksynami? w jaki sposób są one zobojętniane zewnątrzkomórkowo przez żywotne soki ustroju? A dalej, jakie poszczególne narządy ustroju odgrywają tu główną rolę? Wiemy, że narządy krwiotwórcze, jak np. śledziona i szpik kostny, są jednocześnie siedliskiem wytwarzania się niweczników (Antikörper). Byłoby więc rzeczą ciekawą wykazać, w jakich narządach lub tkankach giną produkty rozkładu tkanki gruźliczej, przepojone endotoksynami? [13]). Łącznie z temi pytaniami i wobec tego, że teorye »allergii« i »lizyn« niedostatecznie nam wyjaśniają różne zjawiska z dziedziny walki ustroju z lasecznikiem, powstaje pytanie, czy dalsze badania nie wykażą jeszcze istnienia innych niweczników, odgrywających ważną w tym względzie rolę? Wedle np. poszukiwań Böhmego nad »bakteryopinami«, surowica krwi u ludzi zdrowych ciał tych nie zawiera. Natomiast pojawiają się często u ciężko chorych na gruźlicę, w wielkich zaś ilościach u wszystkich gruźliczych, leczonych zapomocą BE? ([10]).

Jako ogólny wniosek wypada, że należy w sprawie swoistego leczenia gruźlicy zachowywać pewną dozę sceptycyzmu, skoro wyniki takich kolosalnych wysiłków myśli ludzkiej nie są ujęte jeszcze w ścisłe prawa, wyjaśniające harmonijny związek różnych zjawisk biologicznych.

Z tego jednak wszystkiego, cośmy wyżej powiedzieli, wynika praktyczne pytanie dla klinicysty: jak się zachować

---

[12]) Praca nasza była już zupełnie ukończona, gdy otrzymaliśmy obszerną pracę Bandeliera »Die Leistungsfähigkeit der kombinierten Anstalts- und Tuberkulinbehandlung bei der Lungentuberkulose«. (Brauers Beiträge. Bd. XV. Hft. I.). Auor podając dla 500 chorych przy opuszczeniu sanatoryum 96·4% dodatn. wyników z celem przekonania niewiernych wielkością materyału, formułuje swój wniosek w następujących słowach: »Swoiste leczenie wykazuje wyniki, które bez porównania wyżej należy postawić od wyników leczenia hig.-dyetetycznego«. Zapewne u 500 chorych wyniki są o 1% wyższe (96·4—95·5 = 0·9), niż u 383 chorych — to nie podlega wątpliwości. Ale owa »wyższość wyników« jest zupełnie gołosłowna, skoro widzimy u 15800 chorych Hamela, leczonych hig.-dyetetycznie, tylko o 6% mniej, niż u Bandeliera. Wniosek więc B. wydaje się tymczasem zbyt pospiesznym.

wobec swoistego leczenia gruźlicy? Odrzucać je — byłoby ignorowaniem tego, co nauka już dała i zapoznaniem faktu, że swoiste leczenie łącznie z metodą higieniczno-dyetetyczną coraz więcej ostatniemi laty jest stosowane. Wedle Bandeliera i Roepkego w Niemczech ilość sanatoryów, w których stosują swoiste leczenie, w ciągu 3 lat (1905—1908) zwiększyła się z 24% do 61% w stosunku do całej liczby istniejących (2). Przyjmować jednak leczenie swoiste na ślepo, — byłoby utożsamieniem pewników z hypotezami naukowemi. Przy hypotezach otwarta jest droga do badań i doświadczeń. Ale doświadczenia i próby u człowieka powinny ściśle trzymać się zasady: »primum non nocere«. Z tych więc względów, co się nas tyczy, stosujemy swoiste leczenie w naszem Sanatoryum. Jeśli posługujemy się TBk, to wychodząc z zasady empirycznej. Widzieliśmy bowiem dobre skutki TBk w klinice berneńskiej, pod okiem takiej powagi, jak Sahli. Trzymając się głównych wytycznych jego metody, nie mamy dotąd w naszym bilansie — jak wykaże druga część pracy — żadnych szkód dla chorych.

Piśmiennictwo. 1) Bandelier: IV. Versammlung der Tuberk. Aerzte 1907. — 2) Bandelier u. Roepke: Lehrb. der spezif. Diagnostik u. Therapie der Tuberkulose. 1909. Würzburg. — 3) S. Bernheim et P. Barbier: Zeits. f. Tub. Bd. 13. — 4) Bauer: Münch. m. W. 1909. Nr 24. — 5) Tenże: Beitr. z. Klin. d. Tub. Bd. XIII. — 6) Tenże: Münch. m. Woch. 1908. Nr 44. — 7) P. Bermbach: Zeits. f. Tubk. Bd. XIII. — 8) A. Besredka: Bull. de l'Inst. Pasteur 1908. Nr 19—21. — 9) Tenże: Ibid. 1909. Nr 17. — 10) Boehme: Münch. m. W. 1909. Nr 22—23. — 11) Carrière (Berne): Tuberculosis 1905. — 12) Christian u. Rosenblatt: Mün. m. Woch. 1908. Nr 39. — 13) S. Cohn: Beitr. z. Klin. d. Tub. Bd. XI. — 14) Daels: Med. Klin. 1908. Nr 2. — 15) Denys: Le bouillon filtré. Paris 1905. — 16) Eber: Centr. f. Bakt. 1908. Bd. XLII. Nr 9—10. — 17) Engel u. Bauer: Münch. med. Woch. 1908. Nr 44. — 18) Friedemann: Münch. m. Woch. 1907. Nr 49. — 19) Gebhard (Lübeck): Zeitsch. f. Tub. Bd. 8. H. 2. — 20) Goetsch: Deut. m. Woch. 1901. Nr 25. — 21) Hamburger: Beitr. z. Klin. d. Tub. Bd. XII. — 22) Tenże: Münch. m. Woch. 1908. Nr 42. — 23) Tenże: Münch. m. Woch. 1908. Nr 23. — 24) Haentjens: Zeitsch. f. Tub. Bd. XI. H. 3. — 25) Tenże: Ibid. Bd. XI. H. 4. — 26) Humbert: Revue m. de la Suisse romand. 1906. Nr 10. — 27) Hamel: Tuberkulose-Arb. aus dem kais. Gesundheitsamte. 1908. Z. 8. — 28) Klimmer: Centr. f. Bakt. (Referate) 1909. Bd. XLIII. — 29) F. Klemperer: Therap. d. Gegenw. H. I. u. II. 1909. — 30) Köhler: VII. Jahresbericht der Heilstätte Holsterhausen J. 1908. — 31) Tenże: Tuberculosis 1908. Nr 7. — 32) Tenże: Deut. m. Woch. 1909. Nr 25. — 33) Tenże: Tuberculosis. 1909. Nr 2. — 34) Link: Münch. m. Woch. 1908. Nr 14. — 35) Landmann: Berl. klin. W. 1908. Nr 45. — 36) Lüdke: Münch. m. W. 1908. Nr 15—16. — 37) Meissen: Zeits. f. Tub. Bd. 4. H. 2. — 38) Moeller: Zeits. f. Tub. Bd. 5. H. 5. — 39) G. Th. Müller: Vorlesungen über Infection und Immunitaet. G. Fischer. Jena. 1909. — 40) Nowak: Sprawozdanie c. k. Tow. rolniczego krakowskiego. 1908. — 41) v. Pirquet: Klinische Studien über Vakzinatio. Wien 1907. — 42) Pirquet u. B. Schick: Die Serumkrankheit. Wien 1905. — 43) Pickert: Deut. m. Woch. 1909. Nr 23. — 44) Tenże: Deut. m. Woch. 1900. Nr 38. — 45) Tenże i Loewenstein: Deut. m. W. 1908. Nr 52. — 46) Rénon: Journ. des Praticiens. 1904. Nr 12. — 47) Reiche: Zeits. f. Tub. Bd. 2. H. 5. — 48) Tenże: Münch. m. Woch. 1905. Nr 15. — 49) Roepke: Deut. m. Woch. 1909. Nr 42. — 50) Rothschild: Beitr. z. Klin. der Tub. Bd. X. — 51) Tenże: Zeits. f. Tuberkulose. Bd. XII. — 52) Tenże: Deut. m. Woch. 1909. Nr 21. — 53) Paul H. Römer: Beitr. z. Klin. der Tub. Bd. XI. — 54) Tenże: Ibid. Bd. XIII. — 55) Tenże: Berl. klin. Woch. 1909. Nr 18. — 56) v. Ruck: Zeits. f. Tub. Bd. XI. — 57) Ruge: Zeits. f. Tuberkulose. Bd. 15. H. 2. — 57. b) Sausman: Mitteilungen vom Veljefiord Sanatorium. Kopenhaga 1909. — 58) Schick: Münch. med. Woch. 1908. Nr 10. — 59) Schröder: Beitr. z. Klin. d. Tub. Bd. XI. — 60) Tenże: Ibid. Bd. XII. — 61) Tenże: IV. Versaml. der Tuberkulose-Aerzte. 1907. — 62) C. Spengler: Deut. m. Woch. 1908. Nr 38. — 63) Stephani et Gouraud: Congrès franç. de méd. 9 Session 1907. — 64) Stephani: Congrès franc. de méd. 10 Session 1908. — 65) Schnöller: Theoretisches und Praktisches über Immunisierung gegen Tuberkulose etc. Strassburg 1909. — 66) Turban: Beiträge zur Kenntniss der Lungen-Tuberkulose. Wiesbaden 1899. — 67) Turnau Laura: Zeitsch. f. Tub. Bd. 15. H. 1. — 68) Weicker: Beiträge z. Frage d. Volksheilst. VIII. 1903. — 69) Weicker und Bandelier: Deut. m. Woch. 1909. Nr 42. — 70) Wolff-Eisner: Berl. klin. Woch. 1904. Nr 42 u. 44. — 71) Tenże: Ibid. 1907. Nr 38. — 72) Tenże: Ibid. 1908. Nr 2. — 73) Tenże: Ibid. Nr 30—31. — 74) Tenże: Münch. m. Woch. 1906. Nr 5. — 75) Tenże: Münch. m. Woch. 1908. Nr 35. — 76) Tenże: Frühdiagnose und Tuberkulose-Immunität. 2. Aufl. 1909. — 77) Yamanouchi: Wien. klin. Woch. 1908. Nr 47.

[13]) Z niedawnej pracy Schrödera wypada, że śledziona zawiera ciała ochronne przeciw tbc ludzkim (60). Z prac innych autorów wiadoma jest rola ochronna gruczołów chłonnych.

Ciąża, a oko.

Podał

Prof. Dr K. W. Majewski.

(Według wykładu w krakowskiem Towarzystwie lekarskiem).

(Ciąg dalszy).

Dzięki temu wysiłkowi oko mimo swej wady widzi dobrze. Powiadamy, że dalekowidztwo jest w całości ukryte (Hp. latens). Ale z biegiem lat mięsień rzęskowy, przeciążony nadmiarem pracy, zaczyna stopniowo wypowiadać służbę i w miarę tego wzrok się osłabia; nadmiarowość zaczyna się ujawniać i oko domaga się szkła wypukłego nietylko do czytania, ale do patrzenia w dal, szkła, mającego zastąpić w pracy wyrównawczej żywą soczewkę oka, która się niedostatecznie wypukla. Każdemu okuliście znane są przypadki, w których kobieta młoda, ciesząca się dotąd doskonałym wzrokiem, po przebyciu ciężkiego porodu, niedokrwista w następstwie krwotoków, jakie przebyła, blada i wycieńczona, podniósłszy się z połogu, z niepokojem spostrzega osłabienie wzroku, zwłaszcza przy czytaniu, pisaniu i robotach ręcznych. Udaje się do okulisty i od niego dowiaduje się dopiero, że ma błąd wrodzony w budowie oczu, który się teraz na jaw wydobył. Dostaje szkła, przez które znów widzi dobrze, które jednak z biegiem tygodni lub miesięcy, w miarę, jak się poprawia zdrowie i wracają siły, stają się najpierw za silne, trzeba je zmienić na słabsze, a wreszcie stają się zbyteczne. Mięsień rzęskowy odzyskał dawną sprawność i podjął na nowo swą pracę wyrównawczą. Nadmiarowość chwilowo ujawniona, wchodzi na nowo w okres utajenia. Znane są przypadki, w których kobieta po każdym połogu przechodzi taką samą metamorfozę wzroku, podczas której musi używać szkieł, przynajmniej do pracy z blizka. Osoby, u których nadmiarowość, zwłaszcza znaczniejszego stopnia, ujawniła się już wcześniej, n. p. w latach szkolnych, i które już stale posługują się szkłami, osoby te potrzebują w tych okresach osłabienia mięśnia rzęskowego, szkieł silniejszych. Proszę zwrócić uwagę, że tu sprawa porodowa, połóg, karmienie, względnie ciężkie powikłania ogólne, związane ze sprawą rodzenia, nie wpływają wcale na stopień wady refrakcyi, która będąc zboczeniem wrodzonem, zmienić się nie może, a wpływają tylko na narząd wyrównawczy, i to w sposób przemijający. Daleko poważniejszym i szkodliwszym jest

wpływ spraw tych na krótkowidztwo, przynajmniej na niektóre jego postacie, o czem, jako o sprawie bardzo ważnej, będzie mowa osobno.

Oprócz niedomogi akomodacyjnej występuje bardzo często w okresach ogólnego osłabienia, a zatem i po ciężkich porodach, niedomoga zewnętrznych mięśni ocznych. Niedomoga ta wyraża się utajonemi zboczeniami równowagi mięśniowej. Zboczenia te obejmujemy ogólną nazwą heteroforyi. Sposoby wykrycia i oznaczenia stopnia heteroforyi miałem sposobność przedstawić przed kilku laty w krakowskiem Towarzystwie lekarskiem. Najlepszą jest metoda Naddoxa, pozwalająca przy użyciu płytki, złożonej z czerwonych pałeczek szklanych, odczytać na skali pozycyę smugi czerwonej, a tem samem określić dokładnie rodzaj i stopień heteroforyi. Najczęściej spotykanym i najważniejszym rodzajem heteroforyi jest egzoforya, czyli niedomoga mięśni prostych wewnętrznych, inaczej niedomoga zbieżności (konwergencyi). Niedomoga ta sprawia nieraz dolegliwe objawy podmiotowe i utrudnia wszelką pracę z blizka w równym stopniu, jak niedomoga akomodacyi, nieraz jeszcze bardziej. Dzięki metodzie Naddoxa, pozwalającej dokładnie i ściśle oznaczać wszelkie wahania egzoforyi, można z łatwością się przekonać, że u kobiet nie tyle w ciąży, jak raczej po połogu w czasie karmienia pojawia się egzoforya i wywołana przez nią astenopia, jeśli jej poprzednio nie było, a potęguje się, jeśli już poprzednio istniała. Przed ośmiu laty, przeprowadzając na większą skalę badania nad heteroforyą, miałem często sposobność spostrzegać szkodliwy wpływ w tym kierunku porodów i karmienia.

Najpoważniejsze i najgroźniejsze dla wzroku zaburzenia oczne podczas ciąży stoją zazwyczaj w związku z powikłaniami ciąży, które stanowią niebezpieczeństwo nietylko dla wzroku, ale i dla życia ciężarnej. I tak wiadomo, że zapalenie nerek w ciąży (nephritis gravidarum) wywołuje częstokroć wystąpienie zapalenia siatkówki (retinitis albuminurica), lub zapalenia siatkówki i nerwu wzrokowego, rzadziej zapalenie samego nerwu, nierzadko oderwanie się siatkówki.

W razie mocznicy trzeba być oczywiście przygotowanym na możliwość napadu uremicznej ślepoty.

Jakie znaczenie w rokowaniu ma zapalenie siatkówki (retinitis albuminurica), występujące w przebiegu zwyczajnego śródmiąższowego zapalenia nerek, o tem wie każdy lekarz doskonale. O rokowaniu samego zapalenia siatkówki nie warto nawet mówić, bo ono samo, jako objaw, stanowi »signum pessimi ominis« dla życia chorego, jest niejako pierwszem dzwonieniem śmierci. Zapalenie siatkówki w ciąży (retinitis albuminurica gravidarum) daje o tyle lepsze rokowanie, o ile lepsze jest rokowanie, jakie wogóle dają zmiany nerek w ciąży (ren gravidarum). W przypadkach, gdzie po porodzie znikają z moczu białko i wałeczki, gdzie ustępują obrzęki i inne ogólne objawy niedomogi nerek, tam ustępuje, a raczej zatrzymuje się w swym postępie zapalenie siatkówki. Plamy w siatkówce pozostają, ale pozostaje też zwykle dostateczna bystrość wzroku i niezbyt uszkodzone pole widzenia.

Co do zapalenia siatkówki i nerwu wzrokowego (neuroretinitis albuminurica gravidarum) warto podnieść jeszcze oryginalne zapatrywanie Joseya ([28]) i Hirsta ([28]), którzy po zbadaniu większej liczby ciężarnych doszli do przekonania, że nie należy bezwzględnie ufać chemicznemu i mikroskopowemu badaniu moczu, gdy chodzi o rozpoznanie toksemii, wywołanej zaburzeniem czynności wydzielniczej nerek. Zdarzają się mianowicie przypadki typowej »retinitis albuminurica sine albuminuria«: badanie moczu nie wykazywało ani białka, ani wałeczków, ani zboczeń w ciężarze właściwym. W jednym z takich przypadków przerwanie ciąży usunęło i zmiany w oczach i towarzyszące im mocznicowe objawy ogólne. Zdaniem autorów wynika z tego potrzeba badania wziernikiem oczu kobiet ciężarnych, bez względu na to, czy okazują białkomocz, czy nie.

(Dokończenie nastąpi).

Oceny i sprawozdania.

Z dziedziny chirurgii mózgowia.

Streszczenie zbiorowe.

Podał **Dr Adolf Klęsk.**

Spostrzeżenia fizyologiczne na mózgu wśród operacyi czynił Fedor Krause ([1]). Drażnił on korę prądem faradycznym i to bardzo słabym, albowiem łatwo przytem wywołać można zapad, lub nawet napad padaczkowy. Drażnić należy w lekkiem uśpieniu chloroformowem, gdyż przy głębokiem następuje porażenie kory. Przeważna część ośrodków dla kończyn leży w zwoju środkowym przednim. Po wycięciu kawałka kory występują objawy porażenia ruchu lub czucia, które jednak z czasem ustępują, o ile nie wycięto zadużo kory. Mózg i móżdżek nie są wrażliwe na ból, natomiast bardzo czuła jest opona twarda.

Guzy, zwłaszcza bardzo miękkie, nieraz trudno jest usunąć z mózgu bez większego zranienia otaczającej tkanki mózgowej; aby temu zapobiedz podał tenże autor na ostatnim zjeździe chirurgów niemieckich, sposób wydobywania guzów zapomocą aspiracyi przyrządem Klappa, lub też, co lepiej, odpowiednimi cylindrami szklanymi i pompą wodną. W ten sposób udaje się usuwać guzy nawet bardzo miękkie, rozpadające się. Guza nie wyrywa się zupełnie, lecz tylko podciąga i niejako umocowuje, poczem naokoło odsuwa się ostrożnie zdrową substancyę mózgową. Postępowanie to nadaje się bardzo do guzów umieszczonych głęboko, np. w móżdżku, w przysadce i t. p.

Braman i Anton ([2]) podali sposób nakłuwania mózgu przez spoidło, a to celem stworzenia połączenia między komorą, a przestrzenią podoponową w tych przypadkach, w których tego połączenia niema, a bardzo właśnie o nie chodzi. Zabieg ten wykonać można także w znieczuleniu miejscowem. Po otwarciu czaszki (poza szwem wieńcowym więcej ku stronie prawej blizko szwu strzałkowego) następuje nacięcie opony twardej, wprowadzenie koło sierpu kaniuli przez spoidło do komory przedniej i lekkie rozszerzenie tego kanału. Anton doniósł o 22 operacyach, wykonanych tym sposobem w przypadkach znacznego wodogłowia samorodnego u dzieci, dalej w przypadkach nowotworów, wywołujących wodogłowie wewnętrzne, a wreszcie przedwstępnie przy otwarciach czaszki celem zapobieżenia wypadnięciu mózgu. Uzyskane połączenie utrzymuje się stale i sekcyjnie wykazano je jeszcze po $1/2$ roku. Po nakłuciu znikają zwykle szybko bole głowy, zawroty, wymioty i t. p., a nawet przypady oczne poprawiają się, a przynajmniej nie posuwają się naprzód.

Nakłucie lędźwiowe przy guzach mózgu wykonywać można podług Sicarda ([3]) przy zachowaniu następujących

ostrożności (o ile nie chcemy narazić się na groźne powikłania): 1) Przed nakłuciem chory leżeć powinien w łóżku na wznak, nie podnosząc głowy przez 48 godzin. 2) Zabieg sam wykonuje się w pozycyi bocznej z głową umieszczoną trochę niżej. Nie należy wypuszczać za dużo płynu. 4) Po zabiegu 12—24 godzin powinien chory leżeć w tem położeniu, jak przy operacyi, poczem 48 godzin położenie na wznak, z głową ułożoną równo z resztą ciała. 5) Nie należy wykonywać nakłucia u chorych, u których bole głowy, zawroty i t. p. zwiększają się przy położeniu na wznak.

W zakresie operacyi na przysadce mózgowej uczyniono znaczne postępy. Hochenegg usunął drogą nosową guz przysadki, dający obraz akromegalii. Po operacyi ustąpiły bóle głowy, język, ręce i nogi zmniejszyły się, natomiast powiększył się środkowy płat gruczołu tarczowego. Operowana straciła przytem znamiona męskie. W naszem piśmiennictwie opisał swój przypadek, operowany przez Eiselsberga, Bychowski ([4]). I tutaj także wynik operacyjny był bardzo dobry. Bole głowy i wymioty znikły, a zmiany w oczach poprawiły się znacznie. Ogółem dotąd opisano 8 operacyi na przysadce mózgowej. Przeważnie dają guzy przysadki dość typowe objawy; jedne objawy akromegalii, a inne znów — objawy, które Fröhlich ujął w osobną postać chorobową (bole głowy, nadmierne tycie, zanik lub niedorozwój narządów płciowych).

Operacyjne leczenie padaczki uzyskało już zupełne obywatelstwo w chirurgii. Nie mówiąc już o padaczce urazowej, operuje się ze skutkiem także objawową padaczkę Jacksona, a nawet i padaczkę samoistną. Krause ([5]) przy operacyi padaczki objawowej postępuje dwuczasowo (otwiera czaszkę, a w 5—8 dni przystępuje dopiero do operacyi na częściach miękkich) i ma wyniki bardzo dobre. Po wyszukaniu pierwotnego ogniska w korze (das primäre Krampf-Centrum) wycina je wraz z oponami miękkiemi na długości najwyżej 28 mm, szerokości 15 mm, a głębokości 5—8 mm. Objawy porażne ustępują (o ile nie wycięto za dużo) rychło, a skutek (ze względu na napady) jest zwykle bardzo dobry. Także przy padaczce samoistnej radzi Krause operować zwłaszcza, że zabieg, który tu wykonać należy, jest mały i daje się wykonać w znieczuleniu miejscowem; zabieg ten polega na stworzeniu »wentyla« w powłokach kostnych czaszki. Nie należy zapominać, że padaczka jest obecnie chorobą częstą i u wielu młodych i zdolnych nieraz ludzi wywołuje zwolna utratę zdolności umysłowych.

Chirurgia móżdżku może pochlubić się także wielkim postępem. Przedewszystkiem nauczyliśmy się obecnie znacznie lepiej rozpoznawać cierpienia móżdżku. O sprawie tej traktują dwie prace Hildebranda ([6]), a z naszych — praca Męczkowskiego ([7]).

Na móżdżku operujemy zwykle z trzech powodów: 1) przy ropniach, 2) przy guzach lub sprawach zapalnych, 3) przy wodogłowiu zewnętrznem ew. surowiczem zapaleniu opon.

Guzy móżdżku wywołują objawy ogólne (ucisku mózgu) i miejscowe. A więc spotykamy tu tarczę zastoinową (obustronną i szybko przechodzącą w zanik), bole głowy (tyłogłowia i czoła), wymioty, zwolnienie tętna, zawroty głowy i t. p. Zawroty występują napadowo, nieraz wśród drżenia gałek ocznych i silnych bólów karku. Cechującym jest też bezład móżdżkowy (asynergie cerebelleuse) i diadokokinesia, t. j. niemożność prędkiego wykonywania po sobie ruchów przeciwnych, jak np. zginania i wyprostowywania. Przy chorobie móżdżku zajęte być mogą i uciśnięte sąsiednie nerwy mózgowe, jak językowo-gardłowy, błędny i dodatkowy. Rozpoznanie, czy guz leży wśród móżdżku — czy poza móżdżkiem, oprzeć można czasem na pewnych objawach. Tak np. przy guzach śród móżdżku występują bardzo wcześnie bole głowy, wymioty i tarcza zastoinowa, zaś przy zewnątrzmóżdżkowych ulegają znów często rychłemu uciskowi sąsiednie nerwy, jak trójdzielny, odwodzący, twarzowy i uszny. Również występują zmiany w fonacyi i połykaniu.

Męczkowski zwraca uwagę jeszcze na dalsze szczegóły. Wymioty występują tutaj bardzo uporczywie. Zjawiają się one na czczo, zwłaszcza przy zmianach położenia ciała. Bezład móżdżkowy cechuje między innemi chód chwiejny i zygzakowaty, zataczanie się (zwykle w stronę chorą), padanie na bok lub w tył. Często doznają chorzy wrażenia, że przedmioty przesuwają się im przed oczami. Bezład móżdżkowy (w przeciwieństwie do bezładu w wiądzie rdzenia) nie zwiększa się przy zamkniętych oczach. Występuje też przy cierpieniach móżdżku t. zw. dysmetrya, t. j. brak miary przy wykonywaniu ruchów, np. kreśleniu linii na papierze, a wreszcie katalepsya.

Jeżeli brakuje typowych objawów, to czasem trudno jest odróżnić guz móżdżku od wodogłowia wewnętrznego, lub też guza w płacie czołowym po stronie przeciwnej. Operacyę na móżdżku wykonuje się zwykle dwuczasowo. Czaszkę należy nieraz otworzyć szeroko, zwłaszcza jeżeli nie mamy pewności, po której stronie guz się znajduje. Drugi akt operacyi, t. j. otwarcie opony i dojście do móżdżku, wykonujemy w 5—10 dni po pierwszym. Przez operowanie dwuczasowe uzyskujemy znacznie lepsze wyniki i śmiertelność znacznie się zmniejsza.

Bardzo niebezpieczne są operacye guzów w pobliżu IV komory. Wystąpić tu może nagle śmierć przy — ewentualnie i po — operacyi, np. wskutek następowego krwotoku.

Wyniki operacyjne zależą od rodzaju samego cierpienia. Bardzo dobre rokowanie dają torbiele móżdżku, natomiast przy nowotworach jest ono fatalne. Według zestawienia Borchardta na 101 rozpoznań guzów móżdżku, w 62 nie znaleziono przy operacyi wcale guza, z 39 innych umarło 22 zaraz po operacyi, a zaledwo w 17 uzyskano jaki taki wynik. Te złe wyniki nie powinny odstraszać od operacyi, albowiem zawsze pamiętać należy, że przy operacyi, mimo rozpoznania guza, możemy wobec znacznych trudności rozpoznawczych spotkać inną zupełnie sprawę, dającą lepsze rokowanie (ropień, torbiel, lub też guz, dający się łatwo i w całości usunąć).

O zabiegach chirurgicznych łagodzących (paliatywnych) (przekłucie lędźwiowe, trepanacya paliatywna) przy nowotworach mózgowia pisał w ostatnich czasach Jaroszyński ([8]).

Zważywszy, że zaledwo 10% nowotworów mózgu nadaje się do operacyi, nic dziwnego, że i zabiegi, przynoszące ulgę, są zupełnie uzasadnione. Łagodzą one bole głowy, usuwają nieraz wymioty, drgawki, wpływają korzystnie na zmiany oczne i zmniejszają ciśnienie płynu mózgowo-rdzeniowego. Do zabiegów tych zaliczamy 1) zabieg Weckera (dziś zarzucony), polegający na przekłuciu otoczki nerwu wzrokowego, 2) nakłucie lędźwiowe, 3) trepanacyę czaszki bez lub z otwarciem opony, 4) nakłucie spoidła sposobem Braman-Antona, 5) sączkowanie sposobem Payra.

Nakłucie lędźwiowe oddaje nieraz dobre usługi i stosuje się je nieraz u jednego i tego samego chorego po kilkadziesiąt razy. Nie da się jednak zaprzeczyć, że czasem wywołać może ono groźne następstwa, a nawet śmierć. Przyczynę upatrują jedni w nagłem wciągnięciu rdzenia przedłużonego w otwór potyliczny, a przez to w nagłym ucisku na najważniejsze ośrodki, inni znów twierdzą, że wypuszczenie płynu w okolicy lędźwiowej, nie zmniejsza, ale przeciwnie wzmaga ciśnienie śródczaszkowe.

Trepanacya paliatywna ma wiele za sobą. Przedewszystkiem spostrzegano już po wykonaniu jej nieraz wybitną poprawę, zwłaszcza wzroku i zmniejszenie się, choćby tylko czasowe, innych dolegliwości. Zwykle operuje się tu dwuczasowo, a to tak ze względu na stan chorych, jak i na to, że czasem już samo otwarcie czaszki wystarcza; ewentualnie, gdy niema poprawy, w 5—8 dni otwiera się oponę twardą. Celem zapobieżenia następowemu wypadnięciu mózgu poleca Cushing następujące ostrożności: 1) podniesienie głowy chorego, 2) nakłucie lędźwiowe podczas trepanacyi, 3) wykonanie trepanacyi w okolicy podskroniowej lub potylicznej prawej, jako w miejscu najmniej ważnem, a pokrytem mięśniami.

Kiedy należy wykonać nakłucie, a kiedy trepanacyę? Babiński wypowiada tu następujące uwagi: 1) Należy zaczynać od nakłucia i 8 dni obserwować chorego. Jeśli następuje poprawa, to ewentualnie stosuje się w potrzebie dalej nakłucia, jeżeli zaś poprawy niema, należy energicznie leczyć przeciwprzymiotowo. 2) Jeżeli po 4 tygodniach tego leczenia niema żadnej poprawy, poleca Babiński trepanacyę paliatywną. Limfocytoza płynu jest przeciwwskazaniem do trepanacyi. 3) Trepanacya jest przeciwwskazana, gdy chory jest bardzo wyczerpany, lub gdy już wystąpiła zupełna ślepota. 4) Wykonać należy trepanacyę szybko w razie bardzo silnych bolów głowy lub przy szybkiem pogarszaniu się przypadów ocznych.

O sposobie Bramanna mówiliśmy już powyżej.

Sposób Payra polega na połączeniu komór bocznych z układem żylnym zapomocą przeszczepienia odcinka żylnego, łączącego zatokę podłużną górną z komorami mózgowemi. Jakkolwiek teoretycznie słuszny, zabieg ten praktycznie nie odpowiada swemu zadaniu, nie jest technicznie łatwy i nie działa szybko.

Nie należy nigdy za długo czekać na wystąpienie objawów ogniskowych, umożliwiających dokładne określenie siedziby guza, a zwłaszcza, gdy wzrok jest zagrożony. Ideałem chirurgicznego leczenia guzów mózgu jest trepanacya doszczętna. Przy dzisiejszym jednak stanie wiedzy na tem polu jeszcze w większości przypadków uciekać się musimy do operacyi paliatywnych.

W ostatnich czasach ogłosił Sauerbruch (9) próby ze sztucznem zniedokrwieniem przy operacyach czaszki. Z doświadczeń na zwierzętach doszedł S. do przekonania, że niedokrwienie głowy wywołać można łatwo przez umieszczenie tułowia pod ujemnem ciśnieniem. Szkodliwych powikłań w mózgu przytem S. nie spostrzegał. S. ma nadzieję, że da się to spożytkować i przy operacyach na człowieku.

Naturalnie należałoby postępować ostrożnie, a więc używać niewiele zmniejszonego ciśnienia (16—18 mm Hg), umieszczając tułów i kończyny w małych skrzynkach, a to celem wygodnej manipulacyi.

Przytoczone piśmiennictwo: 1) F. Krause (Tow. lek. Berlin, 15. XII., 1909). — 2) Anton (Med. Klinik, Nr 48). — 3) Sicard (Presse med. 31. X., 1908). — 4) Bychowski (Medycyna i Kron. lek., Nr 27—28, 1909). — 5) Krause (Med. Klinik, Nr 38, 1909). — 6) Hildebrand (Deut. med. Wochs. Nr 46, 1909). — 7) Męczkowski (Medycyna i Kron. lek., Nr 48—51, 1909). — 8) Jaroszyński (Medycyna i Kron. lek., Nr 40—42, 1909). — 9) Sauerbruch (Zentrblt. f. Chir., Nr 47, 1909).

Goldman. **Serodyagnostyka przymiotu według Wassermana.** Kijów 1910.

Autor, słuchacz medycyny uniwersytetu kijowskiego, miał odczyt o powyższej treści w »Kółku klinicznem słuchaczów medycyny«. Odczyt ten Kółko wydało drukiem, a Prof. Pawłowski opatrzył przedmową. Praca jest kompilacyą i podaje dość ściśle i dokładnie teraźniejszy stan sprawy.

Po krótkim wstępie przedstawia autor biologiczne zasady odczynu i podaje klasyczny jego schemat, tak, jak go przedstawił Wassermann. Następnie podaje technikę odczynu i sposoby przyrządzania rozmaitych odczynników. Zatrzymując się dłużej nad sposobami ilościowego określenia odczynu, zaznacza autor, że sposoby Citrona, Lessera, Meiera i t. d., są zanadto podległe błędom podmiotowym i mogą być przyczyną różnic w wynikach, i podaje opis prostego a praktycznego przyrządu Finkelstejna do ilościowego określania odczynu. Sposób Finkelstejna opiera się na porównaniu słupków czerwonych ciałek krwi, które osiadają, przy wirowaniu, na dno 2 naczyniek, w postaci wydłużonych lejków. Do jednego naczyńka wlewa się zawartość probówki, w której odbywał się ostatni akt odczynu Wassermanna; do drugiego zawartość probówki kontrolnej. W dalszym ciągu opisuje autor odmiany swoistego antygenu, proponowane przez rozmaitych autorów i omówiwszy w ogólnych zarysach kliniczne znaczenie odczynu, przedstawia dane liczbowe. Rozprawkę zamyka przedstawienie stron ujemnych odczynu i czynionych mu zarzutów, oraz zestawienie zmian, proponowanych przez rozmaitych autorów.

L. Mańkowski.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

H. Roger i Lévy-Valensi. **Odczyn białkowy** (albuminoréaction) **plwociny.** (Presse méd. 1910, Nr 32). Autorowie podają nową metodę badania plwociny w kierunku białka, która, jak liczne doświadczenia stwierdzają, okazuje się ważnym i pożytecznym sposobem, ułatwiającym rozpoznanie gruźlicy płuc, nawet w tych przypadkach, gdzie badanie prątków Kocha w plwocinie daje wynik ujemny. Sposób postępowania jest następujący: plwocinę nie zawierającą krwi, a możliwie niewiele śluzu, miesza się dokładnie pręcikiem z wodą przekroploną, poczem strąca się śluz, dodając kilka kropli kwasu octowego; nadmiar kwasu jest niepożądany, gdyż może przeszkodzić wystąpieniu odczynu. Następnie sączy się, a w przesączu szuka się białka podobnie, jak w moczu. Autorowie posługują się albo ogrzaniem, a w takim razie dodają do przesączu nieco soli kuchennej, albo (najlepiej) żelazocyankiem potasu w rozczynie nasyconym, który daje bardzo ładny odczyn; w przypadkach, gdzie ilość białka jest nieznaczna, polecają autorowie sączyć plwocinę wprost do probówki, zawierającej około 1 cm^3 rozcz. żelazocyanku: w miejscu zetknięcia się płynów tworzy się charakterystyczny strąt.

Na podstawie badań plwocin 204 chorych, dotkniętych różnemi chorobami płuc, jak gruźlicą w różnych okresach, zapaleniem opłucnej, płuc i oskrzeli, rozedmą, kiłą, zgorzelą, oraz rakiem płuc, stwierdzają autorowie, że 1) plwocina osobników gruźliczych we wszystkich okresach zawiera białko; 2) w zapaleniu włóknikowem, oraz innych ostrych postaciach zapalenia płuc, również zawiera białko, które jednakże, w razie prawidłowego przebiegu choroby, znika w 10—12. dniu, utrzymywać się jednak może w razie, gdy sprawa zapalna ustępuje powoli (n. p. u starców), wreszcie, że 3) w zapaleniach oskrzeli, tak ostrych, jak i przewlekłych, oraz w rozedmie płuc plwocina nigdy nie zawiera białka. A więc obecność białka stanowi niewątpliwy dowód, że w danym przypadku istnieje albo ostra postać zapalenia płuc, co łatwo rozstrzygnąć możemy, albo gruźlica płuc, którą na tej podstawie łatwo rozpoznać zdołamy. Wartość tej metody jest tem większa, gdyż sposób ten pozwala na rozpoznanie gruźlicy płuc w okresach początkowych, gdzie objawy są nieznaczne, klinicznie nic stwierdzić nie można, a badanie co do prątków Kocha daje wyniki ujemne. Nowaczyński.

Jacobson. **Poszukiwanie prątków Kocha zapomocą metody antyforminowo-ligroinowej.** (C. R. Soc. Biolog. 1909, t. LXVI.). Autor posługuje się następującą techniką: 5 cz. antyforminy w rozczynie 40 na 100 na 1 cz. plwociny, pozostawia przez 3 godziny, często mieszając, poczem dodaje ligroiny w takiej ilości, by tworzyła warstwę 2—3 mm szeroką ponad antyforminą, miesza dokładnie i odstawia na pół godziny do cieplarki. Do barwienia bierze się część osadu, który układa się w postaci warstwy między ligroiną, a antyforminą. Nowaczyński.

D. Danielopol. **Uczulanie spojówki na częste zakraplanie tuberkuliny.** (C. R. Soc. Biol. 1909, t. LXVI.). Na podstawie wyników zakraplań tuberkuliny u 110 osobników dochodzi autor do wniosku, że u człowieka zdrowego następuje uczulenie spojówki przez powtarzające się

zakraplanie tak, że odczyn pojawiający się niekiedy dopiero po 3. zakropleniu, występuje na spojówce uczulonej szybko, bo w przeciągu $^1/_2$—1 godziny (u gruźliczych po 6—24 godz.). Być może, że pierwsze zakroplenie tuberkuliny powoduje tworzenie się w obrębie spojówki ciała, które oddziaływa na tuberkulinę zakroploną powtórnie.

Nowaczyński.

C. Guérin. **Wrota zakażenia gruźliczego.** (Rec. méd. véter. 1909, grudzień). G. wyraża zdanie, że zdanie Cohnheima, iż jad gruźliczy, wprowadzony do ustroju, wywołuje najpierw gruźlicę miejscową, później gruczołową, i dopiero po przejściu przez te dwa etapy uogólnia się, nie zawsze jest słuszne. U zwierząt ze zmianami gruźliczemi w narządach wewnętrznych gruczoły, znajdujące się w sąsiedztwie wrót zakażenia, wstrzyknięte śwince morskiej, nie zawsze zdolne są ją zakazić. Doświadczenia nad szczepieniem przeciwgruźliczem drogą przewodu pokarmowego wykazały, że gruczoły krezkowe łatwiej pozbywają się bakteryi gruźliczych, niż oskrzelowe. Autor zaś stara się udowodnić, że prątki gruźlicze, niezdolne do szybkiego wytworzenia zmian gruźliczych (serowatych) w gruczołach krezkowych, mogą, przeszedłszy przez ich miąższ, zakazić gruczoły oskrzelowe. Czterem cielętom zdrowym podano pięć razy zapomocą zgłębnika żołądkowego z pożywieniem bakterye gruźlicze mało jadowite; po dwu miesiącach dwa z nich zabito; makroskopowo gruczoły wszystkie zdawały się prawidłowe, lecz szczepienie gruczołów oskrzelowych i krezkowych wywoływało gruźlicę u świnek. Po roku zabito dwa pozostałe cielęta, które nie oddziaływały już wcale na tuberkulinę; żaden z gruczołów tych cieląt nie zakażał świnki.

Zdaniem autora przechodzenie bakteryi przez gruczoły krezkowe nie ulega wątpliwości, a obecność, lub brak zmian następowych zależą od ilości i jakości bakteryi zakażających.

Przeciwnie Chaussé, powołując się na badania anatomo-patologiczne, które w rzadkich przypadkach stwierdzają, że przewód pokarmowy stanowił bramę zakażenia gruźliczego, sądzi, że zakażenie to drogą przewodu pokarmowego jest nadzwyczaj rzadkie (2—3%) i trudne doświadczalnie do osiągnięcia. Nowaczyński.

A. Bergeron. **Badania nad rozpoznaniem gruźlicy metodą odchylenia dopełniacza, według Marmorka.** (C. R. Soc. Biol. 1909, t. LXVI.). Autor stosował metodę Marmorka, (polegającą na tem, że jako dopełniacza używa się surowicy świnki, jako antygenu zaś moczu osobnika badanego), w 213 przypadkach i otrzymał w 133 przypadkach pewnej gruźlicy 131 dodatnich wyników; w 6 przypadkach, gdzie rozpoznanie kliniczne było niepewne, 2 ujemne, a 4 dodatnie wyniki; wreszcie w 74 przypadkach bez gruźlicy, 68 wyników ujemnych; odczyn więc ten tylko w 8 przypadkach na 213 nie zgadzał się z rozpoznaniem klinicznem. Nowaczyński.

Vincent i Combe. **W sprawie rozpoznania zapalenia gruźliczego opon. Strącanie tuberkuliny przez płyn mózgowo-rdzeniowy.** (C. R. Soc. Biol. 1909, t. LXVI., grudzień). Autorowie mieszali płyn mózgowo-rdzeniowy z przypadków zapalenia gruźliczego opon z surowicą przeciwgruźliczą Vallée i surowicą Maragliano, lecz nie otrzymali żadnego wyniku; surowica dawała zmętnienie ze wszystkimi płynami mózgowo-rdzeniowymi, oraz z rozczynem fizyologicznym soli i wodą przekroploną. Natomiast otrzymywali autorowie stale strąt (w 21 przyp.), gdy zmieszali płyn mózgowo-rdzeniowy gruźliczy z wyciągiem bakteryi gruźliczych, z tuberkuliną Kocha i z rozczynem tuberkuliny, strąconej alkoholem w 38° lub 55°. Najładniejszy odczyn daje tuberkulina Kocha (1 kropla na 100 kr. płynu mózg. rdz.). Lecz odczyn ten nie jest swoisty; jest on prawie zawsze dodatni w przypadkach kiły mózgu i rdzenia, a nawet w zapaleniu opon nagminnem (2 razy na 14), w durze (1 raz na 2), oraz paratyfusie B. Ujemny odczyn przemawia jednakże przeciw zapaleniu gruźliczemu opon.

Nowaczyński.

A. Calmette i L. Massol. **Warunki otrzymania odczynu odchylenia dopełniacza** (Bordet-Gengou) **z wywoływaczami i niwecznikami gruźliczymi.** (C. R. Soc. Biol. 1909, t. LXVI., listopad). Autorowie wykazują, 1) że ilość komplementu związanego jest proporcyonalna do ilości antygenu (wyciąg wodny bakteryi gruźl., zagęszczony w próżni), oraz niwecznika (anticorps) tak, że chcąc upewnić się. czy surowica zawiera niweczniki, należy ją wypróbować w obecności różnych ilości komplementu; 2) gdy ilość niwecznika jest w nadmiarze wobec antygenu, związanie dopełniacza nie nastąpi, — odczyn, który występuje tylko ze surowicami doświadczalnemi, bogatszemi w niweczniki, niż surowice ludzkie, lub zwierząt gruźliczych; 3) należy unikać nadmiaru, choć nadmiar jego jest mniej szkodliwy, niż nadmiar niweczników. Tak więc odczyn Bordet-Gengou pozwala na wykrycie niwecznika gruźliczego w surowicy pod warunkiem, że używa się małych ilości antygenu wobec określonych ilości surowicy badanej, oraz małych, wzrastających ilości dopełniacza.

Nowaczyński.

F. Bezançon i H. de Serbonnes. **Poszukiwanie niweczników gruźliczych.** (C. R. Soc. Biol. 1909, t. LXVI., listopad). Autorowie przeprowadzali badanie niweczników gruźliczych metodą wiązania dopełniacza, jakoteż metodą aglutynacyi i precypitacyi; pierwszą robili według wskazówek Nicollea i Pożerskiego, używając ciałek krwi nie rozcieńczonych, oraz surowicy krwi, wziętej od chorego o godz. 10 rano. Za antygen służyła albo tuberkulina Kocha, albo zawiesina prątków gruźliczych ludzkich, otrzymana przez zmieszanie hodowli jałowej i przesączonej w fizyologicznym rozczynie soli; oba te antygeny dawały te same wyniki. Do precypitacyi używali hodowli bakteryi gruźliczych, jałowych, przesączonych przez sączek Berkefelda, do aglutynacyi zaś hodowli bakteryi jednolitej (homogène) Arloinga i Courmonta. Badania przeprowadzali z surowicami 150 chorych, szukając amboceptorów, znaleźli je jednakże tylko w $^2/_3$ ilości przypadków; metoda wiązania dopełniacza nie nadaje się, zdaniem autorów, do badań klinicznych, gdyż daje bardzo często wyniki dodatnie w gruźlicy płuc włóknistej, wyleczonej, a bardzo niestałe w gruźlicy świeżej. Autorowie stwierdzili ciekawy fakt nagłego znikania, to znów pojawiania się istot uczulających w surowicach gruźliczych, wobec czego zapytują się, czy w przebiegu gruźlicy nie występują samoistnie, okresowo fazy ujemne (znikanie istot uczulających), któreby mogły nam wytłómaczyć w pewnej mierze groźne przypadłości, towarzyszące nieraz wstrzykiwaniom tuberkuliny. Związku między odczynem odchylenia dopełniacza, a aglutynacyą i precypitacyą, autorowie nie znaleźli. Nowaczyński.

Fritz Heman. **Spostrzeżenia kliniczne nad działaniem pantoponu** (Sahli). (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 7). Pantopon zawiera wszystkie alkaloidy makowca. Przetwór ten sporządziła firma F. Hoffmann-La Roche na żądanie Prof. Sahliego w Bernie. Przez przeprowadzenie w chlorki stają się alkaloidy łatwo rozpuszczalne w wodzie i nadają się do wstrzykiwań podskórnych. Wskazania pantoponu są takie, jak przy morfinie i makowcu. Po operacyach działa pantopon po 10 minutach, a ma tę wyższość nad morfiną, że nie pociąga za sobą opóźnienia w oddawaniu wiatrów. Wewnętrznie stosowano pantopon przy grożącem poronieniu, kolce wątrobnej, bezsenności, wszędzie ze skutkiem o tyle lepszym w porównaniu z innymi lekami, że bez objawów ubocznych. H. W.

Nicolle: **Badania doświadczalne nad durem osutkowym,** wykonane w Zakładzie Pasteura w Tunisie w ciągu r. 1909. (Annal. de l'Inst. Pasteur 1910. Nr 4). Badania Nicolle'a zasługują na uwagę lekarzy naszych, aż nadto często niestety mających sposobność spostrzegać dur osutkowy, ponieważ, jak się zdaje, są one istotnym krokiem naprzód,

zbliżającym nas do wyjaśnienia etyologii, a co za tem idzie, do skuteczniejszego zwalczania tej choroby. Mianowicie dotychczas uchodził dur osutkowy za chorobę, właściwą tylko człowiekowi i nie przenośną na zwierzęta; otóż Nicolleowi powiodło się wywołać ją przez wstrzyknięcie krwi chorego na dur (w 3-cim dniu) u szympansa, a z tego szympansa przenieść na inną małpę (macacus sinicus), z niej zaś znów częścią zapomocą wstrzyknięcia krwi małpy zakażonej, a częścią zapomocą ukłucia przez zakażone wszy — na kilkanaście małp niższorzędnych. Wyniki te dostarczają ścisłego dowodu na poparcie przypuszczeń, że przenośnikami zakażenia są pasorzyty zwierzęce. Przypuszczeniom tym brakło dotąd pewnej podstawy, a przytem wahano się w tych przypuszczeniach, wskazując bądź na pluskwy, bądź na pchły, bądź na wesz ludzką. Rozstrzygnięcie tych wahań daje ważną wskazówkę zapobiegawczą. Z innych wyników badań Nicollea zasługuje na uwagę stwierdzone przez niego obumieranie leukocytów wielojądrzastych neutrofilnych, tem wybitniejsze i rozleglejsze, im zakażenie doświadczalne było silniejsze, co zdaniem N. może być w związku z siedzibą nieznanego jeszcze zarazka duru osutkowego. Nadto podjął N. próby uodpornienia doświadczalnego zwierząt, nie wysnuwa jednak z prób tych jeszcze żadnych stanowczych wniosków. C.

Pedyatrya.

Et. Burnet. **Błonica doświadczalna u szympansów.** (Annales de l'Inst. Pasteur. Nr 2, 1910 r.).

W patologii błonicy zasługują dwa zagadnienia, jako zupełnie jeszcze niewyjaśnione, na szczególną uwagę badaczy. Są to: 1) znaczenie mechanicznych uszkodzeń błon śluzowych przy zakażeniu błoniczem; 2) wpływ drobnoustrojów, towarzyszących bakteryom błonicy, na stopień zjadliwości tych ostatnich. Praca, o której mówimy, jest przyczynkiem do wyświetlenia pierwszego zagadnienia na drodze czysto doświadczalnej. Rozporządzając 9-ma szympansami, autor wykonał na nich 17 szczepień bądź hodowli, bądź nalotów błoniczych, zarówno na uszkodzonej w rozmaity sposób, jak i na nienaruszonej śluzówce jamy ustnej i nosowej. W 11 przypadkach wynik szczepienia był zupełnie ujemny, t. j. nie było objawów ogólnego ani miejscowego zakażenia. Pomimo to bakterye błonicy nie ginęły na miejscu zaszczepienia i nawet po upływie 3 tygodni udawało się autorowi przeszczepiać je z powodzeniem na pożywki; potwierdza to znany fakt, iż najodporniejszy nawet względem danego zakażenia osobnik może być roznosicielem bakteryi.

W 6 przypadkach o wyniku dodatnim nie było również objawów ogólnych, a miejscowo u jednego tylko zwierzęcia, które 6-go dnia po zakażeniu padło (prawdopodobnie wskutek innej przyczyny) były rozległe zmiany na śluzówce; u wszystkich innych natomiast bardzo nieznaczne zmiany swoiste. Uderzającym jest przytem fakt, iż we wszystkich dodatnich przypadkach użyto nalotów, jako materyału do szczepienia; czyste hodowle bakteryi błonicy, bez względu na różnice wieku, zjadliwości itd., nie wywoływały zmian w żadnym przypadku. Rzuca to pewne światło na konieczność współdziałania innych bakteryi przy zakażeniu błoniczem. Uszkodzenie błony śluzowej na miejscu szczepienia bezwątpienia przyczynia się do powstawania zmian swoistych, gdyż tylko w 1-ym przypadku udało się autorowi stwierdzić nalot na nieuszkodzonej śluzówce. Co do okresu wylęgania, trwał on od 2—14 dni; nabytej odporności miejscowej ze strony śluzówki przy kilkakrotnem szczepieniu tego samego zwierzęcia autor nie stwierdził; wogóle zaś uważa szympansy za nieodporne wprawdzie, jednakże mało wrażliwe względem błonicy. H. Rosenblatówna.

Ch. Dopter. **Surowica przeciwmeningokokowa.** (Annales de l'Inst. Pasteur. Nr 2, 1910 r.).

Autor szczegółowo omawia przygotowanie, własności i stosowanie lecznicze surowicy przeciwmeningokokowej, przytaczając wyniki badań z piśmiennictwa, oraz podaje własne spostrzeżenia, potwierdzające niewątpliwe działanie lecznicze tej surowicy w nagminnem zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych. Koniecznym warunkiem dla otrzymania dodatnich wyników w postaci: 1) złagodzenia objawów chorobowych; 2) skrócenia czasu trwania choroby i 3) obniżenia odsetki śmiertelności — jest ścisłe stosowanie się do następującej techniki: Surowicę należy wstrzykiwać bezwarunkowo do przewodu mózgowo-rdzeniowego we wszystkich przypadkach, a wyjątkowo, gdy nie udaje się osiągnąć polepszenia, można wprowadzać surowicę bezpośrednio do komór mózgowych (u niemowląt przez ciemiączko, u dorosłych po uprzedniej trepanacyi czaszki). Dawki muszą być duże: 20—45 cm³, po uprzedniem wypuszczeniu płynu mózgowo-rdzeniowego w takiej samej ilości; u dzieci, nawet poniżej 1-go roku, 10—30 cm³, przytem u tych ostatnich wystarcza wypuszczenie 4—5 cm³ płynu m.-rdz., gdyż objawy zwiększonego ciśnienia mózgowego nie występują u nich tak łatwo, jak u dorosłych. Jednorazowe wstrzyknięcie surowicy wystarcza tylko w przypadkach o najlżejszym przebiegu; we wszystkich innych dawki muszą być powtarzane według jednej z dwu następujących metod: 1) Kolle i Wassermann, Koplik, Emmet Holl i Comby, ponawiają wstrzykiwania surowicy, dopóki napięcie objawów chorobowych nie zaczyna słabnąć, zaś 2) Dünn, Churchill, Lévy, Netter, wstrzykują bez względu na przebieg choroby w ciągu pierwszych 3—4 dni co dzień 20 i więcej centym. surowicy. Autor radzi kierować się przy seroterapii zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych wynikami badania płynu mózgowo-rdzeniowego. Np. pomimo, iż objawy kliniczne są łagodniejsze, a płyn mózgowo-rdzeniowy zawiera dużo ciałek ropnych i nieuszkodzone meningokoki, z których udaje się otrzymać hodowlę; w takim przypadku należy bezwarunkowo powtarzać wstrzykiwania surowicy i odwrotnie: ciepłota może się nie obniżać lub nawet na nowo podnieść, objawy chorobowe (sztywność karku, ból głowy i t. d.) — nawet pogorszyć, mimo to ponowne dawki surowicy nie są wskazane, jeśli płyn m.-rdz. przy badaniu okazuje się jałowy lub najwyżej zawiera martwe meningokoki. Z zestawienia 359 przypadków, leczonych za pomocą surowicy swoistej, okazuje się, iż przy racyonalnem stosowaniu wstrzykiwań śmiertelność wynosiła 8·15%, zaś 27·2% w przypadkach, w których surowicę również wstrzykiwano, lecz w niedostatecznej ilości, względnie nie dość często.

H. Rosenblatówna.

A. Reuss i B. Sperk. **Wpływ usunięcia cukru na objawy podrażnienia jelit przy zaburzeniach w odżywianiu osesków.** (Wien. klin. Woch. Nr 1, 1910 r.).

W jelitach dziecka, chorego na zaburzenie trawienne, zachodzą dwie zasadnicze sprawy: sprawa fermentacyi, wytwarzająca ciała kwaśne i sprawa gnicia, wytwarzająca ciała przeważnie alkaliczne. Fermentacya i gnicie są sprawami wręcz przeciwnemi sobie i, że tak powiemy, zwalczającemi się nawzajem. Ten ich stosunek można wyzyskać w celach leczniczych, podając choremu oseskowi zależnie od wskazań pokarm, ograniczający zbyt silny rozwój jednego z procesów chorobotwórczych. Dla zbadania wpływu usunięcia cukru na przebieg »stadium dyspepticum« Finkelsteina, względnie na nieżyt jelit w sensie Widerhofera, wybrano 10 osesków, cierpiących na tą chorobę. Oseskom podawano mieszanki mleka bez cukru i zawiesiny tłuszczu, sernika bez serwatki w osłodzonej sacharyną herbatce (mieszanka Ringera). Wyniki były pomyślne. Leczenie przez usunięcie cukru wykonywano zwykle w czterech okresach: 1) 24-godzinna dyeta głodowa; 2) odżywianie roztworem Ringera; 3) po zniknięciu objawów zadrażnienia jelit mieszanka mleka bez cukru; 4) stopniowe przejście do ocukrzonego pokarmu. Co do szkodliwości cukru w pewnych przypadkach, to autorowie tłómaczą to w sposób następujący: 1) Kwaśne przetwory, powstałe wskutek fermentacyi, drażnią zbytnio jelita, uszkadzając komórki wyścielające. 2) Zawartość cukru w papce pokarmowej wpływa na bujanie pew-

nych drobnoustrojów, wytwarzających jady; to zostało stwierdzone na drodze doświadczalnej.

Miecz. Michałowicz.

A. Hecht. **O wytwarzaniu się kwasów w jelitach oseska.** (Wien. klin. Woch. Nr 1, 1910 r.).

Już w 8—9-tym dniu życia stolce noworodków obfitują w lotne kwasy i wykazują kwaśny odczyn. Z tego należy wnosić, że kwasy znajdują się w znacznej części w stanie wolnym w jelitach. Kwas mleczny spotyka się w porównaniu do kwasów lotnych tłuszczowych w małych ilościach. Najczęściej znajduje się kwas octowy; w niektórych przypadkach autor stwierdzał kwas propionowy, masłowy i mrówczany; zastrzega się przytem, że ilość kwasu w stolcu zależy też od warunków wchłaniania w kiszkach; tak np. przy zaparciu stolca ilość zawartych w nim kwasów zmniejszała się znacznie.

Miecz. Michałowicz.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie z d. 16. lutego 1910.

Przewodniczący kol. Sterling, sekretarz Sonnenberg.

1. Przeczytano odezwę Towarzystwa neuropatologów i psychiatrów przy uniwersytecie moskiewskim o zamierzonem przez to Towarzystwo uczczeniu 25-letniej naukowej działalności prezesa Towarzystwa, Prof. W. Rota.

2. Zakomunikowano Towarzystwu o przypadającej w d. 27. lutego r. b. rocznicy 25-letniej działalności lekarskiej kol. H. Fidlera, prezesa Tow. lek. radomskiego. Postanowiono uczcić jubilata przez wysłanie telegramu z życzeniami.

3. Przystąpiono do wyboru dwóch zastępców członków sądu przy Towarzystwie lekarskiem łódzkiem. Po dwukrotnie powtórzonem głosowaniu, wybrano kolegów: Pieniążka i Sonnenberga.

4. Kol. Sterling wypowiedział pierwszą część odczytu p. t. **O postępach w dziedzinie lecznictwa chorób płuc i serca.** Jest to pierwszy odczyt z szeregu zapowiedzianych odczytów z dewizą: »Primum, ut proficias«. Na wstępie prelegent zwrócił uwagę, że dewiza »primum, ne noceas« służy często za wygodną wymówkę dla tych, którzy nie idą z postępem lecznictwa. Należy pamiętać o dewizie »primum, ut proficias«, bo to nasz obowiązek. Niestety, terapii uczy się wielu lekarzy z »notatek«, referacików; za mało się pogłębia postępy współczesnej terapii. Stąd płynie bojaźliwe i nieścisłe, więc często bezskuteczne stosowanie nowych metod i leków; stąd płynie uciekanie się do nowych metod »in extremis« chorego; stąd też płyną zbyt wielkie wymagania od nowych metod i zbyt szybkie rozczarowanie. Najszkodliwsi dla postępu są koledzy-sceptycy, którzy pozorują krytycyzm (oparty na wiedzy) — sceptycyzmem (opartym na przeczuciu; są to koledzy, którzy »wierzą« w jeden środek, w inny — »nie wierzą«).

Przechodząc do właściwego tematu, prelegent mówi przedewszystkiem o tuberkulinie.

Niepowodzenia pierwszej ery tuberkulinowej były w stopniu znacznym konsekwencyą fałszywego postawienia sprawy, już teoretycznie; nie odróżniano odporności biernej od — czynnej. Wprowadzano do ustroju tuberkulinę jako lek już gotowy; tymczasem tuberkulina jest tylko bodźcem, który pobudza ustrój do wytwarzania leku (ciał ochronnych). Tuberkulina uodparnia czynnie; ustrój wyniszczony nie nadaje się do tego. Sanatoryjne leczenie dopełnia tuberkulinę, jakkolwiek często bez niej wystarcza.

Różne postacie tuberkuliny. Teorye jej działania; nowe prace, wykazujące, że w działaniu tuberkulin grają rolę nietylko toksyny, ale też lizyny (związki chemiczne, rozpuszczające ciałka bakteryjne).

Osobiste doświadczenie prelegenta, oparte na stosowaniu tuberkuliny od października r. 1907, zniewala go do oświadczenia się za tuberkuliną, jako środkiem bezwarunkowo pożytecznym przy leczeniu gruźlicy. Nawołując do stosowania tuberkuliny, przestrzega mowca przed nią tych, którzy sprawy nie znają teoretycznie i nie mają możności praktycznego poznania w szpitalu. Ci sprawie zaszkodzą, zarazem zaś i sami doznają rozczarowań.

Dalej mówił prelegent o sztucznej odmie piersiowej i o wywołaniu zapadnięcia płuc przez zewnątrzopłucną resekcyę żeber — jako o metodach chirurgicznego leczenia daleko posuniętych, ale ograniczonych do jednej strony, zmian gruźliczych w płucach. Obie te metody powstały dzięki dokładnemu wyśledzeniu i zbadaniu jednej z dróg, jaką ustrój czasem wiedzie do samowyleczenia gruźlicy. Czasem — mianowicie — ucisk płuca przez odmę (niezakażoną), częściej — przez wysięk surowiczy stanowi o poprawie, a nawet wyleczeniu gruźlicy. Ucisk na płuco wyciska zeń zawartość ropną, jamy się zapadają, zastój w drogach limfatycznych wiedzie do rozrostu tkanki łącznej. Sztuczna odma (wprowadzanie gazu, n. p. azotu, do opłucnej) działa w ten właśnie sposób; gdzie istnieją zrosty opłucne, gazu wprowadzić nie można; tam stosują resekcyę żeber i wywołują zapadnięcie się klatki. Ponieważ obie metody stworzono w przypadkach daleko posuniętych, często beznadziejnych, otrzymane wyniki należy uważać za bardzo poważny postęp leczniczy. Opis metod.

Wreszcie mówił prelegent o leczeniu dychawicy nerwowej. Widywał poprawę po adrenalinie, którą u dwu chorych stosował podskórnie. (Streszczenie własne).

5. Dyskusya: Kol. Brudziński zwraca uwagę na to, że stosowanie tuberkuliny wymaga pewnego doświadczenia w tym kierunku ze strony lekarza. Przystępowanie do wstrzykiwań tuberkuliny bez uprzedniego i należytego przygotowania się może przynieść szkodę choremu. Kol. B. omawia dwa przypadki, spostrzegane w szpitalu Anny Maryi, w których stosowana była przez kol. Rozenblatównę tuberkulina. — Kol. Przedborski podaje, że stosował tuberkulinę w szpitalu Poznańskich w r. 1891. Kol. P. pyta się, czy obecnie również przy wstrzykiwaniach tuberkuliny, jak i przy stosowaniu pierwszej tuberkuliny, powstają nowe ogniska gruźlicze? Kol. P. wspomina o stosowaniu bronchoskopii wraz z adrenaliną i kokainą przy dychawicy oskrzelowej. — Kol. Pieniążek również mówi o stosowaniu bronchoskopii przy dychawicy oskrzelowej. — Kol. Trenkner mówi o technice stosowania tuberkuliny, podnosi trudności stosowania jej w praktyce prywatnej i gorąco zaleca stosowanie tuberkuliny w praktyce fabrycznej. — Kol. Perlis wspomina o zabiegach chirurgicznych przy gruźlicy płuc i zapytuje prelegenta, czy ze względu na to, że ucisk płuca przez wysięk w opłucnej często wiedzie do poprawy stanu płuc, należy wysięk usuwać, jeżeli zapalenie opłucnej powstało, jako powikłanie gruźlicy płuc. — Kol. Helman prosi prelegenta o bliższe określenie stopnia sprawy chorobowej płuc, kiedy należy stosować tuberkulinę i zapytuje, czy prelegent stosuje drogi i tajemniczy aparat Tuckera. — Prócz powyższych kolegów udział w dyskusyi wziął kol. Handelsman.

Prelegent odpowiada: Aparat Tuckera przestał być drogim i tajemniczym; nieraz bywa skuteczny. Metoda znieczulania adrenaliną błony śluzowej oskrzeli nic nie ma wspólnego ze stosowaniem tego środka podskórnie. Tuberkulina mogłaby być tematem szeregu wykładów, mowca nie wyczerpał więc wcale tematu w dzisiejszem przemówieniu. Naturalnie, że do leczenia tuberkuliną, za mało jest jeszcze: kupić sobie strzykawkę. W zakończeniu prosi kolegów, żeby swoją »wiarę«, czy »niewiarę«, starali się oprzeć na znajomości metody i jej wyników.

E. Sonnenberg.

Towarzystwo lekarskie częstochowskie.

Posiedzenie z 19. marca 1910 r.

Obecnych 15 członków.

I. Kol. Marczewski przedstawił chorego **po operacyi Panasa.** Choremu przed 9 laty poszarpał pręt żelazny obydwie powieki lewego oka. Badanie, dokonane przez kol. M. po raz pierwszy po upływie roku, wykazało: powieka górna zwisa w postaci płachty, przykrywającej zniekształtnioną powiekę dolną, kąt wewnętrzny przesunięty znacznie na zewnątrz i ku dołowi, szpara oczna długości 1 ctm z dnem ze sfałdowanej ropiejącej spojówki. Kol. M. operował chorego trzykrotnie. Pierwsza operacya miała na celu przywrócenie szpary ocznej i prawidłowego ułożenia spojówki. Po upływie trzech tygodni wykonano plastykę dolnej powieki. Połowę powieki utworzono ze skóry twarzy. Trzecia operacya miała na celu przywrócenie możności unoszenia górnej powieki. Za najodpowiedniejszą w tym celu uznano operacyę Panasa, wykonano ją jednak nie typowo. U przedstawionego chorego przy zmarszczeniu czoła jednocześnie z unoszeniem brwi unosi się i górna powieka, przyczem otwarcie szpary ocznej wynosi 1 ctm.

II. Kol. Biegański przedstawił chorą **z twardzielą nosa** (rhinoscleroma). Chora, lat 28, zauważyła już przed 3 laty zatykanie się nosa i ciągły wypływ śluzu, bez żadnego bolu. Na przymiot nie chorowała. Mąż i dzieci zdrowi. Badanie wykazuje rozszerzenie skrzydeł nosa i prawie zupełne zatkanie otworów z obu stron guzowatościami, wyrastającemi z bocznych ścian. W jamie gardłowej zwraca uwagę suchość łuków podniebiennych i tylnej ściany. Języczka nie widać, w tem miejscu jak gdyby zagłębienie. Oddech swobodny, krtań nie zajęta. Prelegent omawia przebieg kliniczny i patogenezę tej choroby. Hebra opisał ją pierwszy w roku 1870. Początkowo uważano twardziel za sprawę nowotworową, dopiero około roku 1885 wykryto swoiste drobnoustroje. Choroba ma przebieg przewlekły i, jak wykazuje doświadczenie dotychczasowe, jest nieuleczalna.

W dyskusyi zwraca kol. Batawia uwagę na trudności rozpoznawcze w razie zajęcia gardła, krtani lub tchawicy. Łatwo wówczas rozpoznawać raka lub przymiot. Wobec różnej siedziby, chorobę tę lepiej nazywać tylko twardzielą (scleroma). Wbrew twierdzeniu prelegenta, w chorobie tej spostrzegano owrzodzenia, które pozostawiają blizny, bardzo podobne do blizn przymiotowych. — Kol. Łokczewski, powołując się na prace Rydygiera, mówi o skuteczności promieni Röntgena. — Kol. Wrześniowski dowodzi, że naświetlanie może być korzystne tylko przy bardzo powierzchownem usadowieniu się twardzieli.

II. Kol. Rozenfeld opisał przypadek **nagłej śmierci po błonicy.** Dziecko roczne z objawami krzywicy zapadło na błonicę gardła. Na trzeci dzień po wstrzyknięciu swoistej surowicy naloty oddzieliły się, gorączka ustąpiła zupełnie, dziecko uważano za wyleczone. Po upływie tygodnia od początku choroby dziecko to zmarło nagle przy objawach porażenia serca. W końcu omawia R. piśmiennictwo tej sprawy i podaje, że przyczyną nagłej śmierci po błonicy jest zwyrodnienie mięśnia i zwojów nerwowych serca.

W dyskusyi przypomina kol. Rudzki 2 analogiczne przypadki z własnej praktyki. — Kol. Batawia i Biegański mówią o porażeniu nerwu błędnego, oraz zwracają uwagę na konieczność przetrzymywania chorych na błonicę przez czas dłuższy w łóżku. Szybkie i niemiarowe tętno stanowi ważną wskazówkę ostrzegawczą. — Kol. Biegański mówi o nagłej śmierci w innych chorobach zakaźnych. — Kol. E. Kohn opisuje przypadek nagłej śmierci z powodu kurczu głośni. — Kol. Brzeziński przypomina poglądy dawnych autorów na rolę grasicy (mors thymica).

IV. Kol. Rozenfeld wypowiedział pierwszą część odczytu: **O samozatruciach.** — Na wstępie podał R. ogólną charakterystykę i podział autointoksykacyi, poczem przeszedł do właściwego tematu, mianowicie do samozatrucia kiszkowego. W tym celu omówił szczegółowo rolę soków i fermentów ustroju w przeróbce istot białkowych, oraz udział drobnoustrojów w tej sprawie. Opisał różne gatunki flory bakteryjnej kiszek, niejednakowe rozmieszczenie jej w różnych odcinkach przewodu pokarmowego, oraz wzajemne ustosunkowanie bakteryi, rozszczepiających cukier i białko. Z kwasów mono- i diaminowych powstają pod wpływem beztlenowców związki aromatyczne i tłuszczowe (ptomainy); ptomainy mają działanie nadzwyczaj trujące. W dalszym ciągu omówił prelegent urządzenia obronne ustroju, mające na celu zobojętnienie lub zniszczenie istot trujących. W końcu podał najważniejsze przyczyny samozatrucia.

Dr Karol Rozenfeld.

Wrażenia chirurgiczne z klinik berlińskich.

Podał

Dr Zygmunt Lewicki,
sek. szpit. w Samborze.

(Ciąg dalszy).

Przy przygotowaniu chorego do operacyi zwraca się uwagę, by go nie oziębiać, a zwłaszcza po obmyciu należy go dobrze osuszyć, również po skończonej operacyi przenoszą chorego do ogrzanego łóżka i dają ciepłą bieliznę. W ten sposób najlepiej zapobiega się pooperacyjnym zapaleniom płuc.

Do podwiązek i do szycia otrzewnej, tkanki mięsnej i podskórnej używają wyłącznie katgutu, do szycia jelit i skóry jedwabiu, zresztą żadnego innego materyału, naturalnie z wyjątkiem szwu kostnego.

Materyału operacyjnego na obu klinikach jest poddostatkiem, co przypisuję nietyle może wielkiej ilości mieszkańców i napływowi cudzoziemców, ile zadziwiającej wprost gotowości chorych do poddawania się operacyi. Niejednokrotnie miałem sposobność przekonać się, że na klinikę chirurgiczną zgłaszali się chorzy ze zwykłym nieżytem jelit z gotowem rozpoznaniem (naturalnie swojem i swych domowników) zapalenia wyrostka robaczkowego i domagali się natarczywie operacyi tak, iż z trudnością można im było to wytłómaczyć. Tej gotowości chorych przypisać należy dobre wyniki operacyjne, operuje się ich bowiem wcześnie, w znacznie korzystniejszych warunkach.

Nie spotkałem nigdzie popisu szybkiego operowania; — przeciwnie operują nawet dość wolno, zwracając wiele uwagi na troskliwe i sumienne tamowanie krwawienia. Posługują się wszyscy chirurdzy ile możności bardzo małem cięciem, zwłaszcza przy operacyach brzusznych. Zadziwiająco małe cięcie zakładają do wycięcia wyrostka robaczkowego, — sądzę jednak, — że takie cięcia może są za ryzykowne z uwagi na możliwe przebicie ropnia przy wypreparowywaniu wyrostka z pośród zrostów.

Stosunkowo najwięcej widziałem operacyi wyrostka robaczkowego, jednego dnia raz 3. Operują zaraz z chwilą rozpoznania, najchętniej jednak w pierwszej dobie; te operacye dają najlepsze wyniki. Równie chętnie operują w czasie wolnym od napadu; przy ropniu ograniczają się tylko do nacięcia i zdrenowania. Najczęstsze cięcie sposobem Mac Burneya, — rzadko pararektalne. Zaopatrują wyrostek rozmaicie; najszybciej załatwia się z nim Klapp z kliniki Biera: po podwiązaniu zakłada na kątnicę trzy szwy lambertowskie, przez co wyrostek sam wpukla się do kątnicy; u Hildebranda przed podwiązaniem i odcięciem wyrostka zakładają okrężny szew kapciuchowy, po ściągnięciu szwu kikut zagłębia się sam i nad nim na kątnicę zakładają jeszcze 2—3 szwy lambertowskie dla pewności. Kiedy właściwie należy przystąpić do operacyi, czy w czasie ostrego napadu, czy czekać, aż gwałtowne objawy miną, — to py-

tanie, które ciągle wyczekuje jeszcze odpowiedzi. Zapatrywania wybitnych chirurgów są tak różne, że dużo jeszcze — zdaje się — upłynie czasu, zanim będziemy mieli pewne wskazania. Na jedno się godzą, że operacye w kilka godzin po stwierdzeniu napadu i w czasie wolnym od napadu w kilka tygodni po ostrym — dają najlepsze wyniki. Zresztą zapalenie wyrostka robaczkowego przebiega z tak różnymi objawami i nasileniami, że w wielu przypadkach decyzya co do operacyi zależeć będzie właśnie od gwałtowności i nasilenia tych objawów.

Z uczuciem dumy i zadowolenia słyszy się często nazwiska naszych chirurgów Rydygiera i Kadera na obu klinikach. Widziałem kilka gastroenterostomii u Hildebranda, wszystkie z powodu wrzodu w okolicy odźwiernika i następowego zwężenia i wszystkie wykonano sposobem Hackera »gastroenterostomia retrocolica posterior«. Prócz gastroenterostomii poleca Hildebrand w przypadkach wrzodu wycięcie tegoż i zeszycie; w razie pozostawienia go obawia się krwotoków, względnie następowego raka. Przy metodzie Hackera nie zdarza się »circulos vitiosus«, ani też tak dawniej częste zaparcie stolca skutkiem ucisku jelita na okrężnicę poprzeczną. Cięcie na żołądku biegnie skośnie od góry i strony lewej ku dołowi i stronie prawej, wskutek tego pętla doprowadzająca przychodzi nieco wyżej, niż odprowadzająca. Dla zupełnej pewności zakładają jeden szew węzełkowy, łączący żołądek i pętlę doprowadzającą, która w ten sposób zagina się znacznie ku dołowi. Sciana anastomozy tak dolna, jak i górna, składa się z 3 rzędów szwów ciągłych: szwu surowiczego (Lamberta), szwu surowiczo-mięśniowego (Czernego) i z szwu błony śluzowej. Mają tyle zaufania do takiej anastomozy, że chory zaraz po operacyi dostaje pokarmy płynne. Fakt ten mogę potwierdzić, gdyż właśnie przed 30 dniami tym właśnie sposobem Hackera robiłem gastroenterostomię skutkiem zwężenia odźwiernika po wrzodzie w naszym szpitalu. Chory od pierwszej chwili po operacyi dostawał płyny łyżkami i ani razu nie miał wymiotów, które dawniej przez 3 lata, jak podał, występowały po każdem jedzeniu.

Z resekcyą jelita załatwiają się w ten sposób, iż po zaszyciu obu odcinków na ślepo łączą je ze sobą bocznie: »side-to-side«. W ten sposób unika się zwężenia światła jelita, co przy łączeniu »end to-end« często się przytrafia. Wykonanie takiej resekcyi przemawia mi tak do przekonania, że uważam za właściwe dokładnie ją opisać, zwłaszcza, że opisu takiego nie spotkałem w żadnym dostępnym mi podręczniku, Po wyjęciu pętli, którą się ma resekować, podwiązują naczynia sieci, rozpoczynając i kończąc tuż przy krezkowej części pętli. Podwiązana sieć wraz z pętlą, którą się ma wyciąć, przedstawia trójkąt. Podwiązek nie obcina się, bo po ukończeniu anastomozy powiązanie ich wzajemne zastępuje szew sieci. Blizko pierwszej podwiązki przy samej pętli i równolegle do niej nacina się nożyczkami sieć na 3 cm mniej więcej i przez ten otwór przeciąga się pasek gazy wyjałowionej, na zewnątrz zaś od podwiązki na jelicie, które ma pozostać, w odległości 1 cm od miejsca, którędy ma pójść przecięcie jelita, zakłada się szew kapciuchowy wokoło, nie ściągając. Następnie między miejscem przecięcia, a szwem kapciuchowym należy założyć bardzo silnie zaciskadło (klemmę), usunąć je i w tem miejscu podwiązać — przesunąć zaciskadło o $^1/_2$ cm dalej na pętli, którą się ma odciąć i przeciąć między tą podwiązką, a zaciskadłem. Zrównać wysterczającą błonę śluzową. Asystent ściąga szew kapciuchowy, a operator równocześnie zagłębia podwiązaną część jelita do jego światła. Założyć jeszcze jeden szew kapciuchowy, nad nim dla pewności dać dwa lub trzy szwy lambertowskie węzełkowe. Ten sam proceder powtórzyć z drugiej strony, przeciąć sieć i usunąć część resekowaną pętli jelitowej. Przy zachowaniu tych ostrożności ani kropla treści jelitowej nie dostanie się do jamy brzusznej. Kikuty jelita ułożyć do anastomozy bocznej tak, jak się same najlepiej układają. Ująć je w zaciskadła po poprzedniem opróżnieniu i ułożyć równolegle do siebie; w środek włożyć pasek gazy wyjałowionej. Dwoma szwami węzełkowymi w odległości 10 cm jeden od drugiego zaznacza się anastomozę, nitki tych szwów umocować zaciskadłami. Od jednego z tych szwów rozpoczyna się ciągły szew lambertowski aż do drugiego. Następnie przecina się około $^1/_2$ cm ponad tym pierwszym rzędem szwu ciągłego błonę surowiczą i mięsną obu odcinków jelita; cięcie musi być w środku odległości pomiędzy szwem węzełkowym pierwszym a drugim i mieć 5 cm długości. Oba przecięte płaty surowiczo-mięsne spaja się drugim rzędem szwu ciągłego (Czernego) — a dopiero potem przecina się błonę śluzową obu odcinków jelita również na długości 5 cm. Przecięte błony śluzowe same się obecnie dokładnie układają; założyć na nie należy 3-ci rząd szwu ciągłego. W ten sposób dolna ściana anastomozy jest ukończona. Ze szwu błony śluzowej dolnej ściany anastomozy przechodzi się w szew ciągły błony śluzowej na górnej ścianie, ale należy szyć nie przez całą grubość błony śluzowej, tylko chwytać błonę podśluzową, przez co błona śluzowa górna sama wpukla się do światła jelit. Z kolei drugi rząd szwu Czernego, a wreszcie 3-ci rząd szwu Lamberta; ten ostatni musi być tak długi jak I. rząd szwu na dolnej ścianie anastomozy — a więc 10 cm. Dla pewności daje się w kątach anastomozy 2 lub 3 szwy lambertowskie, a kikuty łączy się szwem węzełkowym, by przylegały do siebie.

U Biera widziałem jedną gastrostomię w znieczuleniu miejscowem, wykonaną sposobem Witzla, do której wskazanie dał tętniak łuku aorty. Klapp robił resekcyę odźwiernika z powodu raka, przyczem żołądek i dwunastnicę zaszył na głucho, a do tylnej ściany żołądka wszył pętlę jelitową.

Operacyi na pęcherzyku żółciowym, robionych z powodu kamieni żółciowych, widziałem dwie. W jednej nacięto pęcherzyk żółciowy i założono przetokę (cholecystostomia), w drugiej zaś wycięto pęcherzyk i zdrenowano przewód żółciowy wspólny. W obu razach cięcie biegło w srodku mięśnia prostego od łuku żebrowego do pępka. Przy pęcherzyku małym i pomarszczonym nie radzą zakładać przetoki, tylko wycinają; również całkowite zaszycie pęcherzyka uważają za niebezpieczne.

Doszczętna operacya przepukliny pachwinowej odbywa się sposobem Bassiniego w ten sposób, że powrózek nasienny przemieszcza się ponad mięsień skośny wewnętrzny, a nad nim zeszywa się rozcięgno mięśnia skośnego zewnętrznego.

Rak odbytnicy, jeśli leży wysoko, operują u Biera dwuczasowo: najpierw przez laparatomię przecina się pętlę esowatą powyżej nowotworu, zaszywa się tak ją, jak i odbytnicę na głucho i zakłada się na okrężnicy zstępującej sztuczny odbyt. Dopiero 14. dnia resekuje się część kości krzyżowej i wyłuszcza całą odbytnicę wraz z nowotworem.

Widziałem u Biera kilka całkowitych wyłuszczeń gruczołu krokowego śródpęcherzowo sposobem amerykańskich chirurgów Mc Gilla i Fullera. Nieduże cięcie poprzeczne ponad spojeniem łonowem otwiera pęcherz dla dwu palców, następnie przecina się błonę śluzową pęcherza w okolicy ujścia wewnętrznego cewki moczowej od strony zewnętrznej cięciem łukowatem aż do torebki sterczu tyle tylko, by palec mógł wejść do tej torebki i z niej wyłuszcza się jeden płat gruczołu; tak samo z drugiej strony. Przy wyłuszczaniu poświęcić się musi część cewki moczowej w obrębie sterczu, co jednak nie przynosi szkody operowanemu, gdyż część błoniasta cewki obejmuje potem czynność zwieracza. Rana w pęcherzu pozostaje otwarta; opatruje się ją przeciwgnilnie, do cewki nie zakłada się wcale cewnika. Pęcherz należy często przepłukiwać od góry i dołu; chory zwykle na 5., 6. dzień oddaje część moczu drogą naturalną.

Przy wyłuszczaniu nerki (widziałem cztery operacye z powodu gruźlicy) przecinają najpierw nerkę cięciem sekcyjnem dla potwierdzenia rozpoznania, przyczem asystent uciska naczynia nerki, poczem zakładają zaciskadło na na-

czynia i moczowód i przecinają. Osobno podwiązują każde naczynie, prócz tego zakłada się podwiązkę »en masse«. Moczowodu nie wyłuszcza się, tylko zakłada się podwiązkę. Widziałem u Biera dwie laminektomie, jedną z powodu nowotworu w okolicy kręgu piersiowego trzeciego, drugą u dziewczynki z powodu choroby Littlego. Cięcie szło ponad wyrostkiem kolczystym; na ostro oddzielono mięśnie, nożyczkami Horsleya odcięto wyrostki kolczyste, a dalej nożycami Lüera poodcinano łuki kręgów z obu stron. Klapp, który właśnie operował, jest tego zdania, że oddzielanie podokostne mięśni od wyrostków kolczystych nie wiedzie do celu i nie jest konieczne. W drugim przypadku wyciął 1 cm nerwów czuciowych korzeni tylnych w zakresie 5. kręgu lędźwiowego.

Operacya wola odbywa się bardzo powoli, bo całą uwagę zwraca się na krwawienie, ile możności przecinają naczynia między dwoma szczypczykami Peana. Węzinę gruczołu (isthmus) podwiązują »en masse« i kikut nadto zeszywają. Cięcie prawie zawsze Kochera (Kragenschnitt).

Krtań wycina się u Hildebranda sposobem Glucka jednoczasowo w znieczuleniu miejscowem.

Przy operacyach na klatce piersiowej z otwarciem jamy opłucnej posługują się u Biera przyrządem Braatza o zwiększonem ciśnieniu (Überdruckapparat); ciśnienie powietrza w tym przyrządzie można dowolnie w miarę potrzeby zwiększać lub zmniejszać; powietrze o zwiększonem ciśnieniu doprowadza się przez usta operowanego przy równoczesnem uśpieniu. Z pomocą tego przyrządu widziałem wykonaną operacyę raka sutka, gdzie również kilka żeber było zajętych przez nowotwór. Klapp bez względu na wielkość nowotworu sutka posługuje się stale od dłuższego czasu cięciem w kształcie kwadratu, t. zn. prowadzi jedno cięcie przez całą długość mostka, następnie dodaje do niego u góry i dołu dwa cięcia prostopadłe, które się schodzą w linii pachowej i stąd przedłuża cięcie aż na ramię do rowka wewnętrznego m. dwugłowego (sulcus bicipitalis internus). Klapp jest bowiem tego zdania, że najczęstszą przyczyną nawrotu jest właśnie za małe wycięcie skóry; nie tyle gruczoły ile ona jest najczęściej przyczyną nawrotu. Jeśli nie udaje się zaraz pokryć cały ubytek drugim sutkiem, to Klapp pozostawia niezeszytą część do wytworzenia się ziarniny, którą następnie ewentualnie pokrywa metodą Tierscha.

Bier w świeżych przypadkach przetok po ropniaku opłucnym używa baniek ssących. Do przetoki wkłada miękki cewnik umocowany w dużym płacie gutaperchy, którą przylepia się do klatki piersiowej i zapomocą pompki wyciąga się ropę. W świeżych przypadkach może to czasem prowadzić do celu; w zastarzałych posługuje się Bier torakoplastyką sposobem Schedego.

W bardzo ciekawy sposób operuje Klapp zwichnięcie nawykowe barku. Wychodząc z założenia, że przyczyną nawykowego zwichnięcia jest obszerna torebka stawowa, stara się ją zmniejszyć. Po odprowadzeniu zwichnięcia w uśpieniu robi cięcie jak do resekcyi barku wzdłuż mięśnia naramiennego w dół, odsłania torebkę na większej przestrzeni i podczas, gdy asystent unosi kończynę ku górze, by znieść napięcie, zakłada Klapp 3—4 szwy na torebkę z cieńkiego jedwabiu poprzecznie do przebiegu włókien torebki. W kilku miejscach należy wkłuć i wykłuć igłę tak, że przy zawiązaniu nitki torebka marszczy się i w ten sposób zmniejsza. Po zaszyciu mięśnia i skóry zakłada Klapp opatrunek gipsowy na 3 tygodnie, w ten sposób, że kończyna ma być odwiedziona i ku górze — słowem w tem położeniu, jak ją trzymał asystent podczas operacyi. Klapp bardzo zachwala ten sposób operowania.

W podobny sposób zmniejsza Klapp wodniaka moszny t. zn. na osłonkę wspólną na wewnętrznej stronie worka zakłada kilka takich samych szwów marszczących dookoła jądra, chwytając tylko błonę surowiczą.

Bardzo zajął mnie sposób postępowania przy stawie rzekomym po złamaniu ramienia, stosowany na klinice Hildebranda. Mimo dwukrotnego odświeżania odłamków i zakładania szwów kostnych nie można było uzyskać zrośnięcia się odłamków. Wobec tego, po ponownem odświeżeniu odłamków wycięto sztabkę kostną z kości piszczelowej i wbito ją w odłamek dośrodkowy i odśrodkowy kości ramieniowej; a prócz tego założono dwa szwy boczne na odłamki. Z powodu krótkości mego pobytu nie mogłem przekonać się o skuteczności tego sposobu operowania stawów rzekomych po złamaniach.

Klapp przedstawiał swych dwu chorych po artroplastyce, jednego po artroplastyce w stawie łokciowym, a drugiego w stawie kolanowym. Czynne ruchy w obu stawach były prawie prawidłowe. W stawie kolanowym powierzchnie nadkłykciów (epicondylus) zwykle nie są wciągnięte w sprawę zapalną i pozostają wolne, dlatego mogą być użyte jako powierzchnie stawowe. W tym celu w uśpieniu zgina się kolano i zakłada na dni 14 opatrunek ustalający. Po 14 dniach wycina się klin z uda i ustala kończynę w wyprostowaniu na dni 21. Przez wycięcie tego klina powierzchnie stawowe nadkłykciów przechodzą w położenie czołowe i pełnią zastępczo czynność stawu właściwego.

Na wielką skalę leczą obecnie u Biera naczyniaki sposobem podanym przez Amerykanów; mają w leczeniu około 120 przypadków, z których około połowę widziałem i miałem sposobność przekonać się o skuteczności tej metody. Zgęszczony kwas węglowy przepuszcza się przez odpowiednią maszynkę, wyścieloną wewnątrz białą gazą, złożoną kilkakrotnie. Kwas węglowy osiada w postaci szronu na gazie, z której następnie wycina się kawałeczki, odpowiednie do wielkości naczyniaka. Te kawałeczki gazy przykłada się na naczyniak i przytrzymuje przez 10 sekund (osiągnąć można ciepłotę 60° R. niżej zera; dłużej nie wolno przytrzymywać, boby nastąpiło odmrożenie 3-go stopnia). Proceder ten powtarza się w 8—10 dniowych przerwach, aż do skutku. Działanie to da się wytłumaczyć tem, że przy takiem zamrożeniu powstają zakrzepy w naczyniach powierzchownych skóry i w następstwie zanik naczyń. Sposób ten jednak można stosować tylko przy naczyniakach zwykłych, przy jamistych zaś nie. Przy naczyniakach jamistych łączą często powyższą metodę z wstrzykiwaniami 5 cm 10% wyskoku dwa razy tygodniowo.

Klapp wspomina o jednym przypadku wyleczenia guzów krwawniczych tą metodą. Po rozciągnięciu zwieracza odbytu w uśpieniu obwija się guzy w gazę z kwasem węglowym na 10 sekund.

Odmiennie operują u Biera zastrzały pochewek ścięgnistych (panaritia) względnie kości sposobem, podanym przez Klappa. Zadaniem tego sposobu jest zapobiedz zesztywnieniom względnie przykurczeniom palców, tak częstym po przecięciach. Klapp nacina po wewnętrznej i zewnętrznej stronie ścięgna, uważając, by cięcie nie przechodziło w całej długości przez odpowiedni staw, tylko na każdym członku palca prowadzi osobne cięcia. Zwykle więc zakłada w miarę rozciągłości ropienia kilka cięć na palcu. Cięcie na każdym członku sięga tylko do stawu dlatego, by nie przeciąć więzadeł krzyżowych (lig. cruciat.), które utrzymują ścięgna głębokiego zginacza palców w prawidłowem położeniu. Przez przecięcie więzadeł krzyżowych ścięgno zginacza głębokiego wyskakuje z pochewki i ulega zropieniu, a następstwem tego bywa przykurczenie palca. W ostatnich czasach podał Kofmann z Odessy[1]) swój sposób operowania zastrzałów, który różni się tylko w nacinaniu pierwszego członka palca od sposobu Klappa; mianowicie posługuje się Kofman cięciem półksiężycowem, aż do kości, zresztą na innych członkach operuje tak samo, jak Klapp. Zaletą sposobu Kofmana ma być zachowanie czucia w opuszce.

(Dok. nast.).

---

[1]) Med. Klinik. Nr 44. 30. X. 1909.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Krajowa Rada Zdrowia rozpoczęła nowe trzechlecie posiedzeniem konstytuującem w d. 21. V. b. r. Członkiem Rady mianowany został Prof. Dr Gluziński ze Lwowa na miejsce ś. p. Dra Czyżewicza, zresztą skład Rady pozostał niezmieniony: z Krakowa zasiada w Radzie Prof. Dr Browicz, ze Lwowa: Dr Festenburg, profesorowie Gluziński, Kucera, Mars i Schramm, kraj. referent sanitarny r. dw. Dr Merunowicz. Delegatami Wydziału krajowego są Dr Mazurkiewicz i Dr Müller; delegatami Izb lekarskich Dr Dietzius i Dr Piaskiewicz. Prezesem Rady wybrano ponownie Dra Festenburga. Na posiedzeniu w d. 21. V. wydano opinię w sprawie obsadzenia posady profesora szkoły położnych we Lwowie i uchwalono przedstawienie w sprawie pomnożenia personalu w obu rządowych stacyach bakteryologicznych, we Lwowie i w Krakowie. R.

Nadzwyczajny Wiec Izb lekarskich austryackich wraz z nadzwyczajnym Zjazdem delegatów wszystkich organizacyi lekarskich z całej Austryi odbędzie się w tych dniach w Wiedniu. Jedynym przedmiotem obrad Wiecu i Zjazdu będzie sprawa ubezpieczenia społecznego. R.

W sprawie organizacyi powzięły obie Izby lekarskie galicyjskie na wspólnem posiedzeniu Wydziałów we Lwowie w d. 24. IV. b. r. uchwały następujące:

»Organizacya lekarzy w naszym kraju powinna być zupełnie niezależna od organizacyi w innych krajach państwa, z państwowym Związkiem lekarzy współdziałać jedynie w poszczególnych sprawach, odnoszących się do lekarzy w całem państwie, z zastrzeżeniem jak najszerszej autonomii. Organizacya powinna być jedna na całą Galicyę i działać w porozumieniu z Izbami. Jest pożądanem, aby Walne Zgromadzenie krajowego Związku lekarzy zastanowiło się nad zmianą statutu co do siedziby Związku. Organizacya powinna ogarnąć wszystkich lekarzy kraju i w tym celu wkładka powinna być możliwie jak najmniejsza. Regulowanie stosunku lekarzy do kas chorych i innych instytucyi jest tylko jednem z zadań organizacyi, która nadto ma się zająć wszystkiemi sprawami, obchodzącemi ogół lekarzy, lub poszczególne ich grupy zawodowe. Pożądane jest odgraniczenie zakresu działania różnych korporacyi lekarskich w sprawach humanitarnych od działania w sprawach zawodowych, a zarazem ujednostajnienie działalności humanitarnej«. — Wreszcie aprobując tekst deklaracyi przystąpienia do organizacyi (t. j. do Związku krajowego lekarzy), uchwalono, że należałoby do niej jeszcze dodać rygor »napiętnowania w pismach publicznych«.

W ten sposób Wydziały obu Izb uznały za słuszne zasady, jakiemi kieruje się kraiowy Związek lekarzy i udzieliły temu Związkowi w pracy organizacyjnej swego zupełnego moralnego poparcia. Doniosły ten fakt z wielką radością przyjmie ogół lekarzy w kraju, odczuwający coraz żywiej konieczność organizacyi i dający temu coraz głośniejszy wyraz zarówno na coraz to częstszych zebraniach zawodowych, jak i coraz szybszem i liczniejszem przystępowaniem do Związku krajowego. Obecnie można już być pewnym, że Związek zjednoczy rychło nas wszystkich w jeden potężny, solidarny hufiec.

Na temże wspólnem posiedzeniu obu Izb, w którem uczestniczyli z Izby wschodnio-galicyjskiej Drowie Festenburg, Kohlberger, Kwiatkiewicz, Mikołajski, Pappée i Pelczar, z zachodniogalicyjskiej Drowie Akerman, Prof. Ciechanowski, Damski, Landau, Schöngut, jako delegaci Związku krajowego Drowie Prof. Wicherkiewicz, Prof. Dobrowolski i Weinsberg, a jako komisarz rządowy r. dw. Dr Merunowicz, — uchwalono myśl założenia własnego pisma, jako organu Izb i Związku, przekazać do załatwienia Wydziałom obu Izb.

Wreszcie rozpatrywano sprawę ubezpieczenia społecznego, przyczem w dyskusyi, jako dyrektywę dla przedstawicieli Izb w Wydziale wykonawczym Izb austr. i na Wiecu Izb, podniesiono: granicę obowiązku ubezpieczenia 2400 kor., zwalczanie uchwał komisyi parlamentarnej, znoszących faktycznie wszelką granicę, oraz jednolite postępowanie w całej sprawie z lekarzami innych krajów austryackich. Z.

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 15. V. do 21. V. 1910 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego m. Lwów 6 (w tem 5 chorych jednej rodziny przyw. z Srok ad Laszki murowane powiatu lwowskiego); w pow. Bohorodczany (Żuraki 3), Buczacz (Barysz 1), Grybów (Izby 1, Florynka 1, Banica 2, Czyrna 1), Jaworów (Jazów nowy 1, Młyny 6), Horodenka (Podwerbie 5, Okno 4), Lisko (Hoszowczyk 1), Podhajce (Wiśniowczyk 1), Przemyślany (Nowosiółki 3), Skałat (Hlibów 3), Śniatyn (Ilińce 1), Stary Sambor (Posada felsztyńska 1), Tłumacz (Olesza 4), Zborów (Kudobińce 2); o ospie doniesiono pow. Tarnobrzeg (Sokolniki 3), Kamionka (Milatyn stary 2 variolis). Dr T.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 15. V. do 21. V. 1910 zgłoszono przypadków: błonicy 4 † — (w tem obcych 1 † —), krztuśca 9 † 3, płonicy 7 † 1 (1 † 1), duru brzusznego 3 † 2 (3 † 1). Dr Janiszewski.

Wiadomości bieżące.

Obchód 50-letniego jubileuszu pracy lekarza-obywatela, Dra Henryka Dobrzyckiego, urządzony przez komitet obywatelski, odbywa się w dniu dzisiejszym w Warszawie w salach Stowarzyszenia lekarzy polskich (Widok 23). Obchód rozpocznie się przemówieniem prezesa komitetu p. Konrada Olchowicza, poczem przemawiać będą przedstawiciele Towarzystw lekarskiego i higienicznego, Sanatoryum w Rudce, Towarzystw kulturalnych (Zachęty sztuk pięknych, Tow. muzycznego) i t. d., Stowarzyszenia lekarzy polskich i Redakcyi pism lekarskich, a wreszcie zostanie Jubilatowi wręczony fundusz Jego imienia. Przedstawicielem »Związku prasy lekarskiej polskiej« i »Przeglądu lekarskiego« będzie na obchodzie Prof. Dr Kryński.

Jubilat, urodzony w Kaliszu w roku 1843, po ukończeniu tamże szkół średnich, zapisał się zrazu na wydział budownictwa w warszawskiej szkole sztuk pięknych; w r. 1859 rozpoczął studya lekarskie, które przebywał w Warszawie i Wrocławiu; dyplom uzyskał w Warszawie w r. 1864. Pracując od r. 1867 jako lekarz szpitala w Mieni, zdołał w r. 1878 doprowadzić do stworzenia tamże pierwszego u nas wogóle sanatoryum dla chorób piersiowych. W tymże kierunku drugiem polem działania Jubilata był Zakład w Sławucie. Na polu piśmiennictwa lekarskiego zdobył sobie Jubilat gorliwą pracą zasłużone imię; liczne swe prace naukowe ogłaszał po polsku, czesku, rosyjsku i niemiecku, a nasze czasopisma lekarskie mają mu wiele do zawdzięczenia. Doskonały znawca zdrojownictwa polskiego, starał się usilnie o jego rozwój piórem i czynem. Również gorliwie pracował osobiście i piśmienniczo na polu higienicznem. Oprócz działalności lekarskiej i higienicznej uczestniczył w wielu pracach społecznych i był czynny w wielu instytucyach kulturalnych i artystycznych.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 25. V. b. r. posiedzenie, na którem prym Borzęcki przedstawił chorego, cierpiącego na mięsakowate nacieki podskórne i wysoką wrażliwość osobniczą na sublimat, Dr Radliński popłonicze zesztywnienie stawu żuchwowego, wyleczone operacyjnie, chorego z wyjątkowo silnemi zmianami krzywiczemi i kobietę, cierpiącą na kamicę żółciową, u której kamienie wydostały się przez przetokę, a Dr Rosenhauch miał wykład p. t. »Wyniki nowszych badań nad jaglicą«; w dyskusyi zabierali głos: prym. Borzęcki, r. dw. Wicherkiewicz i Dr Eisenberg.

— Obchód jubileuszu profesora Pareńskiego w dniu 1. czerwca b. r. rozpocznie się złożeniem życzeń przez kolegów i współpracowników pracy szpitalnej Jubilata (w sali kliniki dermatologicznej w szpitalu św. Łazarza o godz. 11 rano). W Towarzystwie lekarskiem odbędzie się obchód tegoż dnia o godz. 6 popołudniu, poczem o godz. 8 wieczor odbędzie się w sali Towarzystwa uczta składkowa, w której będą uczestniczyć szersze koła nielekarskie. Udział w uczcie należy zgłaszać do Towarzystwa lekarskiego. (Strój: tużurek). Komitet obchodu uprasza o wczesne zgłoszenia (najdalej do poniedziałku 30. maja).

— Akademia Umiejętności przyznała nagrodę im. Lubomirskich w kwocie 3000 kor. Prof. Drowi Leonowi Marchlewskiemu za badania nad chlorofilem.

— Prof. Dr Stanisław Dobrowolski mianowany został prymaryuszem szpitala św. Łazarza.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Stefan Marceli Kleniewski, rodem z Pręczek w Królestwie Polskiem.

— Na fundusz im. Pareńskiego dla ozdrowieńców opuszczających szpital św. Łazarza wpłynęły w dalszym ciągu do d. 22. V. następujące kwoty od lekarzy: po 10 kor. Drowie:

Knapczyk (Bogumin), Wurst (Kałusz), Zasacki (Szczurowice), Gawlik sen. (Sucha), Bernadzikowski, Müller, Lipski (Lwów), Schudmak, Grażyński, Smolarski (Kraków); 4 kor. Baschkopf (Kraków); 2 kor. Turzański (Jarosław); po 20 kor.: Prof. Ciechanowski, Prof. Łepkowski (Kraków), Prof. Wiczkowski (Lwów), Grünzweig (Strumień), Chłapowski Kissingen), Łowiński (Nauheim); 25 kor.: Wiczkowski Z. (Bisenz); po 30 kor.: Prof. Wicherkiewicz, Prof. Bujwid, Z. Wachtel sen. (Kraków); po 50 kor.: S. Filipkiewicz (Trenczyn, jako pierwsza rata), Steinsberg (Franzensbad), Prof. Rutkowski, Frączkiewicz (Kraków).

Z różnych stron. Polski Związek lekarzy i przyrodników w Petersburgu odbył 7. (20.) V. b. r. posiedzenie, na którem Prof. Zaleski miał wykład: »O promieniotwórczości wód mineralnych«, a inż. Peretiatkowicz: »O planowaniu miast«, poczem uchwalono podziękowanie Prof. Zaleskiemu, jako delegatowi Związki za jego przemówienie na Zjeździe Pirogowskim i wybrano delegatem Związku na Zjazd chirurgów w Warszawie Prof. Ziemackiego.

Zmarli: Urolog Doc. Grünfeld w Wiedniu.

Dr Zygmunt Święcicki, generał-lekarz, radny miejski, w Mińsku lit. w 75 r. ż.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Towarzystwo lekarskie krakowskie urządza **obchód jubileuszowy Prof. Pareńskiego we środę dn. 1. czerwca b. r. o godz. 6. wieczór** w Domu Towarzystwa (Radziwiłłowska 4). (Strój: tużurek).

O godz. 8. wieczór odbędzie się **uczta składkowa.** Zgłaszać się należy najdalej do poniedziałku 30 b. m.

Staraniem komisyi ankietowej Biblioteki Uczniów Wydziału lekarskiego U. J. odbędzie się w **sobotę d. 4. czerwca b. r. o godz. 7 wieczór w sali Kopernika** (Collegium novum) wykład Prof. Dra Krzyształowicza: »Znaczenie indywidualne i społeczne chorób płciowych«.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Fibrolizyna (Merck) **w leczeniu zesztywnień stawów.** F. Heeger i Dr Aly (Münch. med. Woch. 1910. Nr 5). Na podstawie szeregu przypadków uporczywych, leczonych bezskutecznie innymi sposobami, stwierdzają autorowie wybitnie korzystny wpływ fibrolizyny w zesztywnieniach stawów. MK. W.

Styptycyna (Merck). Dr Robert (Gaz. des Hôpitaux. 1910. Nr 21) podnosi wpływ korzystny styptycyny przeciw krwotokom macicznym, żołądkowym, jelitowym, płucnym, nerkowym i t. d. Używa się w postaci pastylek lub wstrzykiwań 1:10, 2—4 cm^3. MK. W.

Kephyrogen. Dr Friedrich Baruch (Deut. Medizinal-Zeitung 1910. Nr 8). Zadaniem kefirogenu jest umożliwienie wytworzenia w domu kefiru taniego i dobrego. Jestto najczystszy ferment kefirowy o wysokiej sile fermentacyjnej. Stałość w wywiązywaniu i sile fermentacyi stanowi wyższość tego przetworu wobec innych podobnych. Dalsza wyższość w stosunku do gotowego kupnego kefiru polega na możliwości oznaczenia ścisłego kaloryi i wartości odżywczej, a to przez wybór mleka więcej lub mniej obfitego w tłuszcz, stosownie do przypadku. Przy leczeniu tuczącem używa się mleka tłustego, tam zaś, gdzie chodzi o pobudzenie, zwiększego wydzielania moczu i t. p., chudego. Autor poleca leczenie kefirem wszędzie tam, gdzie wogóle leczenie mlekiem jest wskazane. Kefir jest nietylko środkiem odżywczym, przyczyniającym się do podwyższenia wagi ciała i poprawy sił, lecz także pobudza apetyt. Wskazania szczególne istnieją przy niedokrwistości, ogólnem osłabieniu, stanach wyczerpania, przewlekłej gruźlicy, w okresie zdrowieniach po chorobach zakaźnych (ospa, płonica itd.), przy chorobach nerwowych (neurastenia i histerya), zapalenia nerek, dnie. Przy cierpieniach żołądkowych potrzebne jest określenie, czy kefir ma być jedno- dwu- czy trzydniowy, z uwzględnieniem, że jednodniowy kefir ma działanie przepuszczające, dwudniowy jest obojętny, a trzydniowy wywołuje zaparcie.

Kefirogen jest przetworem firmy Goedecke & Co w Berlinie. H. W.

Rok XLIX. Kraków, dnia 4. czerwca 1910. Nr 23.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

PROFESOROWI STANISŁAWOWI PAREŃSKIEMU

SKŁADAJĄ

UCZNIOWIE I KOLEDZY.

W dniu 1. czerwca b. r. upływa lat 35, jak Prof. Dr Stanisław Pareński zamianowany został prymaryuszem oddziału chorób wewnętrznych w szpitalu św. Łazarza w Krakowie. 35 lat rzetelnej pracy na stanowisku kierownika dużego oddziału szpitalnego zasługuje na uznanie, któremu chcą dać wyraz uczniowie i koledzy Prof. Pareńskiego koleżeńskim obchodem rocznicy Jego działalności. Obchód ten nie będzie też z pewnością obojętny dla wielu lekarzy, praktykujących w naszym kraju, z których spory zastęp, pracując niegdyś pod kierunkiem Jubilata w szpitalu, uzupełniał tam wiedzę, świeżo nabytą na studyach uniwersyteckich, ćwicząc się w praktycznem jej zastosowaniu dla dobra chorych. Nie będzie więc chyba dla czytelników »Przeglądu lekarskiego« obojętnym krótki życiorys Jubilata, jaki tu podać zamierzam, oraz podniesienie zasług, jakie Jubilat w zawodzie swoim, jako lekarz i nauczyciel, istotnie położył.

Stanisław Pareński urodził się 16 listopada 1843 r. w Krakowie i tamże uczęszczał do gimnazyum św. Anny, po którego ukończeniu w r. 1862, odbył studya lekarskie na Uniwersytecie Jagiellońskim. Otrzymawszy stopień doktora medycyny 28. lutego 1868 r., został asystentem przy katedrze anatomii patologicznej, gdzie pracował przeszło dwa lata (od 1. III. 1868 do 1. VI. 1890) pod kierunkiem takiego nauczyciela, jakim był ś. p. Prof. Biesiadecki. Równocześnie praktykował w szpitalu św. Łazarza, w którym wreszcie zamianowany został na oddziale chorób wewnętrznych sekundaryuszem (11. III. 1870). Po odejściu z asystentury anatomii patologicznej uzyskał dyplom doktora chirurgii (9. VII. 1870), a na posadzie sekundaryusza pozostał jeszcze aż do chwili objęcia asystentury przy klinice chorób wewnętrznych, prowadząc w tym czasie przez $3^1/_2$ miesięcy cały oddział samodzielnie, jako zastępca zmarłego prymaryusza, ś. p. Dra Bobrzyńskiego. Z początkiem października 1870 wyjechał jednak za urlopem do Wiednia w celu uzupełnienia studyów na klinikach wiedeńskich i przebywał tam do 10. III. 1871; tamże otrzymał dyplom magistra akuszeryi (13. II. 1871). Po powrocie z Wiednia zamianowany został asystentem kliniki chorób wewnętrznych w Krakowie (13. III. 1871), a po śmierci ś. p. Prof. Gilewskiego prowadził tę klinikę samodzielnie w letniem półroczu roku szkolnego 1870/71. Urzędowym zastępcą profesora zamianowany został 31. X. 1871 r. i prowadził klinikę do końca marca 1873, w którym to czasie musiał wyjechać dla poratowania zdrowia. Podczas tego zastępstwa przedłożył jako pracę habilitacyjną rozprawę: »O wrzodach przewodu pokarmowego skutkiem zatoru powstałych« (ogłoszoną również w języku niemieckim) i został zamianowany docentem dyagnostyki lekarskiej 20. IX. 1872. Po opuszczeniu kliniki prowadził kursa z zakresu dyagnostyki chorób wewnętrznych w szpitalu św. Łazarza, gdzie też zamianowany został zastępcą prymaryusza (6. I. 1875), a następnie prymaryuszem (1. VI. 1875, zrazu prowizorycznie, a 4. VII. 1876 na stałe). Na tem to stanowisku pracuje Prof. Pareński już lat 35 i miał sposobność wykształcić praktycznie całe zastępy zdolnych i biegłych lekarzy; w uznaniu też tych zasług zamianowany został profesorem tytularnym w r. 1884, a nadzwyczajnym w r. 1890.

Jak z powyższego widzimy, działalność Prof. Pareńskiego na polu medycyny wewnętrznej trwa już powyżej lat 40, a od 39 lat jest On też czynnym na polu dydaktycznem; przeszło 35 lat kieruje oddziałem chorób wewnętrznych bez przerwy, ale kierował nim samodzielnie przez kilka miesięcy już przed laty 40, gdy był bardzo młodym jeszcze lekarzem, a niedługo potem kierował przez blizko dwa lata kliniką chorób wewnętrznych i umiał sobie zdobyć wdzięczność i uznanie tych, którzy najbardziej byli zainteresowani, t. j. uczniów swoich. Należąc sam do Jego uczniów i to do ostatnich, którzy mieli sposobność na klinice słuchać Jego wykładów (na 3-cim i 4-tym roku medycyny), miałem sposobność stwierdzać wielokrotnie przy sekcyach, jak Jego rozpoznania, nieraz w bardzo trudnych i zawiłych przypadkach, niezwykle dokładnie się stwierdzały. Ta biegłość w dyagnostyce u tak młodego jeszcze lekarza musiała wzbudzić zaufanie do Niego u Jego uczniów, które też u nich pozostało i po ukończeniu studyów lekarskich. Przyczyny tej biegłości, zdaniem mojem, szukać należy w podstawie anatomo-patologicznej, z którą zabrał się On (jako asystent przy

katedrze anatomii patologicznej) do klinicznego studyum chorób narządów wewnętrznych. Wiedząc dobrze, czego szukać w chorem ciele, umiał łatwiej i dokładniej zużytkować fizyczne objawy chorobowych zmian anatomicznych za życia. Obok tej biegłości miał Pareński wielki dar dydaktyczny, który polegał nie na wykończonej formie wykładu, lecz na ścisłości i na krytycznym rozbiorze danych przez badanie zdobytych, do czego też i uczniów swoich od początku zaprawiał. Wyrazem uznania dla nauczycielskiej działalności Pareńskiego ze strony Jego uczniów była demonstracya, jakąśmy wówczas zrobili, podając prośbę do Wydziału lekarskiego, by Pareński został zamianowany profesorem kliniki wewnętrznej. Wiedzieliśmy dobrze, że prośba nasza przez dziekana przyjęta być nie może, lecz chcieliśmy zaznaczyć nasze uznanie dla nauczycielskiej działalności Pareńskiego, sądząc, że ta opinia ogółu uczniów przez Wydział lekarski przy obsadzie katedry w rachubę wziętą także zostanie. Był to objaw naszego rzeczywistego przekonania, nie żaden akt, dążący »ad captandam benevolentiam«; Pareński nie był przecie naszym egzaminatorem! Po odejściu Pareńskiego z kliniki znaleźliśmy się w trudnych warunkach, brakło bowiem fachowego kierownika, któryby w klinicznem studyum chorób wewnętrznych mógł nam wskazać właściwą drogę, tak że musieliśmy pracować przeważnie o własnych siłach, uzupełniając lekturą domową praktyczne ćwiczenia w klinice. Jeżeli w tych warunkach mogliśmy z korzyścią pracować, to zawdzięczamy to w wielkiej części dobrej podstawie, a zwłaszcza dobremu wyćwiczeniu w badaniu chorych, jakiśmy przedtem od Pareńskiego nabyć mieli sposobność. Sprawiedliwość przyznać jednak każe, że był nam w tem wielce pomocny ówczesny asystent kliniczny, dzisiejszy protomedyk Radca Dworu Dr Józef Merunowicz, który w studyach o dwa lata będąc przed nami, należał do pierwszych klinicznych uczniów Pareńskiego, gdy my, o dwa lata młodsi, byliśmy już ostatnimi. Z podstawami od Pareńskiego nabytemi, a z pomocą starszego kolegi, będącego również Pareńskiego uczniem, zdołaliśmy pokonać trudności studyów w czasach, gdy na klinice chorób wewnętrznych (przed ostatecznem obsadzeniem katedry 1. I. 1875) brakło tego, którego powszechnie się zowie: »princeps medicorum« i śmiało twierdzić mogę, że z tego okresu czasu wyszedł zastęp lekarzy, pod względem fachowego wykształcenia nie ustępujących ani tym, którzy przed nimi, ani tym, którzy po nich dyplom doktorski na uniwersytecie naszym uzyskali.

Znając z własnego doświadczenia dydaktyczną działalność Pareńskiego, nie mogę wątpić, że wpływ Jego na lekarzy, pod Nim w szpitalu pracujących, równie dodatnim być musiał, a potwierdzenie tego znajduję ze strony wielu z pomiędzy tych, którzy w ciągu lat 35 z pod jego kierunku wyszli. Za tę długoletnią działalność należy Mu się uznanie ze strony lekarzy, a zarazem i ze strony chorych, którzy przez lat tyle w ogromnej już liczbie z pomocy Jego korzystać mieli sposobność. Wyrazem ufności, jaką w Nim chorzy pokładają, jest ogromna liczba tych, którzy szukają Jego lekarskiej rady i pomocy; wyrazem zaś uznania i zaufania ze strony lekarzy są te liczne konsylia, do których ciągle i na wszystkie strony jest wzywany. Bogatem swem doświadczeniem i krytycznym sądem służył i na innem polu, biorąc gorliwy udział w pracach komisyi redakcyjnej »Przeglądu lekarskiego«, w której przez długie lata, jako delegat Rady zawiadowczej Towarzystwa lekarzy galicyjskich, zasiadał.

Pomimo przeciążenia pracą zawodową nie usunął się jednak Pareński od obowiązków obywatelskich i umiał znaleźć czas, by jako radca miejski brać żywy udział w sprawach naszego miasta. To poczucie obywatelskie i patryotyczne tkwiło w nim już w młodzieńczych latach, gdy jako student pierwszego roku medycyny brał czynny udział w powstaniu 1863 roku. Fakt ten podnieść muszę tembardziej, że Pareński poszedł do powstania bez wiary w jego powodzenie, jedynie w poczuciu obowiązku stawienia się do walki, choćby beznadziejnej, która przez naród podjęta została. Gdy więc dziś obchodzimy 35-letnią działalność Prof. Dra Stanisława Pareńskiego, sądzę, że będę wyrazem uczuć wielu, gdy Mu na tem miejscu złożę życzenia, by jeszcze długie lata mógł pracować na swem stanowisku z tą samą czerstwością ciała i świeżością umysłu, jaką się dotąd pośród swych rówieśników odznacza.

Prof. Dr Przemysław Pieniążek.

Z oddz. wewn. II szpit. powsz. we Lwowie (Prymaryusz Prof. Dr. Wiczkowski).

O adrenalinemii[1])

podali

Dr. Marcin Selzer i Dr. G. G. Wilenko.

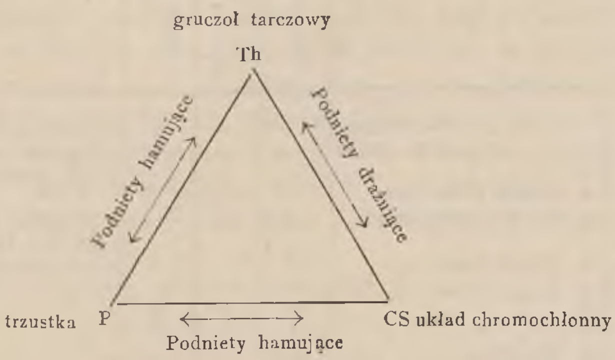
I.

Badania Loeviego, a w dalszym ciągu Falty, Rudingera i Eppingera wykazują pewien wzajemny stosunek gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu (Blutdrüsen) między sobą, jako też pewien antagonizm w działaniu wydzieliny jednego gruczołu na drugi.

Loewi pierwszy stwierdził, że u psa z wyciętą trzustką można wywołać rozszerzenie źrenicy przez wkraplanie do oka adrenaliny, gdy u psa zdrowego odczynu tego wywołać nie możemy. Przyjąć więc musimy pewien wpływ hamujący wydzieliny trzustkowej na zakończenie nerwu współczulnego w oku, który ustaje, gdy trzustkę wytniemy. W poprzednich swych badaniach, wykonanych wspólnie z Froehlichem, stwierdził Loewi, że adrenalina wpływa wogóle podrażniająco na układ współczulny w przeciwieństwie do pilokarpiny, która wpływa drażniąco na układ nerwów autonomicznych (np. błędnego), że istnieje więc antagonizm w działaniu pewnych trucizn na te dwa układy nerwowe, a stąd przyjąć musimy i antagonizm samych układów. Do wyników tych doszedł już dawniej Langley (Journal of Physiol XXIII 98 i XXVII 901) na podstawie dokładnych badań anatomicznych tych układów. Wykazano, że nadnercze i gruczoł tarczowy są zależne lub prawie zidentyfikowane z układem współczulnym, gdy natomiast czynnością trzustki kieruje głównie nerw błędny (nerw autonomiczny). Podobny stan podrażnienia układu współczulnego, jaki wystę-

[1]) Pracę tę ukończono w lipcu 1909. Tymczasowe doniesienie podano na I zjeździe internistów polskich w lipcu 1909 w Krakowie.

puje po wycięciu trzustki, powstaje także w przypadkach t. zw. »hyperthyreoidismus«, t. j. przy wzmożonej czynności gruczołu tarczowego, skądby wynikało, że z gruczołu tarczowego wychodzą podniety, drażniące układ współczulny. Doświadczenia te rozszerzyli w dalszym ciągu Falta, Rudinger i Eppinger[1]) i badali głównie wpływ wzajemny i wzajemną zależność trzech gruczołów: trzustki, gruczołu tarczowego i nadnerczy. Na podstawie tych badań podali oni schemat następujący:



Jak z schematu tego widać, trzustka wysyła podniety, hamujące czynność gruczołu tarczowego (Th) i układu chromochłonnego i odwrotnie. Obok tego gruczoł tarczowy i nadnercze wzajemnie w czynności się podniecają, to znaczy: zwiększona czynność jednego z tych gruczołów wpływa podrażniająco na drugi. Według tego schematu mielibyśmy np. przy wycięciu trzustki stan następujący: wpływ hamujący trzustki na układ chromochłonny i gruczoł tarczowy — zniesiony, w dalszym ciągu nadmierna czynność nadnerczy (więcej adrenaliny jest we krwi), temsamem układ współczulny silniej podrażniony, równocześnie wskutek zniesionego wpływu hamującego trzustki na gruczoł tarczowy wzmożoną czynność tego gruczołu, a więc żywszą przemianę białka i znowu silniejsze podrażnienie układu współczulnego, temsamem drażnienie nadnerczy. Wskutek tego silnego podrażnienia układu współczulnego węglowodany (Blum, Zuelzer i Metzger), których mobilizacyą w prawidłowych warunkach kieruje nadnercze i trzustka, dostaną się teraz do krwi w większej ilości, powstanie w niej nadmiar cukru (hyperglykaemia), a w dalszym ciągu cukromocz. I rzeczywiście można u psa, u którego wywołaliśmy cukromocz przez wstrzyknięcie adrenaliny, cukromocz ten przez wycięcie trzustki, a więc przez wyeliminowanie wpływów hamujących trzustki na układ współczulny (Schur i Wiesel) intenzywnie powiększyć.

Stosownie do tych wywodów powinniśmy otrzymać rozszerzenie źrenicy oka u ludzi, u których mamy zmiany patologiczne w wewnętrznej wydzielinie trzustki lub gruczołu tarczowego przez wzmożoną czynność gruczołu tarczowego (hyperthyreoidismus), w których to stanach układ współczulny znajduje się w stanie silnego podrażnienia. Rzeczywiście miało udać się Loewiemu wywołać rozszerzenie źrenicy u chorych na cukrzycę pochodzenia trzustkowego, a Falcie i Rudingerowi w przypadkach choroby Basedowa, gdzie była wzmożona czynność gruczołu tarczowego (hyperthyreoidismus). Już tu jednak zaznaczyć musimy, że wyniki ich nie były jednostajne i nie odpowiadały co do swojej wartości znaczeniu skonstruowanej przez autorów teoryi.

Zachodziło pytanie, czy fakty, stwierdzone przez wspomnianych autorów w doświadczeniu na zwierzętach, odpowiadają stosunkom w ustroju ludzkim. Powtórzenie pracownianych doświadczeń było, rozumie się, na materyale ludzkim wyłączone i należało szukać niezawsze pewnych dróg pośrednich. Taką drogą była metoda wspomnianych autorów wkraplania adrenaliny do oka. Drugi sposób, możliwy do zastosowania u człowieka, upatrywaliśmy w oznaczaniu tolerancyi na węglowodany. Jeżeli wzajemny wpływ gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu u człowieka jest takim, jak sobie Lewi, Falta i inni przedstawiają, to wzmożenie czynności nadnerczy lub gruczołu tarczowego musiałoby się objawić zmniejszoną tolerancyą na węglowodany. W naszych więc doświadczeniach zastosowaliśmy obok odczynu źrenicy na adrenalinę (ewentualnie szukania adrenaliny w krwi) jeszcze metodę badania przemiany węglowodanów.

Co do materyału, to obok przypadków, w których wzmożoną czynność czy to nadnerczy (nephritis interstitialis), czy to gruczołu tarczowego (Basedow) już dawniej wykazano, uwzględnialiśmy jeszcze schorzenia, w których rola tych gruczołów niezupełnie wyjaśniona została. Należy tu przedewszystkiem stwardnienie tętnic, przy którego powstawaniu niektórzy badacze przypisują wielkie znaczenie adrenalinie i wywołanemu przez nią zwiększonemu parciu krwi.

Szczęśliwy zbieg okoliczności umożliwił nam badanie dwóch przypadków schorzenia czwartego gruczołu o wewnętrznem wydzielaniu, t. j. przysadki mózgowej. Badaliśmy następnie szereg chorób nerwowych, bośmy się przypadkowo przekonali, że w tych przypadkach często można spotkać zwiększoną ilość adrenaliny w krwi.

Zajmujący wreszcie jest przypadek zatrucia strychniną (zamach samobójczy), gdzieśmy badali krew, wziętą w krótkiej przerwie między dwoma napadami kurczów, a to ze względu na to, że badacze wiedeńscy (Schur i Wiesel) znaleźli adrenalinemię przy znacznych wysiłkach mięśniowych (patrz też nasz przypadek: spasmus muscul. universal.)

Postępowaliśmy w następujący sposób: Chorym wkraplaliśmy 2—3 kropli adrenaliny, (używaliśmy zawsze adrenaliny Takaminy świeżej 1:1000), następnie mierzyliśmy źrenicę, porównując ją z drugą w ciągu pierwszych dwóch godzin po wstrzyknięciu co 10 minut zapomocą pupillometru sztabkowego. Równocześnie podawaliśmy tym chorym 100 gramów cukru gronowego na czczo i badaliśmy następnie mocz, wydalony po 4 i po 8 godzinach. W ten sposób badaliśmy 9 przypadków wczesnego stwardnienia tętnic, 6 przypadków miąższowego zapalenia nerek, 3 przypadki t. zw. »polyserositis«. Odczynu źrenicy nie otrzymaliśmy ani razu. Cukromocz pokarmowy wystąpił tylko u jednej chorej (Pasterska), o której pomówimy później.

W ciągu tych doświadczeń przekonaliśmy się, że źrenica ludzka nie nadaje się do wykrywania adrenaliny w ustroju. Sprawy psychiczne, trudne do skontrolowania, zwężają lub rozszerzają źrenicę niezależnie od warunków doświadczenia. Trwałego rozszerzenia źrenicy nie spostrzegaliśmy, jak już zaznaczono, ani razu. Nie mogliśmy wywołać rozszerzenia źrenicy nawet i wtedy, gdyśmy jednej

[1]) Zeitsch. f. klin. Mediz. 1907. 1908. 1909.

chorej wstrzyknęli pod skórę 1 cm adrenaliny, ani też przy podawaniu wewnętrznem, co więcej, w przypadku, gdy odczyn Ehrmana wykrył obecność adrenaliny w ktwi, nie można było rozszerzenia źrenicy po wkropleniu adrenaliny do oka stwierdzić.

II.

Nie otrzymawszy więc pewnych wyników przy badaniu wrażliwości źrenicy ludzkiej w pewnych sprawach chorobowych, przeszliśmy do dalszego szeregu badań, polegających na wykryciu adrenaliny we krwi ludzkiej, czyli stanu t. zw. adrenalinemii zapomocą odczynu na wyciętem oku żaby. Meltzer (Zentralblatt f. Physiologie 1904) odkrył, że jeżeli na wycięte oko żabie zadziałamy rozczynem adrenaliny, to źrenica rozszerzy się bardzo znacznie. Ehrmann (Archiv. für exp. Path. u. Pharm.) badał w ten sposób krew z żyły, wychodzącej z nadnerczy i odczyn ten nosi nazwę odczynu Ehrmanowskiego. Rozszerzenie źrenicy oka żabiego otrzymał następnie Bouchard, działając na oko żabie moczem osób, chorych na mocznicę. Pal (Deutsche med. Wochenschrift 1907, 2) znalazł w moczu osób zdrowych ciała, wywołujące rozszerzenie źrenicy oka żabiego. Według Commasatiego (Über den Wert der Froschbulbusreaction, Archiv für exp. Path. u. Pharm. — 60) ciałem tem, wywołującem rozszerzenie źrenicy, są sole w moczu zawarte, odczyn więc z moczem nie dawałby żadnej pewności co do obecności adrenaliny w moczu. Potwierdził te badania Diem (Deut. Arch. f. kl. Medizin T. 95 Z. 12 1908).—Ehrmann, Waterman i Boddaert (Deutsch. med. Wochenschr. 1908, 25) wykazali, że są i inne ciała, drażniące źrenicę oka żabiego, jak brenzkatechina, hydrochinon i kwas salicylowy. Rzecz się jednak ma inaczej, gdy powstanie rozszerzenie źrenicy żabiego oka po zastosowaniu surowicy krwi, którą w warunkach prawidłowych ciał tych, rozszerzających źrenicę, nie zawiera. Według Commasatiego każde rozszerzenie źrenicy oka żabiego, występujące w 20—30 minut po zastosowaniu surowicy krwi, a trwające od 1 do 2 godzin, kłaść trzeba jedynie na karb obecności adrenaliny w tejże surowicy. Meltzer (Deutsche med. Wochenschr. 1909 N. 13) stwierdził również wpływ drażniący fizyologicznego rozczynu soli na źrenicę oka żabiego i uważa odczyn za dodatni, gdy źrenica staje się okrągłą i zacierają się oba kąty źrenicy, gdy stosunek wymiaru poprzecznego i prostopadłego się zmienia. Kahn (Pfluegera Archiv. 1910) wymaga jeszcze dokładniejszych zastrzeżeń przy ocenianiu odczynu Ehrmanna. Biorąc w rachubę wszystkie powyższe spostrzeżenia, postępowaliśmy w ten sposób: Surowicę krwi, wziętej przez nakłucie żyły (do 4 cm³), wlewano do naczynia o zwężonem dnie, w którem leżało oko żabie zupełnie odpreparowane; drugie oko tej samej żaby leżało w takiem samem naczyniu wśród równych warunków oświetlenia w rozczynie fizyologicznym soli (0·9: 100) (ten rozczyn okazał się najmniej drażniącym źrenicę żaby i zgęszczeniem swojem najbardziej zbliżonym do zgęszczenia surowicy krwi). Nie poddawano ócz żabich specyalnemu poprzedniemu naświetlaniu światłem elektrycznem, jak to radzi Ehrmann, gdyż okazało się to w największej części przypadków zupełnie niepotrzebnem. Źrenica żabia była przeważnie od początku zwężona, zresztą służyło zawsze drugie oko, zanurzone w rozczynie fizyologicznym, a ustawione w tych samych warunkach, jako wystarczająca kontrola. Przeważnie stwierdzano lekkie rozszerzenie źrenicy w rozczynie fizyologicznym, a równie słabego rozszerzenia źrenicy i surowicy nie uwzględniano.

Lp. Nazwa choroby	Odczyn Ehrmanna	Odczyn przez wkraplanie do oka adrenal.	Cukromocz pokarmowy	Uwagi
1. Nephr. chron. Uraemia	++[1])	—	—	Napad mocznic. 3 dni trw.
1a. " " Post. uraem.	—	—	—	2 tygodnie później
1b. " " " "	—	—	—	4 tyg. później
2. Struma, Cretinismus	—	—	—	
3. Arteriosclerosis univ.	—	—	++	1·5% cukru: Sekcya: Zwapn. tętn. zanik trzustki
4. Morbus Basedowi	—	—	—	objawy psychiczne
5. " "	—	—	—	
6. " "	—	o	o	
7. " "	+	—	—	
8. Myasthenia	+	—	—	
9. Nephritis interst. chron-	—	o	o	
10. Okresowe poraż. kończyn dolnych	—	o	o	Wasserman, krew wzięto między napadami
11. " "	—	o	o	krew wz. podcz. napadu
12. Schorzenie gruczołów o wewn. wydzielaniu	—	o	o	objawy ogólnego zaniku
13. Dementia praecox	+	—	—	
14. Paralys. progress.	—	o	o	
15. " "	—	o	o	
16. Paralysis agitans	—	o	o	
17. Dementia praecox	—	o	o	
18. Epilepsia	—	o	o	
19. Cretinismus	—	o	o	
20. Nephrit. parenchym.	—	o	o	
21. Dement. praecox	—	o	o	
22. Paralysis progress.	—	o	o	
23. Alcoh. chronicus	—	o	o	
24. Tumor medullae oblong.	+	—	—	
25. Neurasthenia	—	o	o	
26. Status epilept.	—	—	—	krew wz. podcz. napadu
27. Diabetes mellitus	—	—	—	acetonurya
28. Dementia paranoides	—	o	o	
29. Amentia	++	—	o	ostry przeb., cukrom. pokarm. nie można oznacz.
30. Paralys. progressiva	+	—	—	Wassermann +
31. Spasm. musculor.	+	—	—	objawy podobne do tężca
32. Tumor medull. oblong.	—	o	o	
33. Syringomyelia	—	o	o	
34. Nephritis parenchym.	—	o	o	
35. " "	—	o	o	
36. " "	—	o	o	
37. " "	—	o	o	
38. Nephritis. Uraemia	++	o	—	napad szału ostrego
39. Nephritis. Uraemia	++	o	—	
40. Nephritis luetica	—	o	o	Wassermann +
41. Nephrit. Uraemia	++	o	—	podczas napadu
42. Nephrit. Post uraemiam	—	o	o	13 dni później
43. Nephritis Uraemia	—	o	—	
44. Tumor hypophyseos	++	—	—	stwierdzone sekcyą
45. " "	++	—	—	operacya
46. Amentia	—	o	o	przebieg łagodny
47. Amentia	—	o	o	" "
48. Intox. c. strychnino	—	o	o	silne kurcze ogólne

[1]) + dodatni, ++ wybitnie dodatni, — ujemny, o — nie wykonano odczynu.

Przypadków badanych było 48 (obacz tablicę). Za wybitnie dodatnio oddziaływające uważano tylko te przypadki, w których źrenica oka żabiego rozszerzyła się szybko do $^1/_2$ godziny i to bardzo znacznie. Są to przypadki naznaczone + +, przypadki znaczone +, gdzie rozszerzenie było mniejsze, zawsze jednak była wyraźna różnica między źrenicą badaną, a kontrolą. W każdym przypadku dodatniego odczynu podawano cukier w postaci wyżej wspomnianej i badano mocz w pewnych odstępach czasu.

Celem większej przejrzystości pierwej omówimy pokrótce przypadki o odczynie Ehrmanowskim ujemnym. Są to przypadki zapalenia nerek ostrego i podostrego, przypadki z zakresu chorób nerwowych i mózgowych. Padaczka [1]), porażenie okresowe kończyn, bezmysł (amentia) o przebiegu spokojnym, nie gwałtownym, porażenie postępujące, rozmaite stany otępienia (dementia), syringomyelia i inne.

Choroby Basedowa, wybitnie rozwiniętej, mieliśmy 4 przypadki, w jednym z nich i objawy psychozy z omamami. Że w jednym przypadku Basedowa nie było odczynu na oku po wkropleniu adrenaliny, była mowa już w pierwszej części niniejszej pracy. Ze wszystkich tych przypadków odczyn Ehrmanna był raz tylko dodatni. Zwracamy uwagę na fakt braku adrenalinemii w chorobie Basedowa, a szczególnie i braku rozszerzenia źrenicy, jako sprzeczny z wynikami, otrzymanymi przez Faltę i Rudingera. Cukromocz pokarmowy również nie wystąpił.

W przypadku, dotyczącym chorej Pasterskiej (3), o której była mowa powyżej, nie znaleziono adrenalinemii mimo poprzednio stwierdzonego cukromoczu pokarmowego. Przypadek ten zasługuje na szczególniejszą uwagę. Sekcya stwierdziła obok zwapnienia tętnic i marskości wątroby wybitny zanik trzustki. Sprawa przemiany węglowodanów była też upośledzona, bo wystąpił cukromocz pokarmowy. Zdawałoby się więc, że wspomniana wzajemna zależność trzustki i nadnerczy jaskrawo w tym przypadku wystąpi — tymczasem ani odczyn źreniczny, ani badanie krwi nie stwierdziły wzmożonej czynności nadnerczy. Z przypadków, dających odczyn dodatni, zastanawiającym był wynik badania chorej Wojtyny 1, 1a, 1b. Chora ta, przywieziona w stanie nieprzytomnym, miała z początku objawy stanu popadaczkowego. Krew badana w tym napadzie dała wybitny odczyn Ehrmanowski, cukromoczu nie było, rozszerzenia źrenicy nie można było wywołać. Przy badaniu następnem w 2 i 4 tygodnie później nie stwierdzono już adrenaliny we krwi. Na podstawie pewnych zmian porażnych i dodatniego odczynu Wassermanna rozpoznano kiłę mózgu obok przewlekłego zapalenia nerek. Adrenalinemię odnieść trzeba prędzej do napadu prawdopodobnie mocznicowego. Po ustaniu objawów mocznicy ustąpiła i adrenalinemia. Podobny był przypadek u chorego Budzińskiego (41 i 42), o którym niżej.

Z 13 przypadków zapalenia nerek odczyn był 4 razy wybitnie dodatni; chore te były w okresie mocznicy (w jednym przypadku z objawami psychozy); raz był odczyn ujemny. U chorego Budzińskiego (41 i 42) odczyn dodatni, stwierdzony w 3 dni po napadzie mocznicy, zamienił się po 13 dniach w ujemny, a równocześnie i inne objawy kliniczne znacznie się zmniejszyły. Adrenalina, występująca we krwi podczas mocznicy, znika lub spada do minimum po ustaniu gwałtownych objawów. Zgadzamy się więc z wynikami Schura i Wiesla (Wiener kl. Woch. 1907. 23), Kaufmana i Mannaberga (Wiener kl. Woch. 1907. H. 23), Eichlera (Berl. klin. Wochenschr. 46. 1907). W przypadkach czystej postaci zapalenia nerek miąższowego i przewlekłego bez zmian mocznicowych odczyn był ujemny.

W przypadku 31 (Kośmiński, spasmus musc. univers.), dającym obraz kliniczny, podobny do tężca, a polegający zdaniem neurologów na pourazowych zmianach w rdzeniu, odczyn był dodatni. Tę zwiększoną ilość adrenaliny we krwi wywołała prawdopodobnie gwałtowna i nadzwyczaj nasilona praca mięśniowa, na co zwrócili uwagę Schur, Wiesel i Nowicki. Brak jednak adrenalinemii przy napadach kurczów, wywołanych strychniną (48), dowodzi, że kurcze same przez się nie zawsze są wynikiem lub przyczyną wzmożonej czynności nadnerczy.

Nader wybitny odczyn dała surowica krwi chorej Juźwak (29), cierpiącej na ostry bezmysł (amentia). Fakt ten wraz z odczynem dodatnim wprawdzie mniej wybitnym, niemniej jednak wyraźnym w przypadkach chorób nerwowych, jak w przypadku 13, 30, 31, każe nam przypuszczać, że w pewnych chorobach nerwowych cierpi też i układ współczulny, albo też, że z powodu schorzenia układu nerwowego ośrodkowego, odpadają równocześnie i pewne wpływy, hamujące układ współczulny.

Pozostaje nam jeszcze omówić przypadki 44 i 45 (Tumor hypophyseos). Objawy kliniczne przypadku 44: Mężczyzna lat 25. Zanik nerwu wzrokowego jednego oka, niedowidzenie połowicze na drugiem, budowa ciała zbliżona do budowy ciała kobiecego, częściowy zanik prącia z przerostem jąder, pewnego rodzaju zniedołężnienie umysłowe. Rentgenizacya stwierdza zatarcie budowy siodła (sella turcica) i większy cień w tem miejscu. Odczyn Ehrmanowski był dodatni, cukromocz pokarmowy nie występuje. W przypadku tym sekcya stwierdziła rzeczywiście guz przysadki. W przypadku 45, dającym także wynik dodatni odczynu Ehrmanna, operacya potwierdziła rozpoznanie.

Obok stwierdzonego wpływu układu nerwowego ośrodkowego na wydzielanie wewnętrzne widzimy w tych przypadkach wpływ dalszego gruczołu o wewnętrznej wydzielinie, t. j. gruczołu przysadkowego na inne gruczoły, czego Falta i tow. nie brali wcale w rachubę. Wszystkie przypadki z zakresu chorób nerwowych, dające dodatni odczyn Ehrmanowski, miały zarówno, jak przypadek właśnie opisany, zdaniem neurologów tło anatomiczne. Widocznie kierują wydzieliną wewnętrzną gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu obok wpływów, wykazanych przez Loewiego i Faltę, i inne jeszcze wpływy, biorące swój początek w układzie nerwowym ośrodkowym.

Jeżeli w pierwszej części naszych doświadczeń nie udało nam się ani razu wywołać rozszerzenia źrenicy ludzkiej w pewnych sprawach chorobowych i jeżeli wyniki nasze pod tym względem sprzeczne są z wynikami autorów wiedeńskich, to zostaliśmy bardziej jeszcze upewnieni w naszem przypuszczeniu o braku wszelkiej wartości wkraplania adrenaliny do oka ludzkiego przez wyniki badań naszych w części drugiej. U chorej bowiem (Wojtyna) z wybitną adrenalinemią, gdzie więc są wszelkie dane do rozszerzenia źrenicy pod wpływem adrenaliny (Loewi), źrenica wcale się nie rozszerzyła. Wyniki więc autorów tych, nie zawsze zresztą zgodne, wytłómaczyć może można nie dającym się wyłączyć wpływem spraw psychicznych badanego osobnika na jego źrenice podczas badania. Jest to również zdanie jednego z wybitniejszych psychiatrów (Mazurkiewicz).

---

[1]) Przypadki z zakresu chorób nerwowych i umysłowych zawdzięczamy Prym. Dr. Orzechowskiemu, za co w tem miejscu serdecznie mu dziękujemy.

Brak wpływu adrenalinemii na cukromocz pokarmowy z jednej strony, a obok tego brak adrenaliny w krwi u chorej z cukromoczem pokarmowym i zanikiem trzustki (Pasterska) przemawiają również przeciw teoryi Falty, Rudingera i Eppingera, a zgadzają się ze znanym z doświadczeń na zwierzętach faktem, że adrenalina wywołuje cukromocz, wstrzyknięta tylko podskórnie lub śródotrzewnie; śródżylnie zastosowana wywołuje znane zmiany w naczyniach, lecz nie cukromocz. O braku odczynu Ehrmanowskiego w chorobie Basedowa, przemawiającym również przeciw teoryom wyżej wymienionych autorów, była już mowa. Trzeba tu przyjąć wpływ jakichś czynników hamujących.

Widzimy więc na podstawie doświadczeń, że schemat Loewiego, Falty i ich współpracowników o wzajemnej zależności gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu, podany na podstawie doświadczeń na zwierzętach, niezupełnie odpowiada stosunkom w ustroju ludzkim. Ta wzajemna zależność nie jest tak prosta. Obok samych gruczołów, obok antagonizmu dwóch wielkich układów nerwowych: układu współczulnego i nerwów autonomicznych, widoczny jest wpływ i innych czynników na wydzielinę wewnętrzną, a temsamem na warunki przemiany materyi. Za jeden z tych czynników uważamy układ nerwowy ośrodkowy; obok tego udało nam się wykazać i wpływ przysadki mózgowej (hypophysis) w przypadkach nowotworu tego gruczołu. Sami autorowie w nowszej swojej pracy (Zeits. f. klin Med. T. 67, S. 380) fakt ten przyznają i w szeregu dalszych doświadczeń wykazują niewątpliwy wpływ na wewnętrzną wydzielinę i przemianę materyi gruczołów przytarczycowych (Epithelkörperchen). Okazuje się poniekąd już teraz potrzeba rozszerzenia tego schematu i zmodyfikowania przynajmniej co do ustroju ludzkiego. Streszczając ostatecznie nasze wyniki, stwierdzamy:

1) Niepewność próby wkraplania adrenaliny do oka ludzkiego.

2) Częstość adrenalinemii w przypadkach chorób układu nerwowego ośrodkowego. Zdaniem naszem jest to o tyle ważne, że a) wskazuje na zależność wydzielania wewnętrznego od układu nerwowego ośrodkowego, b) każe przypuszczać zaburzenia w przemianie materyi w schorzeniach układu ośrodkowego, c) jest potwierdzeniem znanego faktu, że niektóre choroby przemiany materyi bardzo są wrażliwe na stany psychiczne (cukrzyca).

3) Stwierdzono zależność wydzielania wewnętrznego nadnerczy od przysadki mózgowej.

4) Z 4 przypadków mocznicy, w trzech wykazano adrenalinemię. Dokładniejsze wyjaśnienie tego faktu wymaga dalszych badań.

5) Schorzenia trzustki nie zawsze wywołują wzmożoną czynność nadnerczy.

6) Upośledzona przemiana materyi węglowodanów nie zawsze idzie w parze ze zmienioną czynnością nadnerczy i odwrotnie.

O stosowaniu tuberkuliny Beranecka (TBk) w gruźlicy

przez

Dra Kazimierza Dłuskiego

naczelnego lekarza Sanatoryum w Zakopanem.

Beraneck przedstawił pierwszy komunikat o swej tuberkulinie Akademii Nauk w Paryżu w 1903 r., opisał zaś ją szczegółowo w r. 1905 pod nazwą »Une nouvelle tuberculine« (5).

Punktem wyjścia TBk jest ta okoliczność, że stara tuberkulina Kocha wskutek swego sposobu przygotowania nie zawiera właściwych produktów biologicznego życia laseczników. Nie są to — zdaniem Beranecka — produkty wydzielania laseczników, lecz produkty wyciągu (»produits d'extraction«). »Swym sposobem przygotowania — powiada Beraneck — wprowadza Koch do tuberkuliny substancye specyalne, pochodzące od »dyslokacyi« protoplazmy laseczników pod wpływem hydrolitycznego działania wrzącej wody. I właśnie te substancye nadają znaczną moc toksyczną tuberkulinie«. Beraneck natomiast wprowadza nowy sposób przygotowania tuberkuliny, przy którym toksyny zewnątrz-komórkowe (czyli »toxines-bouillon«) nie ulegają takim zmianom, jak w manipulacyach Kocha [1]) W krótkich słowach sposób ten jest następujący: Beraneck używa bulionu pochodzącego z macerowania 500 gr. mięsa cielęcego na zimno w ciągu 2 godzin w 1 litrze wody przekroplonej i wyjałowionego przy ciepłocie 115° w ciągu ½ godziny w autoklawie. Nie dodaje on peptonów, gdyż jak doświadczenie wykazało, zdolne one są same przez się podnieść ciepłotę świnki morskiej gruźliczej o 1°; nie dodaje również alkaliów w większej ilości, doświadczenie bowiem również go poucza, że one wyeliminowują część substancyi proteinowych z bulionu cielęcego. Bulion taki, nazwany przez Beranecka TB, ma odczyn kwaśny. Po otrzymaniu hodowli TBc zostaje on przesączony przez bibułę, a później przez świeczkę Chamberlanda, wreszcie odparowany w próżni do gęstości syropu. »Bulion mój — powiada Beraneck — zawiera wyłącznie wytwory wzajemnych wymian życiowych, zachodzących między lasecznikiem a danem środowiskiem hodowli. Wytwory te nie podlegały żadnym manipulacyom, ani fizycznym, ani chemicznym, któreby były zdolne zmienić ich właściwości« (5). Za teoryą idzie praktyka, czyli doświadczenie na zwierzętach. Działanie tego TB, wypróbowane na świnkach morskich gruźliczych, wykazuje pewną analogię z tuberkuliną Kocha pod względem termicznym, wywołując podniesienie ciepłoty, której stopień jest zależny od dawki TB i od rozległości zmian chorobowych. Natomiast działanie toksyczne TB jest znacznie słabsze od działania tuberkuliny. Tak np. świnki morskie gruźlicze znoszą bardzo do-

[1]) Tu wypada zauważyć, że, wedle Cevey, TBk działanie swe wywiera dzięki tylko substancyom identycznym ze starą tuberkuliną Kocha. Na dowód swego twierdzenia przytacza Cevey następujące spostrzeżenie. Jeden z jego chorych, będąc uodpornionym na starą tuberkulinę Kocha, znosił bez żadnego odczynu wzrastające dawki TBk i dopiero przy 1 ctm³ najsilniejszego rozczynu stanowiącego ekwiwalent 12½ litrów A/32 wykazywał ciepłotę 37·3 (11).

brze wstrzyknięcie podskórne TB w ilości 0.25 ctm³, gdy taka sama dawka tuberkuliny Kocha jest prawie zawsze dla nich śmiertelna. Również działanie »kongestyjne« na ogniska gruźlicze w przeciwstawieniu do tuberkuliny jest nieznaczne.

Ale ten TB, czyli toksyny zewnątrz-komórkowe, nadając pewne uodpornienie świnkom, jest niezdolny do uchronienia ich od gruźlicy »doświadczalnej«. Beraneck zaczyna więc szukać sposobu wydobycia toksyn wewnątrz-komórkowych, w nadziei otrzymania z temi toksynami — które nie przechodzą w prawidłowych warunkach życia lasecznika do bulionu pożywkowego — lepszych wyników. W tym celu używa on kwasu orto-fosforowego 1%. Wszelkie szczegóły manipulacyi opuszczamy. Powtarzamy tylko za autorem, że jego sposób przygotowania »dyslokuje« jak najmniej protoplazmę ciała lasecznika. Taki wyciąg toksyn wewnątrz-komórkowych, zawartych w roztworze kwasu ortofosforowego, na podstawie miareczkowania, przedstawia się w ten sposób, że 1 ctm³ rozczynu kwaśnego zawiera mniej więcej 2 milig. toksyny w stanie suchym. Wyciąg ten posiada właściwości bakteryobójcze — jak to wykazują doświadczenia Beranecka na zwierzętach — jest względnie bardzo mało toksyczny. Świnki morskie zdrowe znoszą podskórnie 2 ctm³, czyli 4 miligr. toksyny suchej. Tę samą dawkę znosi 2/3 świnek morskich gruźliczych. Wreszcie działanie termiczne tego wyciągu jest tego rodzaju, że podnosi u świnki morskiej gruźliczej ciepłotę, której maximum pojawia się między 2-ą a 4-ą godziną po wstrzyknięciu.

Pod względem działania leczniczego wyciąg orto-fosforowy »nadaje świnkom morskim tylko względne uodpornienie na gruźlicę doświadczalną«.

Koniec końców badania i doświadczenia Beranecka z toksynami zewnątrz-komórkowemi (TB) i toksynami wewnątrz-komórkowemi (AT) doprowadziły go do wniosku, że odrębnie każdy z tych dwóch rodzajów toksyn nadaje już zwierzętom pewne uodpornienie (»à lui seul confère déjà une certaine immunité«). »Było więc rzeczą naturalną — powiada Beraneck — wyjaśnić, czy uodpornienie to nie zostanie wzmocnionem przez zmieszanie tych dwóch grup toksyn. Tak się też stało. Tuberkulinę Beranecka stanowi połączenie w równych ilościach AT + TB«. Bliżej określa on ją w ten sposób: »Różni się ona od innych tuberkulin: 1) składem podłoża dla hodowli, 2) obecnością substancyi białkowej specyalnej, wyciągniętej za pomocą kwasu orto-fosforowego 1% z ciała lasecznika«. Nim odpowiemy na pytanie, co dały doświadczenia z nią na zwierzętach, wspomnimy w kilku słowach, jakie teoretyczne stanowisko zajmuje Beraneck w sprawie uodpornienia, gdzie walczą dotąd obok siebie dwie teorye: humoralna i komórkowa. Beraneck określa je następującemi słowy: »Aby powstrzymać rozwój gruźlicy zadanie polega mniej na zobojętnieniu zapomocą niweczników (»Antikörper«) wydzielanych toksyn, niż na zwiększaniu odporności fagocytów i wzmocnieniu ich czynności bakteryolitycznej«. Zdawałoby się z tych słów, że cała sprawa uodpornienia polega tylko na roli fagocytów. Beraneck w dwa lata później, tj. w r. 1907 uzupełnił tę teoryę, wykazując w krwi u zwierząt, którym wstrzykiwał TBk, istnienie swoistych niweczników (»anticorps spécifiques«), o których niżej wspominamy. Też same niweczniki wyciągał on zapomocą rozczynu fizyologicznego z fagocytów, napływających masowo dzięki chemotaksis dodatniej do ognisk w gruźlicy chirurgicznej, dokąd bezpośrednio wstrzykiwał TBk.

»Pochodzenia tych niweczników« — powiada on — »szukać należy w przystosowaniu się fagocytów do toksycznego działania mojej tuberkuliny; działalność zaś lecznicza jej polega na tem, że występuje ona w charakterze szczepionki w stosunku do lasecznika Kocha i do toksyn, wydzielanych przez niego *in vivo*« (7).

Wychodząc z tej zasady, że fagocyty świnek morskich mają bardzo niewielką siłę bakteryolityczną, sądzi Beraneck, iż wstrzykiwania tuberkuliny przyczynią się do jej wzmocnienia. Wyniki jego są tu tylko względne, jak sam powiada, gdyż nie udało mu się otrzymać zupełnego uodpornienia za pomocą TBk u świnek morskich, zakażonych lasecznikami gruźlicy. Natomiast udało mu się wśród licznych doświadczeń przedłużyć życie świnkom zakażonym i leczonym za pomocą TBk i to w znacznie różnym stopniu, zależnie od tego, czy stosowanie tuberkuliny było zapobiegawczem, czy też właściwie leczniczem. W pierwszym przypadku żyły świnki średnio o 135 dni dłużej, niż świnki kontrolne, w drugim o 31—93 dni (5).

Nim przejdziemy do kliniki, mając przedewszystkiem na względzie Sahliego, — który powagą swego imienia tyle się przyczynił do spopularyzowania TBk, — musimy poświęcić słów kilka teoretycznym podstawom, na jakich opiera on zastosowanie TBk. Jest to tembardziej wskazanem, że zarówno teoretyczne postulaty Beranecka, jak i Sahliego, były przedmiotem ostrej krytyki ze strony Landmanna.

Sahli, będąc z zasady przeciwnikiem uodpornienia biernego na gruźlicę, jest zdecydowanym zwolennikiem leczenia tuberkulinowego w ogóle, które — jak powiada on — »jest tem czemś najlepszem, co najnowsze czasy w walce z gruźlicą nam przyniosły«. Jeśli z pośród licznych preparatów daje on pierwszeństwo TBk, to z tej racyi, iż preparat ten, będąc najlepiej uzasadnionym, w praktyce również okazał się najlepszym. Zawiera on bowiem swoiście toksyczne substancye lasecznika »w stanie możliwie kompletnym i niezmienionym«. Jakim jest cel leczenia swoistego wedle Sahliego? Uważając uodpornienie ustroju przeciw żywym lasecznikom przy dzisiejszym stanie bakteryologii za niemożliwe, Sahli widzi w TBk środek na uodpornienie przeciw chemicznemu jadowi lasecznika, względnie środek na zmniejszenie wrażliwości ustroju na ten jad (»Giftfestigung«).

Pytanie, jakim sposobem? Sahli twierdzi wbrew Beraneckowi, że działanie TBk jest identyczne z działaniem jadów n a t u r a l n e j gruźlicy [2]). Z drugiej strony twierdzi on, że leczenie tuberkulinowe jest, właściwie mówiąc, czynnościowe i nie różni się zasadniczo od innych czynników

---

[2]) Beraneck powiada: »je ne prétends pas que les toxines ainsi obtenues représentent les vraies toxines de bacille de Koch c. à. d. celles que ce bacille élabore dans l'organisme humain«. To samo zaznacza on w swoim artykule »Beraneck's Tuberkulin: how to use it«.

leczniczych, jak np. metoda higieniczno-dyetetyczna, makowiec, naparstnica itd. Zapomocą TBk nieleczymy bezpośrednio gruźlicy, lecz wpływamy na podniesienie przyrodzonej, podupadłej czynności ustroju, a mianowicie: wytwarzania niweczników (Antikörperproduktion). W takim razie pozostaje jednak pytanie, jakie dodatnie strony przedstawia sztuczne »tuberkulinizowanie«. Odpowiedź nań przedstawia nam właściwy mechanizm biologicznego działania tuberkuliny. Sahli powiada: 1) Jad naturalny działa szkodliwie przeważnie w chorych ogniskach; przy wstrzyknięciu zaś tylko nieznaczna cząstka działa szkodliwie na nie, »przeważająca zaś ilość TBk staje się nieszkodliwą we wszystkich zdrowych narządach, a przytem pobudza ustrój do wytwarzania niweczników (»Antikörper«)«. 2) Przy powolnem tworzeniu się naturalnych jadów w przebiegu gruźlicy, podnieta do wytwarzania się niweczników jest mniejsza, niż przy wstrzykiwaniach podskórnych, »gdzie jad naraz (auf einmal) dostaje się do obiegu krwi«. 3) Wreszcie wstrzyknięta tuberkulina działa przejściowo, a tem samem działanie jej jest mniej szkodliwe od stałego działania takich samych lub mniejszych ilości jadu naturalnego. Pytanie, czy twierdzenie takie można przyjąć za dowiedzione?

Uważając gruźlicę za chorobę wybitnie toksyczną, szereg zaś jej objawów, jak gorączka, utrata apetytu, wagi itd, za skutek działania toksyn, — przypisuje Sahli zmniejszenie lub polepszenie tych objawów przy stosowaniu TBk wzmożonemu wytwarzaniu się niweczników. Idźmy dalej. Jeśli leczenie tuberkulinowe niweczy działanie jadów, a jednocześnie jest bezsilne wobec zarazka, — wobec laseeznika —, to pytanie, jakim sposobem ustrój może się z nim uporać? Sahli licząc się z faktami, że ustrój może być wrażliwym na małe dawki tuberkuliny i jednocześnie gruźlica może sama (spontan) wyleczyć się i naodwrót, znajduje uodpornienie przeciw tbc nie na drodze swoistego leczenia, lecz na gruncie działania czynników odgrywających właściwą sobie rolę w każdem zakażeniu i związanych z samą sprawą zapalenia, a więc »obfite przepłukanie (Durchströmung) znajdujących się w stanie zapalnym tkanek przez krew i limfę, nagromadzenie materyału komórkowego w postaci leukocytów i komórek gruzełkowych (Tuberkelzellen) stanowią właściwie działające czynniki« itd.

Czynniki takie nie są swoiste i odróżniają się od niweczników (Antikörper), powstałych p o d c z a s s p r a w y u o d p o r n i e n i a, tem, że znajdują się już w dostatecznej ilości w zdrowym, nieuodpornionym ustroju. Zarówno jednak jedne, jak i drugie, wiodą do wspólnego celu. Nie wiadomo atoli, które z nich odgrywają główną rolę w walce ustroju z gruźlicą? Z długiej argumentacyi Sahliego — o ile możemy wnosić — zdawałoby się, że autor pierwszorzędną rolę przypisuje tym czynnikom naturalnym, miejscowym, o których wyżej była mowa. »Giftfestigung« zaś, otrzymana przez sztuczną tuberkulinizacyę, gra rolę pomocniczą w tej czysto naturalnej samoobronie ustroju przed uszkodzeniem.

Ale TBk, pod względem teoretycznym tak wielostronnie uzasadnione przez Beranecka i przez Sahliego, napotyka na ostrą krytykę ze strony Landmanna i również ostrą odpowiedź dwóch wymienionych autorów. W szczegóły polemiki wchodzić nie będziemy, odsyłając ciekawych do źródła. Musimy jednak poruszyć niektóre ważniejsze zarzuty, ze względu na samą istotę sprawy.

Zasadnicze zarzuty Landmanna są następujące. W samym sposobie przygotowania TBk błędne jest wyeliminowanie peptonów, gdyż ilość ich w dawkach tuberkuliny jest tak nieznaczna (np. w dawce 0.001 ctm³ tub. Kocha wywołującej odczyn u królika, znajduje się tylko 0.0001 gr. peptonów), że nie może wpływać na podniesienie ciepłoty. Tymczasem pożywka zawierająca mało peptonów jest zła, gdyż lasecznik wytwarza zbyt mało jadu względnie słabo działający jad. Tymczasem — powiada Landmann — bulion pożywkowy Beranecka zawiera albumozy, które przechodzą doń z mięsa przy 1/2 godzinnem nagrzewaniu do 115%. Więc ta składowa część nie jest wolna od »albumoz«, lecz tylko »zawiera mało albumoz«. Drugi składnik, który ma zawierać niezmieniony wyciąg z ciała tbc, przez nagrzewanie do 70% w kwasie ortofosforowym chybia zupełnie celu, gdyż przez te manipulacye »działanie jadu gruźliczego jest w znacznej części zniszczone«. Taki sposób przygotowania nazywa L. »direkt widersinnig«. Jako dowód, że TBk nie może mieć ze względu na słabą swą toksyczność, odpowiedniego działania na gruźlicę ludzką, twierdzi Landmann »że nawet w dużych dawkach preparat Beranecka nie zabija świnki morskiej«. Twierdzenie to, po porównaniu stopnia toksyczności swego »tuberkulolu« ze starą tuberkuliną Kocha oraz z TBk, popiera Landmann następującem obliczeniem. Przy stosowaniu w szybko wzrastających dawkach swego »tuberkulolu«, starej tuberkuliny w dawkach Bandelier-Roepkego i TBk w dawkach Sahliego, otrzymuje się »maximale Giftfestigkeit«, wyrażoną w następujących cyfrach:

Beraneck-Sahli po 72 tygodniach dochodzą do 0.001 dawki śmiertelnej;

Bandelier-Roepke po 13 tygodniach dochodzą do 0.2 dawki śmiertelnej;

Landmann po 17 tygodniach dochodzi do 5·0 dawki śmiertelnej ([19]).

»Ponieważ — powiada Landmann — wedle Sahliego działanie lecznicze tuberkuliny polega na »Giftfestigung«, z cyfr wypada, że moja metoda dla osiągnięcia tego samego celu daje 5000 razy więcej, niźli metoda Sahli-Beranecka«.

Na te zarzuty odpowiada Beraneck w głównych zarysach, co następuje. Na podstawie doświadczeń wykazuje on, że wstrzyknięcie 1 ctm³ roztworu 1% peptonu w wodzie glicerynowej daje podwyższenie ciepłoty, choć w swem maximum nieco mniejsze, pod względem przebiegu jednak zupełnie analogiczne do otrzymanego po wstrzyknięciu 1 ctm³ przesączonej hodowli bulionowej Kocha. Działanie więc termiczne peptonów jest, zdaniem Beranecka, niewątpliwe. Dlatego też nie używa on ich do pożywki. Bulion jego natomiast zawiera ekto-toksyny, które nie ulegały żadnym manipulacyom fizycznym ani chemicznym, zdolnym zmienić ich właściwości, jak to się dzieje w starej tuberkulinie Kocha.

Co się tyczy toksyn wewnątrz-komórkowych, dowodzi Beraneck, że swym sposobem przygotowania nie wyciąga z ciała lasecznika »nukleoproteiny«, lecz endotoksynę specyalną, która wcale nie jest zmienioną przez podgrzewanie do 60° lub czasem do 62° — w każdym razie nie do 70°, jak twierdzi Landmann. Przeciwnie; podgrzewanie

do 60^0 przyspiesza wyciąg, nie zmieniając w niczem samej endotoksyny, która w dawce 4 miligr. substancyi suchej zabija świnkę morską gruźliczą.

Co się tyczy wreszcie twierdzenia Landmanna, że TBk nie jest toksyczną, Beraneck energicznie je odpiera, dowodząc, że TBk w dawce 1 ctm^3 zabija napewno świnkę morską, wagi 700—1000 gr. i zakażoną od 5—6 tygodni gruźlicą. Beraneck uznaje zupełnie, że jego TBk jest 4 razy mniej toksyczna od tuberkuliny Kocha. Ale to nie jest wadą, lecz jej dodatnią stroną. Twierdzi on bardzo stanowczo i kilkakrotnie, że zasadniczo należy rozróżniać działanie toksyczne, zależne nietylko od toksyn gruźliczych, ale od produktów dodatkowych, od działania swoistego, polegającego tylko na działaniu toksyn gruźliczych. Swoiste zaś działanie TBk jest aż nadto wyraźne. Dowodem tego są doświadczenia na koniach, w surowicy krwi których po wstrzykiwaniach TBk Beraneck znajdował precypityny, aglutyniny i gruźliczą substancyę uczulającą (sensibilisatrice tuberculeuse). Mieszanina takiej surowicy z kilkakrotną śmiertelną dawką TBk łagodzi działanie śmiertelne TBk u świnki morskiej. W odpowiedniem połączeniu mieszanina taka może zobojętnić zupełnie działanie śmiertelne TBk Co się tyczy nakoniec obliczeń porównawczych stopnia toksyczności »tuberkulolu« z TBk, — z których Landmann wysnuł wniosek, że TBk wogóle pozbawioną jest wszelkiego działania na człowieka gruźliczego, Beraneck z całą stanowczością odpiera ten zarzut i twierdzi, że chory gruźliczy jest bardzo wrażliwy na TBk. Dowodzą tego liczne spostrzeżenia kliniczne, z powodu których leczenie TBk trzeba zaczynać minimalnemi dawkami, czasem od $^1/_{20}$ rozczynu A/128. Dowodzą tego spostrzeżenia, że wielu chorych podczas całego leczenia nie może przekroczyć A/16 lub A/32, a rzadko który dochodzi do maksymalnej dawki 0.5 ctm^3 H.[3]), która jest 5000 razy mniej toksyczna, niż maksymalna dawka tuberkulolu. Ale z tego jeszcze nie wypada, aby u chorego, który doszedł do maximum tuberkulolu było 5000 rązy większe polepszenie, niżelį u chorego, który doszedł do 0.5 ctm^3 H. Tylko wyniki kliniczne są tu rozstrzygające, a właśnie chorzy, znoszący średnie dawki TBk, najlepiej się poprawiają. Beraneck formułuje swe wnioski jak następuje: 1) toksyny zawarte w tuberkulolu nie są identyczne z toksynami TBk, 2) toksyny zawarte w TBk (a więc ekto-i endotoksyny) zdaje się są więcej swoiste, niż zawarte w tuberkulolu, 3) niema żadnej równoległości między ilością całą wstrzykniętych toksyn, a skutkiem leczniczym tychże toksyn, niezależnie od tego, czy ta cała ilość będzie wyrażona w funkcyi toksyczności na zdrowem zwierzęciu, czy w funkcyi jej objętości (»volume«).

Wreszcie dla uzupełnienia swoistego działania TBk chcielibyśmy w dwóch słowach wspomnieć o jej działaniu na układ krwi. Wedle poszukiwań Etienne, Remy i Boulangier u suchotników starców, w wieku od 60—70 lat, ilość wielojądrzastych zmniejsza się we 24 godz. po wstrzyknięciu. Natomiast, po dłuższem, 6-miesięcznem leczeniu, ilość wielojądrzastych zwiększa się i zwiększenie to pozostaje stałem[4]).

Przechodzimy do kliniki, zaczynając od Sahliego.

W logicznym porządku pierwsze miejsce należy się wskazaniom. Jak wiadomo z »Über Tuberkulinbehandlung«, wedle Sahliego najbardziej nadają się do leczenia TBk przypadki początkującej gruźlicy, bez gorączki, przy dobrym stanie ogólnym, gdzie przy systematycznem leczeniu można otrzymać zupełne wyleczenie, a obok nich przypadki podejrzanej gruźlicy, czyli zapobiegawcze stosowanie TBk.

Ale oprócz lekkich przypadków gruźlicy płuc, stosuje Sahli TBk z dobrym skutkiem w całym szeregu innych postaci gruźlicy (peritonitis et pleuritis tub., laryngitis et enteritis tub., nephritis et lymphadenitis tub. itd. itd.), o ile sprawa nie występuje zbyt ostro i o ile niezależnie od siedziby występuje w pojedynczych narządach bez powikłania w innych. Widzimy więc, że skala stosowania TBk jest dość rozciągłą.

Mówiąc o wskazaniach, nie od rzeczy będzie zauważyć, że twórca TBk, Beraneck, opierając się na doświadczeniach Sahliego, wyraźnie zaznacza, że wskazania nie są ściśle określone, że nie podobna przewidzieć, w jakich przypadkach TBk będzie działała dodatnio, że wreszcie tylko doświadczenie może nas o tem pouczyć. Nie będziemy wchodzić w szczegóły różnych przeciwwskazań, omówionych obszernie w znanej pracy Sahliego. Zwrócimy tylko uwagę na jedną okoliczność. Sahli, jak wiadomo, będąc zasadniczym przeciwnikiem metody Kocha z powodu wywołanego przez nią odczynu, uważa podniesienie ciepłoty nawet o $^2/_{10}$ lub $^3/_{10}$ za objaw uszkodzenia ustroju przez tuberkulinę. Jednakże w lekkich przypadkach z gorączką, (bez bliższego jej określenia), — gdzie leżenie i środki przeciwgorączkowe pozostały bez skutku — otrzymywał Sahli dzięki TBk zmniejszenie, a następnie zniknięcie gorączki. W rękach więc Sahliego TBk wykazuje działanie przeciwgorączkowe. Taką własność TBk stwierdzają, — jak niżej zobaczymy — inni klinicyści.

Nad powolnem i stopniowem dawkowaniem, jako nad rzeczą znaną i stanowiącą kardynalną część metody Goetsch-Sahliego, dłużej zatrzymywać się nie będziemy. Zwrócimy tylko, ze względu na kliniczne wyniki, uwagę na dwa punkty. Najpierw, na minimalne dawki A/64.$^1/_{20}$ lub A/64·$^1/_{10}$, które Sahli uważa w początku leczenia za konieczne. Tymczasem inni klinicyści zaczynają od dawek znacznie większych i to w przypadkach ciężkich; wyniki zaś mają bardzo pomyślne. Następnie, na »osobiste optimum«, które czasem trzyma się na poziomie małych dawek, jak np. A/32 kilka dziesiętnych ctm^3, ale z powodu nietolerancyi ze strony ustroju przekroczonem być nie może. Przy takiem małem »osobistem optimum« można, jak słusznie twierdzi Sahli, otrzymać równie dodatnie wyniki, jak przy znacznie silniejszych rozczynach.

---

3) Wypada tu zauważyć, że H jest najsilniejszym rozczynem w skali 17 rozczynów TBk, gdzie dawniej najsłabszym był A/32, a obecnie jest nim A/512 (A/512, A/256, A/128, A/64... A/4, A/2. A. B. C. D. E. F. G. H.)

4) »Action de la tuberculine sur les polynucléaires chez les tuberculeux agés«. Extrait des C. rendus de la Société de Biologie a Nancy. Séance 18/I. 909 T LXVI p. 270.

Idąc dalej, pomijamy sprawę trwania leczenia, które przy różnych tuberkulinach u różnych autorów jest wielce elastyczne; — przy minimalnych dawkach Sahliego może ono trwać całe miesiące, a nawet i lata, na co słusznie zwracają uwagę w swej pracy Gouraud i Krantz. Chodzi atoli o rzecz w danym razie najważniejszą ze stanowiska zdrowia chorego — o ostateczny cel każdego leczenia, t. j. o wyleczenie. Ponieważ uodpornienie na maksymalne dawki tej lub innej tuberkuliny wcale jeszcze nie przemawia za wyleczeniem, oczekujemy więc ścisłej metody bakteryologicznej, sprawę tę rozstrzygającej. Sahli nam jej nie podaje, lecz zwraca się do różnych objawów polepszenia stanu ogólnego i miejscowego, jednem słowem do objawów klinicznych, znanych już dawno przed wynalezieniem tuberkuliny, ktore i bez swoistego leczenia o wyleczeniu rozstrzygają. Ale stąd wynika nowe, wielkiej wagi pytanie: kiedy wyleczenie można uważać za trwałe? I tu znów klinika ma głos rozstrzygający, ona to daje odpowiednie wskazówki do przerwania lub powtórzenia w danym razie TBk. Ostateczne wyniki TBk, dotyczące 150 przypadków (do 1907) — nie objęte statystyką, której Sahli w gruźlicy specyalnie nie lubi — uważa on w świetle własnego doświadczenia za bardzo zadowalniające. Wyniki wypadają tembardziej pomyślnie, skoro zważymy, że w jego materyale klinicznym spotykamy za obrębem płuc gruźlicę najrozmaitszych narządów, skoro obok przypadków lekkiej gruźlicy płuc, widzimy polepszenie w przypadkach ciężkich i z zakażeniem wtórnem, skoro TBk wreszcie okazuje się w danym razie skutecznym środkiem przeciwgorączkowym.

Od Sahliego przechodzimy do dalszych materyałów klinicznych.

Jeśli rozważyć dość obszerne piśmiennictwo, dotyczące stosowania TBk, to zwraca na siebie uwagę ten fakt, że preparat Beranecka wywiera wpływ dodatni, czasem nawet bardzo dodatni w najrozmaitszych postaciach gruźlicy. Istotnie, obok gruźlicy płuc spotykamy gruźlicę jelit, krtani, otrzewnej itd. itd., a dalej spotykamy najróżnorodniejsze postacie tak zwanej gruźlicy chirurgicznej, usadowionej w rozmaitych narządach i tkankach: stawy i kości, skóra i gruczoły, cały narząd moczowy, oko itd. itd. Rozpatrując bliżej objawy kliniczne, widzimy z jednej strony ogromną skalę nasilenia sprawy chorobowej w jednej i tej samej postaci. Z drugiej strony widzimy dwie odrębne metody postępowania stosownie do tego, czy TBk używana jest w gruźlicy — że się tak wyrazić wolno — »wewnętrznej“, czy też chirurgicznej. Wśród tej różnobarwności nawet w zakresie leczenia gruźlicy płuc, nie widzimy ustalonych wskazań i jednolitej metody postępowania. Jedni są zwolennikami Sahliego i zaczynają od minimalnych dawek, idąc stopniowo powoli w górę, drudzy metody tej wcale się nie trzymają. Jedni zalecają leczenie tylko u lekko chorych nie gorączkujących. Drudzy, przeciwnie, stosują TBk u ciężko chorych z wysoką gorączką. Wyniki jednak u wszystkich są zadowalniające, przebieg choroby odbywał się bez powikłań; opinie lekarzy wypadają dla TBk przychylnie.

W użyciu TBk w gruźlicy chirurgicznej, zwłaszcza kości i stawów, uderzają dwie znamienne cechy. Wstrzykiwania robi się wewnątrz ogniskowe (»interfocale«), zaczynając od dawek dużych (średnio od kilku dziesiętnych rozczynu A), wywołujących nietylko wyraźny odczyn miejscowy, lecz odczyn ogólny, w postaci bolów głowy, utraty łaknienia, wymiotów, ogólnego rozłamania i t. p., przy ciepłocie dochodzącej do 39—40° [5]). Niektórzy z klinicystów jak np. Campiche i Coulon — który w ciągu 3 lat leczył 50 różnorodnych przypadków gruźlicy kości i stawów (niektóre bardzo ciężkie) z wynikami 80% wyleczeń — uważają odczyn miejscowy i ogólny za rzecz pożądaną, za wyraz wzmożonej miejscowo fagocytozy, odgrywającej kapitalną rolę w wyleczeniu [6]). Czytelników ciekawych szczegółów odsyłamy do źródła.

W gruźlicy płuc — jak wyżej zaznaczyliśmy — niema ustalonych wskazań, a w związku z tem jest uchylenie się od nakreślonej przez Sahliego metody postępowania. Jedni, jak Bauer ([3]) i Pallarel ([23]), idąc zupełnie śladami Sahliego, stosują TBk tylko u niegorączkujących, zaczynają od minimalnych dawek słabych rozczynów, zwiększają dawki bardzo stopniowo, tylko o $^1/_{20}$ lub $^1/_{40}$ ctm³ i zatrzymują się ostatecznie na bardzo słabych rozczynach A/64 lub A/32, otrzymują jednak przy takiem małem »osobistem optimum« zupełnie zadowalniające wyniki. Fidler zaś uważa, że właściwie niema przeciwwskazań, chyba przypadki beznadziejne — i leczy ambulatoryjnie wszystkie trzy okresy gruźlicy płuc i formy gruczołowe z pomyślnym wynikiem, otrzymując nawet w daleko posuniętej sprawie poprawę stanu ogólnego, przy »immobilizacyi« procesu miejscowego ([14]). Drudzy postępują wręcz przeciwnie, Dindl robi wstrzykiwania TBk u ciężko chorych, z wielkim rozpadem lub jamami w płucach, przy ciepłocie od 39—40° i zaczyna odrazu od kilku dziesiętnych A, dochodząc czasem przy 21 wstrzyknięciu do D. $^6/_{10}$ ctm³, gdy zgodnie z Sahlim powinienby dojść tylko do A/16×$^5/_{10}$ [7]).

Arloing i Dumarest wspominają o ciężkim przypadku »posocznicy« gruźliczej u młodej dziewczyny, której stan pomimo różnych stosowanych środków stale się pogarszał. Dzięki jednak 5-miesięcznemu stosowaniu TBk, a następprzez 3 miesiące TBk i jednocześnie zawiesiny — tbc Arloinga chora została niemal wyleczona (»quasi-guérison«). Spotykamy nawet w piśmiennictwie przypadki beznadziejne, gdzie tylko działaniu TBk należy przypisać nadspodziewane wyniki. Pozwolimy sobie przypomnieć tu w paru słowach przytoczony już dawniej przez nas, nadzwyczaj ciekawy przypadek, opisany przez Rollier, a dotyczący młodej dziewczyny, cierpiącej już od 8 lat na gruźlicę płuc, u której raptem wystąpiły klasyczne objawy gruźliczego zapalenia opon przy ciepłocie dochodzącej do 40—41°, a z nimi jednocześnie objawy gruźliczego zapalenia otrzewnej oraz okostnej (periostitis sterno-costalis). Wobec stanu beznadziejnego, Rollier stosuje odrazu A×$^7/_{10}$ i to kilkakrotnie dziennie i po 3 miesiącach leczenia przy codziennych wstrzykiwaniach TBk otrzymuje znaczną poprawę. W 1½ roku potem chora pędzi życie prawidłowe, badanie zaś wy-

---

[5]) Z racyi wstrzykiwań wewnętrzno-ogniskowych zwraca uwagę Jaquerod, że przy wstrzykiwaniach TBK do pęcherza »następowało czasem chwilowe polepszenie, czasem zaś następowało trwałe pogorszenie« ([17]).

[6]) Nie możemy wchodzić w szczegóły; odsyłamy ciekawych do bardzo zajmującej pracy Coulona ([12]).

[7]) S-té vandoise de médicine in »Rev. meed. de la Suisse Romande« 1906, N. 8.

kazuje: zmiany płuc na drodze do zabliźnienia, zapalenie okostnej nie pozostawia śladów, w okolicy kątnicy oporność przy lekkiej bolesności ([24]). Analogiczny do tego przypadek, a mianowicie zapalenie opon gruźlicze u 3-letniego dziecka opisuje Vernet, przypisując wyleczenie również działaniu TBk. Zaznaczamy, że zaczynał on odrazu od dawki $A/32 \times 1/_5$ ctm³ ([27]). Idąc dalej spotykamy u wiedeńskich lekarzy, Baechera i Lauba, 8 przypadków (5 gruźlica płuc, 2 gruźlica kości i 1 forma gruczołowa), ciekawych z tego względu, że leczenie odbywało się przy kontroli wskaźnika opsonicznego. Szczegóły pomijamy, zaznaczając, że przy stosowaniu TBk we wszystkich 8 przypadkach nastąpiło znaczne polepszenie sprawy gruźliczej ([4]). Należy także przytoczyć 3 przypadki tocznia twarzy, datujące się od 3—7— i 20 lat, oporne na wszelkie używane środki i wyleczone w ciągu kilku miesięcy przez Lassueura zapomocą TBk ([20]). Winniśmy wreszcie wspomnieć o 8 przypadkach gruźlicy oka i to ciężkich (keratitis parenchymatosa, iritis, ablatio retinae) leczonych przez Dora w Lugdunie. Nie wchodząc w szczegóły, podajemy ostateczne wyniki, które brzmią: znaczne polepszenie lub zupełne wyleczenie, jak np. zupełne »przyklejenie się obu oderwanych siatkówek« (»réapplication complète de deux rètines dècollèes«) ([13]). O zadowalniających wynikach TBk w gruźlicy oka wspomina Junius z Kolonii ([18]).

Na zakończenie opisu działania TBk w świetle dostępnego nam piśmiennictwa, musimy jeszcze poruszyć sprawę jej przeciwgorączkowego działania. Wspomnieliśmy już, że Sahli używa TBk jako środka przeciwgorączkowego w pewnych przypadkach, opornych na inne zwykle używane środki, ale nie podaje szczegółów, dotyczących stopnia gorączki i dawkowania TBk. Otóż w tym punkcie jest wybitna różnica między rozmaitymi autorami. René Guillermin opisuje trzy przypadki u dorosłych ze znacznemi zmianami w płucach, gdzie sprowadzenie ciepłoty do normy zupełnie prawidłowej nastąpiło wyraźnie wskutek stosowania TBk. I co jest ciekawe, że w dwóch przypadkach uregulowanie nastąpiło przy minimalnych dawkach, $A/256 \times 1/_{10} \times 2/_{10}$ ctm³, — które były jednocześnie »indywidualnemi optima«, przekroczenie bowiem tych dawek wywołało skutek zupełnie odmienny ([15]). Wręcz sprzecznie z Guillerminem postępuje Fidler. Przy upartych gorączkach przeskakuje on odrazu od używanego u danego chorego rozczynu do czterokroć silniejszego, posługuje się dawką 4-kroć silniejszą od ostatniej i otrzymuje zupełnie zadowalniające wyniki ([14]). Dind zaczynając u ciężko chorych leczenie od A. przy gorączkach 39—40⁰, — jak wyżej wspomnieliśmy — otrzymuje znaczny spadek ciepłoty lub sprowadzenie jej do poziomu prawidłowego; nie skacze on z dawkami, jak Fidler, ale idzie w tempie o 3—4 razy szybszem od Sahliego. Wreszcie Arloing i Dumarest nie uważają gorączki za przeciwwskazanie do stosowania TBk lub BF, byle sprawa nie była zbyt daleko posunięta i nie miała skłonności do rozpadu ([2]). Z tego wypada, że przy różnych dawkach i przy rozmaitem ich zwiększaniu, można otrzymać z TBk skutki przeciwgorączkowe, jeśli nie jednakie, w każdym razie bardzo podobne.

———

Przechodzimy teraz do stosowania TBk w naszem Sanatoryum.

Wyżej już rozważaliśmy, dla jakich mianowicie względów, pomimo naszego sceptycznego stanowiska w stosunku do swoistego leczenia, uciekamy się do leczniczego użycia TBk, — powtarzać więc ich nie będziemy. Nasz materyał kliniczny obejmuje 61 chorych. Z tej jednak liczby wyłączamy 17 chorych, którzy dostali każdy z osobna mniej niż 8 wstrzyknięć i tych, u których przerwano wstrzykiwania dla następujących przyczyn. U ciężko chorych, którzy domagali się sami tuberkuliny, — przez ostrożność; u lżej chorych, u których tuberkulina zdawała się dawać dodatnie wyniki, wskutek obawy samych chorych, wreszcie wskutek przyczyn postronnych, jak n. p. wyjazd chorego. Liczbę 8 wstrzyknięć uważamy niejako za kryteryum. Może ono wydawać się sztucznem. W każdym razie 8 wstrzyknięć wymaga średnio 3—4 tygodni, t. j. takiego przeciągu czasu, który pozwala do pewnego stopnia sądzić o przebiegu choroby w związku z TBk. Przedmiot więc naszego sprawozdania stanowi 44 chorych, w okresie czasu od 1. stycznia 1907 do 1 lipca 1909, czyli $2^1/_2$ lata.

Nim przejdziemy do szczegółów klinicznych, należy w paru słowach wspomnieć o technice i metodzie stosowania. Wstrzykiwania robiliśmy stale po II. śniadaniu o 11—$11^1/_2$ godz. Miejsce wstrzyknięcia: tkanka podskórna pod grzebieniem łopatki. Strzykawka, z podziałem 1 ctm³ na 20 działek, cała szklana, dobrze wygotowana w wodzie wraz z igłą przed każdem wstrzykiwaniem. Miejsce wstrzyknięcia dobrze wytarte tamponem waty, zmaczanej w eterze. Tu odrazu zaznaczamy, że na 1661 wstrzyknięć nie mieliśmy żadnego miejscowego objawu, prócz lekkiego zaczerwienienia skóry, oraz lekkiego i przejściowego bólu, z samem przekłuciem skóry związanego. Co się tyczy sposobu postępowania, trzymaliśmy się w ogólnych zarysach metody Sahliego. Stosowaliśmy więc TBk unikając wszelkich możliwych odczynów. Przerywaliśmy wstrzykiwania przy każdem ogólnem niedomaganiu: zaburzenia w trawieniu, zwykłe mieszkowe zapalenie gardła, bóle głowy lub ogólne niedomaganie, i z reguły podczas miesiączkowania u kobiet. Naturalnie, przy każdem podniesieniu ciepłoty, choćby o 0·2—0·3, czy było ono w związku z wstrzykiwaniem TBk, czy też wynikło z innych przyczyn, wstrzykiwanie przerywaliśmy. Tembardziej postępowaliśmy tak samo, jeżeliśmy spostrzegli choćby najmniejsze powikłania ze strony chorych narządów, np. nieznaczne tarcie opłucnej lub lekki ból lub lekkie zabarwienie plwociny na czerwono itp. Zauważyć należy, że przez cały czas stosowania TBk nie mieliśmy ani jednego takiego powikłania w chorych narządach, którebyśmy mogli przypisywać bezpośrednio toksycznemu działaniu środka. U 6 chorych spostrzegaliśmy podczas wstrzykiwań krwioplucie (u 5 bardzo lekkie, większe u jednego), lecz wiązać go przyczynowo z TBk nie możemy. Objaw ten bowiem już ukazywał się również i przed stosowaniem TBk, lub ukazywał się tylko jednorazowo i nie powtarzał się w ciągu dalszych wstrzykiwań. U trzech chorych stwierdziliśmy nazajutrz po wstrzyknięciu trochę więcej rzężeń w ogniskach; czy je należy jednak przypisywać tuberkulinie, bardzo wątpimy. Kilka razy spotykaliśmy wzniesienie ciepłoty o kilka dziesiętnych, bez przekroczenia 38. Trudno jednak orzec, czy objaw ten występował »post hoc«, czy »propter hoc«. Natomiast ogólne niedomaganie (uczucie znużenia, zawroty, bóle gło-

wy itd. itd.), które nam wydawały się w związku przyczynowym z TBk, spostrzegaliśmy u 5 chorych. U 3 z nich były one przejściowe, u 2 zaś z tego powodu przerwaliśmy leczenie, doszedłszy do dawek $A \times {}^4/_{10}$ i $A \times {}^2/_{10}$. Tu jednak zauważyć winniśmy, że jedną z tych 2 osób była 22-letnia panna z nieznacznemi zmianami w płucach, bez gorączki, która przybrała w Zakładzie 16 klg. wagi (doszła do 80) i u której stosowaliśmy TBk w celu wzmocnienia otrzymanego już uodpornienia. Tymczasem doszedłszy do dawki $A.{}^4/_{10}$ zaczęła się ta chora wyraźnie czuć gorzej i tracić na wadze. Zjawisko to potwierdzałoby zdanie Sahliego, że chory, niezależnie od zmian w płucach i dobrego stanu ogólnego, ma swoje »indywidualne optimum«, którego przekroczyć nie można, bez narażenia ustroju na większe lub mniejsze zaburzenia. U drugiego natomiast chorego, 19-letniego chłopca, w I okresie Turbana, u którego stosowaliśmy TBk podczas drugiego pobytu w Sanatoryum, — całe leczenie szło bardzo pomyślnie i wpłynęło zdaje się na poprawę sprawy płucnej i stanu ogólnego. Zupełnie jednak niespodzianie okazała się nietolerancya (uczucie znużenia) bóle głowy, bez podniesienia ciepłoty) przy dawce $A.{}^2/_{10}$ tak, że na tej dawce leczenie zakończyliśmy. Za obrębem tych dwóch przypadków, przy takich względnie niewielkich dawkach, innych objawów braku tolerancyi nie spostrzegaliśmy, choć dochodziliśmy u cięższej chorych do dawek znacznie większych.

Co się tyczy wysokości dawek początkowych i następnych, uchyliliśmy się trochę od Sahliego, który u dorosłych zwykle zaczyna od $A/64.{}^1/_{20}$ ctm³ i zwiększa przy prawidłowym, wolnym od odczynu przebiegu każdą następną dawkę o ${}^1/_{20}$ tylko, dochodząc zaś do ${}^5/_{10}$ ctm³ danego roztworu dawkę tę kilka razy powtarza, zanim przejdzie do ${}^1/_{20}$ następnego roztworu. Myśmy zwykle zaczynali od $A/64 \times {}^1/_{10}$ ctm³, kilka razy tylko u chorych osłabionych, od $A/64 \times {}^1/_{20}$, u silniejszych zaś od $A/64 \times {}^2/_{10}$. Następne dawki zwiększaliśmy zwykle o ${}^1/_{10}$, a więc $A/64 \times {}^1/_{10}$, $A/64 \times {}^2/_{10}$ i t. d. U silniejszych jednak chorych przeskakiwaliśmy czasem o całe ${}^2/_{10}$ (np. $A/32 \times {}^1/_{10}$, $A/32 \times {}^3/_{10}$, $A/32 \times {}^5/_{10}$). Wreszcie doszedłszy do ${}^5/_{10}$ danego roztworu, nie powtarzaliśmy go, jak to czyni Sahli, kilka razy, lecz przechodziliśmy, o ile nie było jednego z wyżej omówionych przeciwwskazań, odrazu do ${}^1/_{10}$ następnego roztworu (np. $A/32 \times {}^5/_{10}$ jeden raz i dalej $A/16 \times {}^1/_{10}$). Do takiego sposobu dawkowania upoważniła nas ta okoliczność, że u innych lekarzy szwajcarskich spotykamy w poważnych przypadkach gruźlicy płuc lub innych narządów dawkowanie już od początku większe i idące w szybszem, niż u Sahliego, tempie. Wyniki jednak, podawane przez poważnych klinicystów — jak niżej powiemy — okazały się pomyślnymi lub bardzo pomyślnymi. Praktyka usprawiedliwia nasz sposób postępowania, — nie przyniósł on bowiem szkody chorym.

Nasz materyał kliniczny przedstawia się w świetle cyfr w sposób następujący: Ilość chorych leczonych TBk wynosi 44[8]). Ogólna ilość wstrzyknięć wynosi 1592.

Według dawnej klasyfikacyi Turbana ilość chorych w poszczególnych okresach wynosi:

W	I okr. .	18 chorych
»	II » .	14 »
»	III » .	12 »

U jednego chorego:
minimalny okres leczenia 3 tyg. — minimalna ilość wstrzyknięć 8,
maksymalny okres leczenia 39 tyg. — maksymalna ilość wstrzyknięć 65,
średni okres leczenia 18.2 tyg. — średnia ilość wstrzyknięć 36.

Celem bliższego określenia stanu chorych zaznaczyć winniśmy, że u jednego chorego w I okresie spostrzegaliśmy gruźlicę krtani (naciek w okolicy nalewkowej i prawdziwych strun głosowych) — u trzech chorych w III również gruźlicę krtani (laryngitis tub.), u 2 z nich w takim stopniu, jak u chorego w I okresie, u jednego zaś sprawę daleko posuniętą z owrzodzeniem strun, części nalewkowej itd. Wreszcie u jednej chorej w III okresie gruźlicę jelit, kilkakrotnie bakteryologicznie stwierdzoną.

Podając cyfry, należy zauważyć także, iż wśród liczby 44 chorych znajduje się 6 takich, którzy powtórzyli leczenie higieniczno-dyeteczne w Sanatoryum w odstępie $3^1/_2 - 4^1/_2$ miesięcy i jednocześnie odbyli powtórny kurs wstrzykiwań TBk. Rozpatrując klasyfikacyę chorych na okresy z uwzględnieniem przytoczonych powikłań wynika, żeśmy się nie ograniczyli do przypadków początkującej gruźlicy. Sprawa wskazań, jak wyżej obszernie mówiliśmy, jest sprawą wielce powikłaną i dotąd należycie nie rozwiązaną. Jeśli z jednej strony wśród zwolenników swoistego leczenia przeważa zdanie, że najlepiej doń nadają się przypadki początkującej gruźlicy — to znów z drugiej strony spotykamy cały zastęp autorów, którzy się tej zasady nie trzymają. Leczą oni przypadki bardzo ciężkie, niektórzy zaś, jak Denys, Schnöller, C. Spengler i inni — nawet beznadziejne. Nadto stosują oni swoiste leczenie nietylko w ciężkich postaciach gruźlicy płuc lub innych poszczególnych narządów, lecz w takich razach, gdzie gruźlica płuc jest powikłana przez gruźlicę innych narządów, np. przez gruźlicę krtani lub otrzewnej lub oka itd. Historya tuberkuliny wskazuje, że w takich przypadkach można otrzymać nadspodziewanie pomyślne wyniki.

To też stosując tuberkulinę Beranecka w naszym zakładzie, nie nakreśliliśmy sobie z góry na gruncie wskazań żadnego ściśle określonego kryteryum. Usunęliśmy od leczenia ciężko chorych, u których zmiany miejscowe w zestawieniu ze stanem ogólnym dawały wyraźnie złe rokowanie, natomiast nie wybieraliśmy z rozmysłem najbardziej lekko chorych, mając to przeświadczenie i doświadczenie, że zwykła metoda higieniczna w takich razach sama przez się jest dostateczna dla uodpornienia ustroju. Staraliśmy się jednak stosować TBk przeważnie w takich przypadkach, gdzie leczenie higieniczne szło opornie lub w takich, gdzie po otrzymaniu nieznacznego polepszenia sprawa się zatrzymywała na jednym punkcie, nasuwając myśl, że ustrój sam sobie nie wystarcza i potrzebuje bodźca zewnętrznego dla dalszego uodpornienia.

Dalej stosowaliśmy TBk w przypadkach, gdzie stany podgorączkowe lub lekkie gorączkowe uporczywie się trzymały,

---

[8]) Ogólna ilość chorych wynosiła 61. Wyłączamy jednak ze sprawozdania 17 chorych, z których każdy miał mniej od 8 wstrzyknięć. Ogólna liczba wstrzyknięć u nich wynosi tu 69.

pomimo leżenia w łóżku przy użyciu odpowiednich środków przeciwgorączkowych. Wreszcie na usilne żądania chorych wstrzykiwaliśmy TBk i w paru przypadkach ciężkich z wielkiemi zmianami rozpadowemi w płucach i powikłaniami poważnemi w krtani, ale z niewielką względnie gorączką, dochodzącą do 38⁰ — i tu właśnie otrzymaliśmy nieoczekiwane, lecz pomyślne wyniki.

Ogólne wyniki przedstawiają się, jak następuje:

Chorzy		znaczna poprawa	względna poprawa	bez zmiany
I. okres	18	5	6	7 [9])
II. »	14	6	3	5
III. »	12	5	2	5
razem	44	16 (czyli 36%)	11 (czyli 25%)	17 (39%).

Wyniki, oparte na tych cyfrach, podajemy z wszelkiem zastrzeżeniem, ze względu na to, że materyał nasz nie jest obfity. W każdym razie mamy prawo wysnuć niektóre ogólne wnioski, które z zestawienia cyfr i rozpatrzenia przebiegu leczenia — z uwzględnieniem różnych szczegółów, dotyczących chorych — mimowoli się nasuwają. Przedewszystkiem wypada ten wniosek, że poprawa pod wpływem TBk niema bezpośredniego związku z rozległością zmian chorobowych. Świadczą o tem cyfry w rubryce »znaczna poprawa«, gdzie największy odsetek i najwyraźniejszych polepszeń przypada na II. i III. okres. Świadczy o tem, — wprawdzie oderwany — fakt nietolerancyi względem TBk u jednej z »najbardziej zdrowych« — że się tak wyrazimy — wśród chorych I. okresu. — Dalej ciekawe są fakty następujące: Najwybitniejszą poprawę, i to nietylko w płucach, ale i w krtani, — nie mówiąc już o stanie ogólnym z przybytkiem wagi — otrzymaliśmy u dwóch chorych w III. okresie. U jednego z nich sprawa w krtani była w średnim stopniu. Natomiast u drugiego 40-letniego chorego, cierpiącego już od lat kilku, mającego największe zmiany w płucach i krtani wśród całej ilości 44, któremu robiliśmy wstrzykiwania na usilne jego żądanie, nastąpiła znakomita poprawa w obu tych narządach. Dodać przytem należy, że całe leczenie odbyło się w ciągu 9 tygodni, z ilością 21 wstrzyknięć, przerwanych wskutek wyjazdu chorego dla spraw rodzinnych. — Wybitną poprawę płuc i stanu ogólnego z przybytkiem 10 klgr. wagi otrzymaliśmy także u 30-letniej panny w III. okresie, dotkniętej jednocześnie gruźlicą jelit.

Natomiast u 4 chorych w I. okresie z liczby 7 pod rubryką »bez zmiany« widzimy minimalne zmiany szczytowe, ograniczające się do nieznacznych zmian opukowych i oddechowych bez rzężeń. — Z drugiej zaś strony w rubryce »względna poprawa« w I. okresie mamy chorego, dotkniętego gruźlicą krtani, u którego nastąpiła poprawa zarówno stanu płuc, jak i krtani.

Rozpatrując dalej niektóre szczegóły, dotyczące działania TBk, zaznaczyć powinniśmy obniżenie ciepłoty lub sprowadzenie jej do stanu zupełnie prawidłowego. Spostrzegaliśmy to widoczne działanie przeciwgorączkowe u 6 chorych, z których 3 w II. okresie, a 3 w III. okresie. Zaznaczamy przytem, że dłuższe leżenie w łóżku przy używaniu odpowiednich środków przeciwgorączkowych okazało się **przed** stosowaniem TBk bezskutecznem. W przeciwstawieniu do tego zauważyć winniśmy, że u dwóch chorych w I. okresie z minimalnemi zmianami w płucach, TBk okazała się bez wpływu na stany podgorączkowe (średnio 37·3 do 37·5), któreśmy skłonni byli przypisywać nietylko płucom, ale ukrytej sprawie gruczołowej.

Wreszcie podnieść należy tę okoliczność, że u cięższej chorych stan ogólny (samopoczucie, apetyt, trawienie, sen, waga, i t. d. i t. d.) poprawiał się wyraźniej, niż u lżej chorych; że poprawa ta następowała skądinąd prędzej, czyli po mniejszej ilości wstrzyknięć, niż u lekko chorych po większej.

Podając te wszystkie szczegóły, spieszymy zauważyć, że mówimy tylko o wynikach przy wypuszczeniu chorych z zakładu. Nie możemy twierdzić, czy dodatnie te wyniki pozostaną trwałemi. Wiadomości, o ile mogliśmy je dostać, brzmią pomyślnie u większości chorych. Natomiast u 7 sprawa poszła naprzód, 3 zaś z nich ma się znacznie gorzej. — Oprócz tego, dwaj chorzy zmarli: jeden w miesiąc po ukończonem leczeniu, które trwało przeszło sześć miesięcy, drugi w 15 miesięcy po ukończonem leczeniu. — W związku z tem chcemy zauważyć, że u jednego chorego, 20-letniego młodzieńca, u którego doszliśmy po 20 tygodniach leczenia do najwyższej dawki wśród wszystkich chorych, a mianowicie do E 6/10, w 3 miesiące po zakończonych wstrzykiwaniach nastąpiło krwioplucie, które w parę miesięcy później powtórzyło się, a za niem nastąpiło pogorszenie w płucach. Nie mamy zamiaru łączyć krwioplucia przyczynowo z TBk, choćby z tego względu, że nastąpiło ono w 3 miesiące po ukończonem leczeniu. Chodzi nam jednak o to, że młody człowiek, chory już od lat 6, znajdował się w stanie niezmienionym od 4 lat. Że sprawa była przez 4 lata wstrzymana, możemy stanowczo twierdzić, gdyż chory przez cały ten czas pozostawał pod naszą opieką, bądź w Sanatoryum, bądź poza jego murami w Zakopanem. Jeśli wstrzykiwaliśmy w ciągu 5 miesięcy TBk dochodząc do wysokich dawek bez żadnego odczynu, to jedynie w celu trwałego uodpornienia ustroju, uważając przypadek powyższy za najbardziej w tym względzie odpowiedni. Rzeczywistość zadała kłam naszym przypuszczeniom.

Streszczając nasze uwagi, przy porównawczem zestawieniu niektórych liczb z dziedziny swoistego leczenia z odpowiedniemi liczbami z zakresu higieniczno-dyetetycznego możemy powiedzieć, że trudno, jeśli niepodobna, dojść do **syntetycznych** bardziej ścisłych wniosków na podstawie stosowania TBk w naszem Sanatoryum. Liczby te powiadają nam, co następuje:

Ilość dodatnich wyników (łącząc razem znaczną i względną poprawę) wynosi w naszych rocznych sprawozdaniach podczas okresu wstrzykiwania TBk wśród **ogólnej** liczby chorych 83—90%. Natomiast u 44 chorych, leczonych TBk, dodatnie wyniki stanowią tylko 61%, z zastrzeżeniem raz jeszcze powtórzonem, że materyał 44 chorych jest mały, zwłaszcza jeśli zważymy, że **ogólna** liczba chorych wynosi rocznie okrągło 250. Z drugiej jednak strony materyał ten jest przeciętnie gorszy, niż materyał, będący przedmiotem swoistego leczenia.

---

[9]) W liczbie 7 włączeni są 2 wyżej wymienieni chorzy, u których z powodu objawów ogólnych przerwaliśmy wstrzykiwania TBk.

Dalej dotkniemy paru ważnych szczegółów. Wśród całej liczby chorych wzrasta waga u 75%, przyrost zaś jej wynosi średnio na 100 dni pobytu 7 kgr. dla jednego chorego. U 44 leczonych TBk waga wzrasta tylko u 60% przyrost zaś średni na 100 dni wynosi tylko 3.3 kgr. Wreszcie jeszcze jeden ciekawy szczegół. Prątki Kocha znikają wogóle średnio u 14—15% chorych, gdy u leczonych TBk tylko u 7%.

Nakoniec podnieść jeszcze należy jedną ważną okoczność, a mianowicie: przy pomyślnych wynikach nasuwa się mimowoli przypuszczenie, czy nie dałyby się one osiągnąć w równej mierze przy wyłącznem leczeniu higieniczno-dyetetycznem? Przypuszczenie to jednak niezawsze da się utrzymać, skoro zważymy szeregi przypadków i to bardzo ciężkich, zaczerpniętych z dostępnego nam piśmiennictwa, z dołączeniem i naszych własnych, gdzie po krótszem lub dłuższem bezowocnem leczeniu higienicznem następowały pomyślne wyniki stosowania tej lub innej tuberkuliny.—Ale tym sposobem wkraczamy w dziedzinę kazuistyki. Istotnie, zajmuje ona obszerne miejsce w swoistem leczeniu gruźlicy w związku z tem zamieszaniem pojęć w zasadniczych sprawach, w związku z temi niejasnościami i sprzecznościami klinicznemi, o których na wstępie naszej pracy mówiliśmy. Odgrywa ona jednem słowem zbyt poważną rolę, abyśmy ją mogli ignorować. Jakkolwiek przytoczone przez nas wyżej liczby średnie ze statystyki różnych autorów nie mogą służyć za dowód wyższości swoistego leczenia, jakkolwiek nasze ogólne wyniki cyfrowe u chorych, leczonych TBk, są gorsze od wyników przy stosowaniu zwykłej metody, jednak poszczególne wyniki, zwłaszcza u ciężko chorych, są niewątpliwie zastanowienia godne.

Czekamy już wprawdzie 18 lat na rozstrzygnięcie różnych zagadnień z dziedziny działania tuberkulin i mamy to przeświadczenie, że rozstrzygnięcie ich ugruntuje swoiste leczenie na trwałych podstawach. Dziś jednak, pomimo wszelkich niepewności, obojętnymi widzami być nie możemy. Stoimy bowiem wobec faktów, które powiadają, że działanie tuberkulin — w danym razie TBk — może być nadspodziewane. Nie wiemy jednak, w jakich przypadkach, u jakich chorych i przy jakich okolicznościach? Nie mamy, jednem słowem, jasno sformułowanych wskazań. Wobec faktów jednak mamy prawo posługiwać się swoistem leczeniem, ale bez zbytniego entuzyazmu, ale z całym sceptycyzmem, jaki nakazuje bezstronne badanie całej historyi tuberkuliny.

Trzymając się zasady Sahliego: »można pomódz, ale nigdy zaszkodzić choremu«, stosowaliśmy TBk w naszem Sanatoryum, bacząc na ostrożne dawkowanie i na unikanie odczynu, przy stałej i ścisłej kontroli chorych. W bilansie nie mamy najmniejszej szkody. Spowodowaliśmy widoczną poprawę, i to u ciężko chorych.

Bibliografia.

1. Arloing et Dumarest: Revue de la tuberculose Nr 3, 1909. — 2. Ciż sami. Ibidem Nr 5, 1909. — 3. Bauer: Revue med. de la Suisse romande Nr 6, 1907. — 4. Baecher u. Laub: Wiener klin. Wochs. Nr 44, 1908. — 5. Béranck: Revue med. de la Suisse rom. Nr 10, 1905. — 6. Tenże: Ibidem Nr 8, 1906. — 7. Tenże: Ibidem Nr 6, 1907. — 8. Tenże: Ibidem Nr 7, 1907. — 9. Tenże: Beitr. zur Klin. der Tub. Bd. X. — 9 b. Tenże: Medical Annual, 1909. — 10. Campiche: Revue méd. de la Suisse rom. Nr 8, 1906. — 11. Cevey: Ibidem Nr 11 et 12, 1908. — 12. Coulon: Ibidem Nr 6, 1907. — 13. Dor: La clinique ophtalmolog. Avril et Mai, 1909. — 14. Fidler: Przegląd lek. Nr 50, 1909. — 15. Guillermain: Revue med. de la Suisse romande Nr 7, 1908. — 16. Gouraud et Krantz: Revue de la tuberculose 1909, Nr 3 i 4. — 17. Jaquerod: Revue med. de la Suisse romande Nr 10, 1909 i Communication au congrès des médecins suisses. Ibidem Nr 6, 1907.— 18. Junius: Zeitschr. für Augenh. Bd. XXI., Heft 5. — 19. Landmann: Brauers Beitr. Bd. X. — 20. Lassueur: Revue prat. des mal. cutan. Nr 11, 1907. — 21. Machard: Revue med. de la Suisse romande Nr 6, 1907. — 22. Massol: Ibidem Nr 3, 1908. — 23. Pallard: Ibidem Nr 6, 1907. — 24. Rollier: Ibidem 1906, Nr 8 i Ibidem Nr 6, 1907. — Sahli: »Ueber die Tuberkulinbehandlung« Basel, 1907 (2. Aufl.). — 26. Tenże: Brauers Beitr. Bd. X. — 27. Vernet: Revue med. de la Suisse rom. Nr 7, 1907.

Z oddziału i kliniki laryngologicznej Prof. Pieniążka w Krakowie.

Dwieście siedemdziesiąt trzy przypadki twardzieli

leczone w latach 1894—1910

podał

Dr Antoni Pachoński

asystent kliniki.

Głównem siedliskiem twardzieli jest część Europy, obejmująca Galicyę i jej bezpośrednie sąsiedztwa. W tej części Europy choroba ta nigdy nie wygasa, utrzymuje się stale, a jak to ewidencya szpitalna stwierdza, nawet coraz więcej się szerzy. Z każdym rokiem coraz liczniejsze zastępy tych chorych szukają leczenia szpitalnego i chociaż tylko u małej ich części choroba bezpośrednio życiu zagraża, to przecież u ogromnej większości znacznie narusza zdrowie i w wysokim stopniu obniża zdolność do pracy, a z powodu typowo przewlekłego przebiegu, ciągnącego się całemi latami, doprowadza chorych do ruiny ekonomicznej Szerząc się prawie wyłącznie wśród warstw żyjących z pracy fizycznej, pomnaża twardziel rok rocznie zastępy osobników, stających się stopniowo najpierw ciężarem rodzin, a w dalszym ciągu i kraju.

Podobnie endemicznie, jak w Galicyi, występuje twardziel w Europie tylko w najbliższem jej sąsiedztwie, jak w północnej części Węgier, w południowej części Królestwa Polskiego, Wołynia i Podola rosyjskiego, mniej na Śląsku, Morawach i Czechach. Gdzieindziej występuje twardziel tylko sporadycznie, jak w północno-zachodniej Hiszpanii, a endemicznie poza Europą jedynie, w Ameryce środkowej, dokąd prawdopodobnie została zawleczona przez emigrantów.

W ciągu 15 lat pozostawało w leczeniu na oddziale laryngologicznym szpitala św. Łazarza, t. j. późniejszej klinice laryngologicznej Uniw. Jagiell w Krakowie, 273 przypadki twardzieli, z których 232 pochodziło z Galicyi, 32 z Królestwa Polskiego, 6 z Węgier, 2 z Bukowiny i 1 z Moraw.

Zanim przystąpię do zestawienia i omówienia tych przypadków twardzieli, chciałbym w kilku słowach przypomnieć główne dane z jej historyi, etyologii i anatomii patologicznej.

Po raz pierwszy spotykamy się w piśmiennictwie z opisem twardzieli w r. 1870. Mianowicie Hebra spostrzegał wówczas, jak się wyraża, »dziwny nowotwór nosa«, który

uważał za pewną odmianę mięsaka i nazwał go twardzielą nosa (rhinoscleroma). Niebawem, jak to zwykle bywa, za pierwszym opisem poszły dalsze. Liczba przypadków spostrzeganych i ogłaszanych wzrastała. Ganghofner na podstawie przypadku, sekcyonowanego przez siebie, wykazał, że nie jest to tylko choroba nosa, ale wogóle choroba błony śluzowej górnego odcinka dróg oddechowych, i on też pierwszy wprowadził dzisiejszą nazwę: twardziel (scleroma). Sprawa, uważana już wówczas za przewlekle zapalną, zyskuje nowe oświetlenie w r. 1882, kiedy Frischowi powiodło się w tkance twardzieli nosa znaleźć i z niej wyhodować prątka twardzieli, t. j. krótką (3—4 μ), owalną laseczkę z otoczką, układającą się w pary — podobną pod wielu względami do prątka, opisywanego przez Friedländera przy włóknikowem zapaleniu płuc (pneumobacillus capsulatus), i do mikroba (coccobacillus foetidus ozaenae), podanego w r. 1901 przez Pereza, jako swoisty prątek ozeny. Swoistość prątka Frischa została udowodniona w 1893, kiedy Stepanowowi w Moskwie powiodło się szczepienie prątka do przedniej komory ocznej u świnki morskiej, poczem w rogówce i tęczówce wytworzyły się drobne guziczki tkanki twardzielowej z typowemi komórkami Mikulicza i obficie w nich znajdującymi się prątkami twardzieli.

Dokładne badania Mikulicza wykazały, że twardziel zaczyna się w błonie śluzowej jako naciek drobnych okrągłych komórek pomiędzy włóknami tkanki łącznej. Komórki okrągłe zamieniają się wkrótce już to na komórki większe zawierające wakuole, już to na komórki wrzecionowate i gwiazdkowate, a pewne z nich zamieniają się w wielkie pęcherzykowate twory, z jądrem położonem obwodowo, w tak zwane komórki Mikulicza z obficie (20—60) wśród nich występującymi prątkami otoczkowymi Frischa.

W dalszym przebiegu znaczna część komórek nacieku ulega przeobrażeniu w kule szkliste; komórki wrzecionowate wyciągają się w długie włókna, a początkowo miękki naciek przechodzi stopniowo w twardą tkankę włóknistą, o wielkiej zdolności kurczenia się i ściągania, przez co powstają rozległe, nieraz promieniste blizny, przypominające blizny kiłowe, różniące się od nich obok przesuwalności na podstawie głównie tem, że wśród nich bardzo często znajdujemy zachowany jeszcze naciek twardzielowy, lub choćby jego pozostałości w postaci kul i mas szklistych.

Nabłonek ponad naciekiem jest albo niezmieniony, albo znacznie zgrubiały, a migawkowy zamieniony na wielowarstwowy płaski. W okresach późniejszych wysyła on w głąb dość grube nieraz wypustki. W niektórych razach, a właściwie w niektórych miejscach, wystawionych więcej na różnego rodzaju urazy, np. w gardle, powstają w nabłonku niekiedy powierzchowne ubytki, nadżerki, sprawiające pozornie wrażenie owrzodzeń, które wcale nie są dla tej choroby znamienne, gdyż nacieki twardzielowe właśnie brakiem rozpadu różnią się od innych naciekowych spraw chorobowych. Rzeczywisty rozpad zdarza się tylko na guzach twardzielowych, usadowionych na granicy skóry i błony śluzowej nosa. W tych miejscach czasami guz taki przybiera barwę sinawą, rozmięka, a po pęknięciu wylewa się z niego nieco płynu surowiczego, zasychającego w strup, pod którym rozpad może się nawet głęboko szerzyć.

Makroskopowo występują nacieki twardzielowe na błonach śluzowych w postaci ogniskowej, jako ograniczone nierówności, ziarnistości lub mniej albo więcej wyraźne guziczki wielkości groszku, halerza, a nawet orzecha, barwy bladoróżowej lub więcej szarawej, przy dotykaniu łatwo broczące, albo też jako nacieki szeroko rozlane, wywołujące nierówne faliste zgrubienie błony śluzowej. Najczęściej jednak obie te postacie kombinują się, co szczególnie wyraźnie występuje w tchawicy, gdzie obejmujemy okiem naraz znaczną powierzchnię.

Kliniczne objawy twardzieli przedstawię w części statystycznej, objaśniając je opisem więcej pouczających przypadków, a tutaj wspomnę tylko o rokowaniu. Co do wyzdrowienia jest ono z bardzo tylko nielicznymi wyjątkami zupełnie niepomyślne. Choroba ciągnie się latami. Obok mało znacznych dolegliwości, pochodzących z uczucia suchości w nosie, gardle, krtani, obok kaszlu suchego i przykrej chrypki, chorzy ci doznają często znacznego utrudnienia oddechu, które ich wyczerpuje fizycznie, czyni mniej odpornymi i skłonnymi do zakażenia się gruźlicą, która jest niemal z reguły ich losem i końcem. Co do życia rokowanie jest pomyślne dopóty, dopóki zajęte są chorobą tylko nos, jama nosowo-gardłowa i gardło. Przy takiem usadowieniu nie zagraża życiu chorych niebezpieczeństwo, a tylko oddech nosem jest utrudniony lub zniesiony, co udaje się przynajmniej czasowo, dość łatwo usuwać, a z biegiem lat w miarę przemiany włóknistej może nastąpić zupełne wygaśnięcie sprawy chorobowej. Inaczej przedstawia się sprawa, gdy choroba usadowi się w krtani, tchawicy i oskrzelach czy to pierwotnie, czy to posuwając się na te miejsca z odcinków wyżej położonych. Wówczas wytwarza się zwężenie tych dróg oddechowych, przyczem bardzo często tylko doraźny zabieg operacyjny ratuje życie.

W naszych 273 przypadkach rozmieszczenie zmian twardzielowych było następujące:

nos	4
jama nosowo-gardłowa	4
krtań	45
tchawica	3
oskrzela	1
nos, jama nosowo-gardłowa	8
nos, krtań	10
nos, tchawica	1
nos, krtań, tchawica	3
krtań, tchawica	14
krtań, tchawica, oskrzela	3
nos, warga	2
jama nosowo-gardłowa, krtań	21
» » tchawica	1
» » krtań, tchawica	10
» » krtań, tchawica, oskrzela	1
» » gardło, krtań	1
» » gardło, krtań, tchawica	2
gardło, krtań	6
» » tchawica, oskrzela	1
nos, gardło, krtań	1
» » tchawica	1
» jama nosowo-gardłowa, krtań	42
» » » tchawica	4
» » » krtań, tchawica	11
» » » » » oskrzela	2
» » » tchawica, oskrzela	1
» » » warga	1
» » » » gardło	1
» » » » policzek	1
» » » gardło	10

nos, jama nosowo-gardłowa, gardło, krtań	20
» » » » » tchawica	8
» gardło, jama nosowo-gardł., krtań, tchaw., oskrz.	2
» język, » » jama ust, gardło	1
» podniebienie miękkie, jama nosowo-gardł., krtań	4
nos, podniebienie miękkie, jama nosowo-gardł., krtań, tchawica	2
nos, podniebienie miękkie, jama nosowo-gardł., krtań i oskrzela	1
nos, podniebienie miękkie, jama nosowo-gardł., gardło	2
nos, podniebienie miękkie, jama nosowo-gardł., gardło, krtań, tchawica	1
nos, podniebienie miękkie i twarde, jama nosowo-gardł., gardło, krtań	1
nos, podniebienie miękkie i twarde, gardło	1
podniebienie miękkie i twarde, gardło, jama nosowo-gardł., krtań	1
podniebienie miękkie, jama nosowo-gardł., krtań	3
nos, podniebienie miękkie, krtań	1
» » » » gardło	1
» » » » » tchawica	1
podniebienie miękkie, gardło, krtań	1
nos, warga, policzek, » » j. nosowo-gardł.	1
» » dziąsła, podniebienie miękkie i twarde, gardło, oczodół	1
nos, gardło, podniebienie miękkie, jama nosowo-gardł., krtań	1
nos, gardło, podniebienie miękkie, jama nosowo-gardł., tchawica	1
nos, dziąsła, podniebienie miękkie i twarde, jama nosowo-gardł.	1
nos, dziąsła, podniebienie miękkie i twarde, jama nosowo-gardł., krtań, tchawica	1
Razem	273

Z powyższego zestawienia łatwo obliczyć można, że na 273 przypadków zmiany twardzielowe wystąpiły ogółem w krtani 223 razy, w jamie nosowo-gardłowej 172, w nosie 155, w tchawicy 75, w oskrzelach 12, w gardle 67, na podniebieniu miękkiem 25, na podniebieniu twardem 6, na dziąsłach 3, na wardze 7, policzku 2, a po razu na języku. na dnie jamy ustnej i w oczodole.

Co do częstości zmian zajmuje zatem krtań pierwsze miejsce i pomimo że, jak się dzisiaj ogólnie przyjmuje, zakażenie twardzielą następuje przez dostanie się do ustroju prątków Frischa z powietrzem wdychanem, pozostają jednakże pierwsze odcinki dróg oddechowych, jak nos, jama nosowo-gardłowa, gardło, częściej wolne od tych zmian, aniżeli głębiej położone krtań lub tchawica i oskrzela.

Dla wytłómaczenia przyczyny tego zjawiska możnaby przypuszczać, że odgrywa w tem niemałą rolę sposób, w jaki dany chory oddycha, czy wprowadza powietrze przez nos, czy przez usta, a dalej, że do usadowienia się prątków w pewnem miejscu usposabiają inne zmiany chorobowe, jak zwłaszcza tak częste nieżyty, które wywołując przekrwienie i rozpulchnienie błony śluzowej, połączone często z łuszczeniem się komórek nabłonkowych, a przynajmniej z rozluźnieniem ich związku, mogą stanowić podatne podłoże dla rozwoju drobnoustrojów. Rozważanie tych pytań łączy się ściśle ze sprawą zaraźliwości twardzieli.

Co do pierwszego, t. j. utrudnienia przepływu powietrza przez nos, a zatem bliższego zetknięcia się cienkiego strumienia powietrza z błoną śluzową, wskutek czego zawarte w nim drobnoustroje łatwiej mogą przylgnąć, przylepić się do błony śluzowej, to pomijając 47 przypadków, w których zmiany twardzielowe były tak znacznie rozwinięte, że nie pozwalały na badanie jam nosowych, w pozostałych 108 ze zmianami twardzielowemi i 118 bez zmian twardzielowych nosa, czyli razem na 226 przypadków, zaledwie kilka razy stwierdzono wygięcie lub grzebień (crista) przegrody nosowej. Ani razu nie spostrzegano nieżytu przerostowego, ani polipów. W ogromnej zatem większości przypadków oddychanie nosem było zupełnie prawidłowe, chorzy nie doprowadzali do krtani powietrza przez usta, nieogrzanego i nieprzefiltrowanego przez nos, ale wprost przeciwnie; mimo to ta naturalna i najbliższa droga oddechowa pozostała wolna od twardzieli, a zajęciu uległy części głębiej położone, np. krtań 45 razy sama, a jako pierwotne siedlisko choroby 54 razy, gdyż w 9 jeszcze przypadkach stwierdzono pierwotnie zmiany jedynie w krtani, a dopiero w dalszym przebiegu wystąpiły nacieki twardzielowe także i w innych miejscach. Jeszcze wyższe liczby otrzymujemy, uwzględniając nietylko zajęcie krtani, ale także tchawicy i oskrzeli; mianowicie w 67 przypadkach, mimo doprowadzania powietrza drogą prawidłową, pozostały nos, jama nosowo-gardłowa i gardło wolne od zmian, a zmiany wystąpiły dopiero poniżej. Wobec tego sam sposób oddychania, czy przez nos, czy przez usta, nie może wytłómaczyć większej częstości twardzieli krtani, niż nosa, a nawet na podstawie naszego materyału możnaby powiedzieć, że sposób oddychania pozostaje bez wpływu na usadawianie się twardzieli. Na pytanie, czy zmiany nieżytowe na błonach śluzowych dróg oddechowych ułatwiają zakażenie twardzielą, czy nie, to pomijając teoretyczne prawdopodobieństwo, nie można ani w jednym ani w drugim kierunku stanowczo odpowiedzieć, gdyż chorych tych w okresie przed zapadnięciem na twardziel zupełnie nie znaliśmy. Mimo bardzo znacznej liczby przypadków twardzieli, leczonych w klinice krakowskiej, stosunkowo bardzo rzadko ma się sposobność śledzić przebieg choroby od pierwszych jej początków aż do pełnego rozwoju i zejścia. Najczęściej jeszcze spostrzega się wczesne okresy twardzieli krtani. Uporczywa chrypka, od czasu do czasu lub stale występujące utrudnienie oddechu, a głównie obawa, czy to nie »suchoty gardlane«, sprowadza nawet chorych z mało inteligentnych warstw wkrótce do kliniki. W takich wczesnych okresach, o ile chodzi o utrudnienie oddechu, leczenie jest bardzo wdzięczne. W krótkim stosunkowo czasie usuwa się operacyjnie lub w sposób bezkrwawy za pomocą różnych metod rozszerzania przeszkodę mechaniczną, jaką stanowią nacieki twardzielowe, ale też chorych tych najczęściej tracimy z oczu zupełnie, a przez to też tracimy i możność odpowiedzi w omawianym właśnie kierunku. Przeważną zaś część zgłaszających się do kliniki stanowią chorzy, u których twardziel zajęła już tak znaczną przestrzeń, że obok niej pozostają tylko nieznaczne odcinki błony śluzowej, pozornie lub rzeczywiście zdrowej. Najczęściej jako towarzysza twardzieli spotykamy nieżyt zanikowy, t. zw. suchy, błon śluzowych, który nieraz na całe lata wyprzedza wystąpienie typowych nacieków w danem miejscu. Na 273 przypadków twardzieli wogóle stwierdzono tę postać nieżytu w nosie 65 razy, czyli przeszło w 23% przypadków; z tego w 53 przypadkach nos był zupełnie wolny od twardzieli, w czem znowu w 21 twardziel była już w najbliższem sąsiedztwie, t. j. w jamie nosowo-gardłowej, a w 32 dopiero znacznie dalej. W 12 przypadkach nieżyt zanikowy występował równocze-

śnie z naciekami twardzielowymi, 8 razy nieżyt suchy w jednej jamie nosowej, a nacieki w drugiej, 4 razy wspólnie. Z tych czterech przypadków w dwu znaleziono guzki twardzielowe na przegrodzie i małżowinie dolnej dopiero po latach istnienia nieżytu zanikowego (2 i 14 lat). Inne postacie nieżytów zdarzają się tylko przygodnie i rzadko. Szukanie odpowiedzi na powyżej postawione pytanie przez śledzenie i rozważanie przypadków twardzieli nawet z nieznacznymi naciekami, a wielkimi obszarami błon śluzowych jeszcze niezmienionych, byłoby chyba bardzo niewdzięcznem zadaniem. Istnieje bowiem w tych razach takie mnóstwo czynników innych, jak ciągłe zalewanie obszarów zdrowych wydzieliną, zawierającą prątki Frischa, jak częste i najrozmaitsze zabiegi lecznicze, przy których niepodobna uniknąć zetknięcia narzędzi i cząstek tkanek z ognisk chorobowych z tkankami zdrowemi itd., że tu istnienie lub brak nieżytów, jeśli odgrywa jaką rolę, to bardzo nieuchwytną i trudną do udowodnienia. Najodpowiedniejsze byłoby częste badanie osób, stale obcujących z twardzielowymi, a więc członków rodzin lub innych chorych klinicznych. O badaniu systematycznem członków rodzin trudno nawet marzyć, co do chorych klinicznych, to w naszej klinice krakowskiej jest to niemożebne z powodu bardzo złych warunków. Przebywa tu stale kilku, a często kilkunastu chorych twardzielowych, czyli mamy stałe źródło zakażenia; z drugiej strony mamy chorych, którzy znowu z natury swego cierpienia (jak np. dzieci ze zwężeniami pobłoniczemi krtani), przebywają miesiącami, a nierzadko nawet z małemi przerwami po parę lat w klinice. Chorzy ci mieszczą się wspólnie w dwu niewielkich, nizkich i wilgotnych salkach w liczbie 30 i więcej na 20 łóżkach (względnie siennikach na ziemi), bez żadnego rozdziału twardzielowych od nietwardzielowych. Choroby górnych dróg oddechowych u tych chorych, jeśli nawet nie nieżytowe, to często z nieżytami się łączące; bardzo częste, choć drobne zabiegi operacyjne, stwarzające lub podtrzymujące wrota zakażenia; blizkie i długotrwałe stykanie się ze sobą czyto przez wzajemne usługiwanie sobie, czyto z twardej konieczności, sypianie obok siebie (po 3 chorych na 2 siennikach) itp., — wszystko to są chyba wraz z innymi warunkami zewnętrznymi najsilniejsze czynniki, wspierające przeszczepianie się i rozwój twardzieli. Mimo to nie spostrzegano ani jednego przypadku powstania twardzieli w klinice naszej, nie mieliśmy w leczeniu ani jednego twardzielowego, którychy dawniej przebywał na naszym oddziale z powodu innej jakiejś choroby. Być może, że czas pobytu na klinice, choć niekiedy nawet lata całe trwający, jest jeszcze przecież za krótki do udzielenia lub ujawnienia się choroby, co znowu trudno ocenić, gdyż długości okresu wylęgania się choroby nie znamy, a wyniki doświadczeń Stepanowa ze szczepieniem prątków twardzieli do przedniej komory oka u świnek morskich mogą nie odpowiadać wylęganiu się tych zmian na błonach śluzowych, na których szczepienie wogóle dotąd się nie powiodło. Może też wspomniane wyżej złe stosunki w klinice są jeszcze idealne w porównaniu do tych, wśród których chorzy ci żyją u siebie w domu. Sprawa ta jest tem ciemniejszą, że wcale nawet rzadko spotykamy tę chorobę u większej liczby członków tej samej rodziny. Na 273 przypadków zdarzyło się to ogółem tylko 5 razy, w tem trzy razy dwie siostry, 2 razy dwaj bracia. Raz zachorowały obie siostry współcześnie, jedna na twardziel tchawicy (naciek okrężny w połowie długości tchawicy), druga na twardziel krtani pod postacią »chorditis vocalis inferior hypertrophica«. W drugim przypadku odstęp czasu w zachorowaniu wynosił rok, u młodszej siostry była twardziel nosa, jamy nosowo-gardłowej i krtani (chorditis vocal. hypertr. infer.), a u starszej siostry, która później zachorowała, zajęty był nos i jama nosowo-gardłowa. W trzecim przypadku (izraelitki) młodsza siostra zapadła na twardziel krtani (chord. vocal. hypertr. infer.) w trzy lata później, niż starsza, u której w r. 1905 za pomocą tracheoskopii górnej stwierdzono naciek twardzielowy okrężny w górnej części tchawicy, a na przedniej ścianie w środku długości tchawicy naciek ograniczony wielkości halerza, w r. zaś 1908 zmiany w krtani w postaci wałka podgłośniowego, przechodzącego cienką listewką na tylną ścianę krtani. U jednej pary braci różnica w zachorowaniu wynosiła osiem lat. Starszy cierpiał na twardziel nosa, gardła i jamy nosowo-gardłowej, młodszy na twardziel nosa, jamy nosowo-gardłowej i krtani. Z drugiej pary braci, młodszy cierpiał na twardziel krtani, gdy starszy był równocześnie operowany na oddziale chirurgicznym z powodu twardzieli nosa.

Pod względem częstości usadawiania się zmian twardzielowych zajmuje nos trzecie miejsce. Twardziel nosa występuje w dwojakiej postaci: albo w tak zwanej postaci Hebry, przy której już zewnętrznie nos się zmienia, ulegając mniejszemu lub większemu zniekształtnieniu z powodu rozdęcia, rozszerzenia części chrząstkowej lub kostnej z jednej lub obu stron, znamiennego chrząstkowatego stwardnienia w obrębie części miękkiej nosa, i guzów, wypełniających nos, a często sterczących z otworów nosowych i zajmujących w różnym stopniu wargę górną, skórę skrzydeł nosowych i najbliższych części policzków. Drugą postać stanowią nacieki twardzielowe, zajmujące tylko jamy nosowe, a niewywołujące żadnego zniekształtnienia nosa, który przy badaniu zewnętrznem, okiem i dotykaniem, przedstawia się najzupełniej prawidłowo; zmiany chorobowe stwierdza się dopiero przy wziernikowaniu nosa. Rzecz oczywista, że postać Hebry przebiega zawsze z naciekami wnętrza nosa, bo one stanowią istotę choroby, a wszystko inne, jak rozdęcie nosa, stwardnienie itd. jest tylko następowym objawem dalszego rozwoju twardzieli. W ten sposób staje się zrozumiałem, że postać druga t. j. wewnętrzna, przez silniejszy rozrost nacieków może przejść w postać Hebry, nigdy zaś odwrotnie.

Przejście takie jednej postaci w drugą po upływie szeregu lat, spostrzegano na klinice krakowskiej dwukrotnie.

W jednym przypadku, u Rozalii G. l. 25, wyrobnicy z Biesiadek pow. Brzesko, leczonej w klinice po raz pierwszy w r. 1894, stwierdzono wówczas twardziel krtani w postaci »chorditis vocal. hyp. inf.«. W r. 1897 wystąpiły już zmiany i w nosie i w jamie nosowo-gardłowej, a mianowicie ogniskowe nacieki na dnie, ścianie bocznej i przednim końcu małżowiny dolnej. W r. 1902 nacieki te, bladoróżowe, płaskie, miękkie, ziarniste, łatwo broczące przy dotknięciu zgłębnikiem, zlewały się ze sobą, a częściowo od dołu i góry zachodziły na przegrodę nosową. Dopiero jednak w r. 1904 stwierdzono chrząstkowatą twardość dolnej połowy nosa z guzem twardzielowym przy wejściu, wychodzącym z brzegu przegrody nosowej. Całe ściany boczne od strony jam nosowych zajmował naciek dość gruby, blado szary, o powierzchni nierównej, jednak już nie ziarnistej i nie broczący

przy dotykaniu zgłębnikiem, naciek stary, bliznowato zmieniony.

W drugim przypadku u Teresy G. l. 21 z Rabszyc (Węgry), w r. 1896 zauważono: w jamie nosowej prawej naciek płaski, okazujący wręby, który zajmuje przegrodę nosową i przechodzi na dno tak, iż między tym naciekiem a skrzydłem nosowem pozostaje ledwie nieznaczna szczelina. Podobne zmiany, tylko w mniejszym stopniu, znajdują się po stronie lewej, przez którą chora nieźle oddycha. W r. 1899: nos przy dotknięciu twardy. W początku nozdrza prawego guz o powierzchni dość gładkiej, na szczycie zapadnięty, barwy sinawej; guz ten zasłania zupełnie wnętrze jamy nosowej, a opuszczając się ku dołowi wysadza okolicę wargi górnej. Do lewej jamy nosowej można wejrzeć, a chora tą stroną nieco oddycha.

Wśród 155 przypadków twardzieli nosa, postać Hebry wystąpiła 49 razy. U 11 chorych znaleziono guzy przy wejściu do nozdrzy, u 20 obok takichże guzów także rozszerzenie i stwardnienie części miękkiej nosa. W 6 przypadkach rozdęcie nosa, stwardnienie i sterczące guzy, dotyczyły tylko jednej połowy nosa. W 4 przypadkach nos był w całości rozdęty i chrząstkowato twardy, jednak bez żadnych guzów, a nacieki zajmowały tylko wnętrze jam; w 5 przypadkach nos napozór nie przedstawiał zmian, wyglądał prawidłowo, a dopiero przy dotykaniu stwierdzało się znamienną twardość. W 3 wreszcie przypadkach była część kostna nosa rozdęta, z rozstępem tworzących ją kości, część chrząstkowa nosa guzowata, a naciek guzowaty przechodził na wargę górną i w jednym przypadku na policzki.

Chociaż rzadko, może jednak nos być jedyną siedzibą choroby tak, że nawet w najbliższem jego sąsiedztwie, t. j. w jamie nosowo-gardłowej, nie znajdujemy żadnych zmian twardzielowych. Takich przypadków było na klinice cztery, wszystkie połączone ze zmianami zewnętrznemi nosa.

Jak już wyżej wspomniałem, nacieki twardzielowe nie ulegają rozpadowi, ubytki i owrzodzenia nie należą do charakteru tej choroby i są przeważnie pochodzenia urazowego, stąd też spotykamy je tylko w miejscach, najwięcej wystawionych na wszelkiego rodzaju urazy, jak na nosie i w gardle. W gardle częstą, choć nieznaczną rolę odgrywają pod tym względem pokarmy, to też i ubytki bywają tutaj zupełnie powierzchowne. Jedyny wyjątek co do samoistnego, nieurazowego rozpadu, stanowią guzy twardzielowe, usadowione na granicy skóry i błony śluzowej, przyczem sprawa rozmiękania i rozpadu przebiega w sposób powyżej już skreślony. Tu pozwolę sobie tylko przytoczyć jeszcze opis takiego właśnie przypadku, w którym twardziel ograniczała się jedynie do zajęcia nosa i w którym właśnie doszło do samorodnego rozpadu guza twardzielowego.

W październiku 1896 przyjęto do kliniki Katarzynę H. l. 28, wyrobnicę z Łopatyna, która opowiadała, że od trzech lat zaczął się nos po stronie lewej powiększać i stał się powoli zupełnie dla powietrza niedrożnym.

Stan obecny: Nos zewnętrzny po stronie lewej zniekształcony, w postaci guza chrząstkowato twardego o powierzchni nierównej, garbatej. Jamę nosową po tej stronie zajmuje i z niej znacznie wystercza guz, wychodzący szeroką podstawą z przegrody i dna nosa. Powierzchnia tego guza przeważnie gładka, okazuje tylko parę lekkich bruzd i jest sino-czerwono zabarwiona. Guz w całości dość zbity, a tylko na przednim biegunie rozmiękły i tu pokryty jest strupem częścią zielonkowato, częścią białawo zabarwionym. Po zdjęciu strupa wysącza się z tego miejsca mierna ilość cieczy dość rzadkiej, przeźroczystej, żółtej, która zalewa powierzchnię nierówną, jakby gąbczastą. Po stronie przeciwnej nieznaczne tylko nacieki, w głębi jamy położone.

Usadowione pierwotnie w błonie śluzowej, zajmują nacieki twardzielowe w dalszym swoim rozwoju błonę podśluzową, a nawet bardzo wobec nich oporną ochrzęstną i chrząstkę samą i, jak np. w nosie, wnikają w tkankę podskórną. Tu rozrastając się, wytwarzają nierównej wielkości guzy, które jak garby niekształtne wypuklają właściwą skórę, bądź niezmienioną, bądź tu i ówdzie małym guziczkiem twardzielowym upstrzoną. Pełzając niejako pod skórą, może twardziel wysyłać nawet daleko sięgające odnogi i zniekształtniać twarz w wysokim stopniu. W jednym naszym przypadku odnoga taka sięgała do oczodołu i wypychała gałkę oczną na zewnątrz. Przypadek ten przedstawiał się następująco:

Piotr D., lat 28, wyrobnik ze Smardzowic, leczony był operacyjnie z powodu twardzieli nosa po raz pierwszy w listopadzie 1903 r. Twardziel zajmowała wówczas oprócz nosa, jamę nosowo-gardłową, podniebienie twarde i miękkie i tylną ścianę gardła. Przyjęty na klinikę ponownie w styczniu 1905 r. Stan był wtedy następujący: Nos tak w części kostnej, jak i chrząstkowej znacznie rozszerzony i rozpłaszczony, o powierzchni nierównej, falistej, chrząstkowato twardy, a twardość tę wyczuwa się i w najbliższych częściach policzków i wargi. Naciek nosa pod skórą przechodzi na oczodół lewy i wypełniając zupełnie zagłębienie między nosem a okiem, kończy się jako półkulisty guz wielkości małego orzecha. Guz ten wypycha oko na zewnątrz i ku przodowi. Wewnątrz nosa brak przegrody chrząstkowej (usunięto ją już dawniej operacyjnie), wskutek czego część chrząstkowa nosa jest rozpłaszczona i nieco zapadnięta. Całą tę wspólną jamę wypełnia tkanka twardzielowa, szaro-różowa, guzowata. Głębi nosa nie widać.

W pozostałych 106 przypadkach twardzieli nosa zajmowały nacieki tylko same jamy nosowe i to w najróżnorodniejszy sposób, począwszy od zmian bardzo świeżych, ogniskowych, drobnych guziczków usadowionych na dnie nosa, przegrodzie, skrzydle nosowem po wewnętrznej stronie, na małżowinie dolnej, aż do zmian daleko posuniętych, wypełniających jedną lub obie jamy nosowe całkowicie, z pozostawieniem tylko bardzo ciasnego światła, naciekami świeżymi, soczystymi, miękkimi, bolesnymi i łatwo broczącymi lub starszymi, zbitymi, niebolesnymi o zabarwieniu szaro-żółtem. Właściwie nacieki twardzielowe nigdy całej jamy nosowej nie zajmują, a używając tego wyrażenia, zawsze należy mieć na myśli tylko część chrząstkową nosa. Tu w przedsionku mogą nacieki tak się rozrastać, że jak czop zatykają cały otwór, w części zaś kostnej nigdy nie przechodzą w górę poza średni przewód nosowy i małżowinę średnią, a naturalnie i wyżej położone części pozostają zawsze od zmian tych wolne. Jeżeli nacieki sięgają już aż ku jamie nosowo-gardłowej, to przechodzą tam po dnie nosowem, przegrodzie i małżowinie dolnej. Najczęściej atoli spotykamy je tylko w przednim odcinku jamy nosowej (część chrząstkowa nosa i początek kostnej). Już przy usuwaniu nacieków czyto szczypczykami ostremi (nacieki świeże miękkie), czy nożykiem (nacieki starsze i zbite) doznajemy oporu tylko na pewnej przestrzeni, a dalej czujemy, że narzędzie operacyjne wpada w jamę i po usunięciu oddzielonych części przekonywamy się, że jama ta żadnych zmian twardzielowych nie okazuje. Od tyłu wnikają w nią

znowu na pewnej przestrzeni nacieki z jamy nosowo-gardłowej, które ze ścian bocznych i tylnej powierzchni podniebienia miękkiego przez dolny obwód nozdrzy tylnych wrastają do nosa wzdłuż dna, ścian bocznych itd.

(C. d. n.).

Ze Szpitala Bonifratrów w Krakowie.

O dalszych wynikach doświadczeń z ksantropiną (gryzeryną) i tuberkuliną

podał

Dr. Jan Frączkiewicz,

prymaryusz oddziału chorób wewnętrznych.

Przed rokiem przedstawiłem wyniki kilkoletnich doświadczeń z przetworem jodowym, »gryzeryną«, obecnie nazwanym »ksantropiną«[1]), w 128 przypadkach chorobowych, z tych w 96 przypadkach gruźlicy. Już wówczas wspomniałem między innemi i to, »że jeśliby się okazało, że ksantropina (gryzeryna) zwiększa odporność chorych przeciw tuberkulinie, jak to na zasadzie dotychczasowych prób przypuszczam, to kto wie, czy ksantropina w leczeniu gruźlicy nie okaże się pożyteczniejszą, niż zrazu przypuszczano«. W kilka dni po moim odczycie ukazała się w bardzo poważnem czasopiśmie: »Zeitschrift für Hygiene«, wydawanem przez Kocha, Flüggego i Gaftkyego, zajmująca praca Prof. Cantaniego z Neapolu: »Ueber die antitoxische Wirkung des Jods bei Tuberculose«.

Zanim podam wyniki badań moich, pozwolę sobie pokrótce streścić pracę Cantaniego; bliżej interesujących się tą sprawą Kolegów odsyłam do oryginału.

Na wstępie podaje autor, że przypadkiem zauważył, iż chorzy z cierpieniem niewątpliwie gruźliczem niezawsze oddziaływali na tuberkulinę i że byli to chorzy, którzy albo niedawno odbyli, albo też odbywają leczenie jodowe. Oddawna zaś powszechnie wiadomo, że jod i jego przetwory działają przy gruźlicy korzystnie.

Właściwą pracę dzieli Cantani na cztery części. W pierwszej części omawia doświadczenia na chorych co do działania jodu i tuberkuliny starej i tuberkuliny TR. Jod stósował Cantani w postaci wstrzykiwań podskórnych według recepty: Rp. Jodi puri 1,00, — 2,00, — 3,00; Kalii jodati 9,00; Aquae destill. 25,00; Glycerini 100,00, — stopniując dawkę dzienną jodu od 0.01 do 0.03. Nie wszyscy chorzy znosili dobrze te wstrzykiwania i nie u wszystkich odczyn tuberkulinowy dawał się zmniejszyć lub usunąć. U pewnej grupy chorych wstrzykiwał Cantani równocześnie razem zmieszane rozczyny jodu i tuberkuliny i to dawało, na ogół wziąwszy, znacznie korzystniejsze wyniki; często, i to nawet po krótkotrwałem leczeniu, uzyskiwał Cantani odczyn tuberkulinowy ujemny, nawet przy wysokich dawkach tuberkuliny 0.03—0.09—0.10—0.60!

Mniej zajmujące są doświadczenia z tuberkuliną TR i jodem.

W drugiej części przedstawia Cantani doświadczenia ze sporządzoną przez siebie tuberkuliną jodową. Wyniki okazały się jeszcze korzystniejsze.

W trzeciej części podaje doświadczenia na zwierzętach, które po części wyjaśniły to działanie korzystne jodu, po części potwierdziły spostrzeżenia, dokonane na chorych.

W końcu omawia Cantani wyniki swoich badań, które dadzą się streścić następująco:

1) Rozczyny jodu 1:500—1:1000 działają bakteryobójczo na prątki gruźlicze.

2) Jod działa jako odtrutka (antidotum) starej tuberkuliny, czyli jod znosi często w zupełności odczyn tuberkulinowy.

3) Hodowle gruźlicze mogą być zapomocą jodu pozbawione toksycznego działania na chorych zakażonych gruźlicą i na zwierzęta.

4) W krótkim czasie daje się przeprowadzić uodpornienie chorych na gruźlicę przeciw starej tuberkulinie zapomocą połączonego działania jodu z tuberkuliną.

Cantani podaje też wytłómaczenie działania jodu i przyjmuje hypotezę, że jod stanowi niejako odtrutkę tuberkuliny i zobojętnia jej toksyczne działanie, a zwłaszcza działanie, wywołujące gorączkę; w końcu omawia zastosowanie lecznicze swoich badań.

Jest więc pewna analogia pomiędzy doświadczeniami Cantaniego a mojemi, aczkolwiek doświadczenia te były zupełnie w różny sposób i różnymi środkami prowadzone. Analogia ta tłómaczy poniekąd słuszność moich zapatrywań, wyrażonych przed rokiem, i daje trwalszą podstawę naukową wynikom badań z ksantropiną, jako przetworem jodowym Praca ta dała mi też niejako dalszą podnietę do przeprowadzenia doświadczeń.

Aby doświadczenia te przeprowadzić ściślej i dokładniej, nie brałem naraz zbyt wielu przypadków i starałem się do tego wybrać chorych, którzy zgodzili się pozostawać po kilka miesięcy w szpitalu. Przeprowadziłem doświadczenia w szpitalu i w praktyce prywatnej na 25 chorych.

Dziesięciu chorych w szpitalu było leczonych tuberkuliną starą, z tego czterech równocześnie ksantropiną, czterech chorych tylko ksantropiną. Czterech chorych leczyłem objawowo. Z siedmiu chorych prywatnych było sześciu leczonych ksantropiną i wstrzykiwaniami arsykodylu względnie alkarsodylu, jeden tylko arsykodylem.

Zanim przedstawię wyniki, pozwolę sobie jednak poprzednio jeszcze przedstawić warunki leczenia. Zaznaczyć więc muszę, że chorzy szpitalni znajdowali się przeważnie w okresie II i III gruźlicy płuc. Chorego w I okresie trzymać w szpitalu nie można, gdyż chorzy tacy ze sfer pracujących uważają się za zupełnie zdrowych i szpital uważaliby za więzienie; trudno ich nawet nakłonić do systematycznego leczenia się ambulatoryjnego. Uwagi lekarza o szkodliwych skutkach zaniedbywania leczenia uważają tacy chorzy za straszenie, za przesadę i niepoznanie się na chorobie i t. p., a tembardziej, że wielu jeszcze lekarzy na wyraźne nawet zapytania chorego o rozpoznanie określa cierpienie w I okresie gruźlicy płuc jako »katary szczytów« »zagęszczenia« i t. p., bez wyraźnego zaznaczenia tła gruźliczego. Mojem zdaniem lekarze ci robią krzywdę swoim chorym, gdyż dają im niejako pozwolenie na zaniedbanie groźnego cierpienia, a zaniedbanie to później naprawić się już zwykle nie daje.

Z chorych prywatnych było pięciu w I, a dwóch w II okresie.

---

[1]) W ostatnich dniach otrzymałem wiadomość, iż na życzenie wielu lekarzy i klinicystów niemieckich zmieniono nazwę »gryzeryny« na »ksantropina« i obecnie pod tą nazwą trzeba ją zapisywać. Ksantropinę nabywać można w aptece H. Bartmańskiego w Krakowie, ul. Grodzka.

Nie biorę w rachubę kilkudziesięciu, bo blizko 40 chorych, przeważnie prywatnych, leczonych tylko ksantropiną, przeważnie z wynikiem dodatnim i kilkudziesięciu chorych, przedstawionych przed rokiem po leczeniu ksantropiną, którzy nadal pozostają w obserwacyi i u których stan poprawy utrzymuje się z bardzo małymi wyjątkami; niektórzy z nich są istotnie na drodze do zupełnego wyleczenia się. O wszystkich tych chorych musiałbym powtórzyć moje zeszłoroczne spostrzeżenia, gdyż wyniki były identyczne, a obserwacya tych chorych z różnych przyczyn nie mogła być ściśle przeprowadzona. Chorzy ci z rozmaitych powodów nie mogli być leczeni tuberkuliną, bo albo się wprost na to nie zgadzali, albo nie mogli się przedstawiać regularnie z powodu oddalenia, zwłaszcza w zimie, a wreszcie i dla tego, że bez ścisłej obserwacyi nie chciałem używać ambulatoryjnie tuberkuliny. Zauważyć muszę, że chorzy nasi, nawet inteligentni, boją się tuberkuliny, a uważam za obowiązek nie robienia przed chorymi z tego tajemnicy, aczkolwiek zdaje mi się, że zgodziliby się chętnie na leczenie tuberkuliną, gdyby im je przedstawiono jako jakiś nawet tajemniczy specyfik i t. p.

Zestawienie spostrzeżeń

Okres choroby	Liczba chorych	Leczenie	Czas leczenia	Odczyn tuberkulinowy przed leczen.	Odczyn tuberkulinowy po leczen.	Uwaga
II	2	Ksantropina 0.5:2 × dziennie przez 6 tygodni, następnie tuberkulina stara	3 — 8 miesięcy	0.0002 tuberkuliny ujemny	0.008 tuberkuliny ujemny	Stan ogólny i miejscowy lepszy
II	2	Ksantropina 0.5:2 × dziennie i równocześnie tuberkulina stara	3 — 6 miesięcy	0.0002 tuberkuliny dodatn.	0.005 tuberkul. ujemny	Stan ogólny i miejscowy wyraźnie lepszy
II	6	Tuberkulina stara	2 — 3 miesiące	0.0002 tuberkul. dodatny	0.002 tuberkul. dodatny	Stan ogólny i miejscowy prawie niezmieniony, u jednego chorego pogorszenie
II	4	Ksantropina	2 — 3 miesiące	0.0002 tuberkul. dodatny	0.0006 tuberkul. ujemny	Stan chorych lepszy
II	4	Leczenie objawowe	2 miesiące	0.0002 tuberkul. dodatny	0.0002 tuberkul. dodatny	Stan niezmieniony u jednego z chorych pogorsz.
I i II	5	Neoarsykodyl i ksantropina	3 — 5 miesięcy	—	—	Stan lepszy
I	1	Neoarsykodyl	3 miesiące	—	—	Poprawa powolniejsza

U leczonych tuberkuliną zachowałem ogólne przepisy, obowiązujące przy stosowaniu tuberkuliny. U sześciu chorych stan był bezgorączkowy, u czterech lekko podgorączkowy. Chorych tych umieściłem w sali słonecznej, odżywiałem ich możliwie dobrze i zaleciłem stałe leżenie w łóżku, a osobliwie w pierwszych tygodniach leczenia. Dwóch z tych chorych zażywało od dłuższego czasu ksantropinę w ilości 0.5 dwa razy dziennie (naczczo i przed wieczerzą) i w tym czasie ciepłota, dochodząca do 40 C, u jednego nawet po silnym krwotoku spadła do stanu prawidłowego. Dwóch chorych rozpoczęło zażywać ksantropinę równocześnie z leczeniem tuberkuliną. Sześciu innych było leczonych wyłącznie tuberkuliną, wszyscy ci chorzy mieli zmiany w płucach prawie jednakowe, stan ogólny z małemi różnicami prawie taki sam. U wszystkich prątki w plwocinie. Chorym robiono początkowo raz w tygodniu wstrzykiwania tuberkuliny starej, począwszy od $^2/_{10}$ miligrama, później co 5 dni $^2/_{10}$ — $^5/_{10}$ miligrama więcej. Najlepiej znosili tuberkulinę dwaj chorzy, zażywający ksantropinę od dłuższego już czasu; po wstrzyknięciu nigdy nie było odczynu ogólnego, a rzadko w małym stopniu bywał odczyn miejscowy; stopniując u nich dawki, doszedłem do 8 miligramów starej tuberkuliny.

Dwaj chorzy, którzy rozpoczęli zażywać ksantropinę równocześnie z leczeniem tuberkuliną, oddziaływali na pierwsze dawki tuberkuliny bardzo wybitnie tak podniesieniem się ciepłoty, jakoteż miejscowo, po 4 lub 5 tygodniach jednak można było u nich zauważyć wyraźne uodpornienie przeciw tuberkulinie i u nich doszedłem stosunkowo prędko do dawki jednorazowej 5 miligramów.

Stan tych czterech chorych, aczkolwiek wyraźnie się poprawił, wymaga jeszcze dłuższego leczenia. Chorzy ci wyglądają lepiej, są silniejsi, mniej kaszlą i mniej odplują; plwocina śluzowa, pienista, miejscowa jednak poprawa postępuje powoli. Byli to jednak chorzy w okresie II, młodzi, liczący 20—27 lat, leczenie odbywało się w porze zimowej. O ile to tylko będzie możliwe, będą się starał chorych tych nadal obserwować i w ten sam sposób leczyć.

U sześciu innych chorych, leczonych tylko tuberkuliną, a nie zażywających wcale ksantropiny, z powodu silnego odczynu w ciągu 8 — 10 tygodni nie przekroczyłem dawki 1 — 2 miligramów tuberkuliny, a jeden z tych chorych zaczął stale gorączkować i stan jego przedmiotowo również się pogorszył.

Czterej chorzy, zażywający tylko ksantropinę, opuścili szpital po 2 — 3 miesiącach z wyraźną poprawą podmiotowo i przedmiotowo dającą się stwierdzić.

Czterej chorzy, leczeni objawowo, nie doznali żadnej poprawy, jeden nawet silniej zaczął gorączkować.

Chorzy w liczbie 6, leczeni w praktyce prywatnej ksantropiną i wstrzykiwaniami arsykodylu, doznali znacznej i wyraźnej poprawy, przestali kaszleć, przybytek na wadze wynosił 3 — 5 kilogr. w czasie średnio 3-miesięcznego leczenia; przedmiotowo odgłos w szczycie zajętym nieco wyjawniał, rzężenia prawie znikły, szmery zaostrzone utrzymują się.

U jednego chorego, leczonego tylko arsykodylem, również nastąpiła pewna poprawa, jednak była powolniejsza, przybytek na wadze po 60 wstrzyknięciach wynosił 2 kilogr. Podnieść należy ze szczególnym naciskiem, że

chorzy, zażywający ksantropinę, stale okazywali lepszy apetyt, mimo, iż przedtem wcale go nie mieli.

Aczkolwiek doświadczenia nad działaniem ksantropiny są jeszcze nieliczne i nie możemy ich oceniać ilościowo, t. j. statystycznie, są one jednak zajmujące jakościowo. Widzimy z nich, jak to już przed rokiem na liczniejszym materyale wykazałem, iż ksantropina działa bardzo korzystnie w gruźlicy, zwłaszcza w gruźlicy płuc, a następnie, iż zażywający ksantropinę znoszą lepiej tuberkulinę, niż inni chorzy, jakoteż iż dotychczasowe próby uprawniają do używania ksantropiny na większą skalę.

Wyniki te są analogiczne z wynikami doświadczeń Cantaniego.

Ksantropina dlatego działa korzystnie, iż zawiera stosunkowo znaczną ilość jodu czystego: 36.2%.

Cantani sam podaje, iż nie wszyscy chorzy leczenie jodowe, t. j. wstrzykiwania podskórne, znoszą dobrze i że nie wszyscy gruźlicą dotknięci chorzy nadają się do takiego leczenia.

Po ksantropinie nie zauważyłem nigdy skutków ujemnych, może ona być zatem używana i u tych chorych, którzy wstrzykiwań jodowych nie znoszą, a co najważniejsza, że leczenie ksantropiną da się ambulatoryjnie przeprowadzać daleko łatwiej, niż leczenie wstrzykiwaniami — chorzy mogą bowiem nawet przez tydzień oddawać się pracy, a raz w tygodniu zgłaszać się do badania i do ewentualnych wstrzykiwań tuberkuliny.

Z powodu znacznej liczby przypadków gruźlicy płuc, zwłaszcza u nas, leczenie takie, które da się przeprowadzać ambulatoryjnie, naturalnie z zachowaniem pewnych koniecznych reguł, jest bardzo pożądane w walce z gruźlicą.

Zachęcony dotychczasowymi wynikami i chcąc uzyskać znacznie większy materyał statystyczny, zamierzam urządzić w szpitalu Bonifratrów ambulatoryum, gdzie chorzy z gruźlicą leczenie takie odbywać będą mogli. Samo urządzenie ambulatoryum, jego warunki i środki leczenia przedstawię później; w odpowiednich przypadkach stosować będę także metodę Cantaniego, a gdy zbiorę większy materyał statystyczny, nie omieszkam zdać z niego sprawy.

Z oddziału chorób wewn. szpitala św. Łazarza w Krakowie (Prymaryusz: Prof. Dr Pareński)

i

z zakładu medycyny sądowej U. J. (Dyrektor: Prof. Dr. Wachholz).

Przypadek otrucia dwuchromianem potasu.

Podali

Dr Stanisław Gólski i **ryg. med. Jan Olbrycht**

sekundaryusz oddziału. demonstr. Zakł. med. sąd. U. J.

Dnia 26. marca 1910 o 8 wieczorem wezwano telefonicznie Pogotowie ratunkowe do 20-letniej młodej kobiety T. K., która przed niespełna 2 godzinami zażyła w opłatku w zamiarze samobójczym około 15 gramów dwuchromianu potasu, wyjętego z biurka znajomemu fotografowi, używającemu tej soli do uczulania papierów pigmentowych fotograficznych. Powodem samobójstwa była, jak się zdaje, zawiedziona miłość. Jakiś czas po zażyciu czuła się chora stosunkowo nieźle, dopiero w $1^1/_2$ godziny wystąpiły gwałtowne bole brzucha, żółto-zielone wymioty i uczucie pragnienia, które ją skłoniły do wezwania pomocy lekarskiej. Ponieważ chora wzbraniała się energicznie przed wprowadzeniem zgłębnika żołądkowego, wstrzyknięto podskórnie 0,01 apomorfiny. Po 10 minutach wystąpiły wymioty skąpe, lekko rdzawo zabarwione. Następnie przy pomocy otoczenia wprowadzono zgłębnik żołądkowy i przepłukano żołądek rozczynem dwuwęglanu sodowego. Przytomność przez cały czas utrzymana, źrenice szerokie; tętno małe, nitkowate, pogorszyło się po wymiotach i nastąpił zapad. Po wstrzyknięciu podskórnem oleju kamforowego tętno poprawiło się. Przed samym przyjazdem do szpitala o godz. 9 wieczorem oddała chora pierwszy po zażyciu trucizny stolec, bardzo wodnisty, zabarwiony prawidłowo.

Stan badanej zrana 27. 3. był następujący: Chora zupełnie przytomna jęczy i skarży się na silne bole brzucha, parcie na stolec, ból gardła, nudności tak, że pokarmów, ani leków, nie może przyjmować. Wymioty trwały przez całą noc, również biegunka. Pragnienie silne.

Badanie przedmiotowe stwierdziło, co następuje: Dziewczyna lat 20, wzrostu średniego, miernie odżywiona, dość dobrze zbudowana. Ciepłota 37°, obrzęków niema. Skóra lekko żółtawo zabarwiona, oczy podkrążone. Gruczoły chłonne na karku lekko macalne, drobne, niebolesne. Kaszlu niema. Klatka piersiowa wysklepiona prawidłowo, ruchomość po obu stronach jednaka, tor oddechowy więcej piersiowy, oddechów 28 na minutę. Granice płuc prawidłowe, odgłos opukowy wszędzie jawny, szmer wdechowy pęcherzykowy, granice płuc ruchome. Tętno 100 na minutę, miarowe, dość drobne. Uderzenie końca serca niemacalne, tony czyste. Język wilgotny, szeroki, obłożony brudno-żółto; błona śluzowa warg i jamy ustnej bez zmian widocznych, natomiast lekkie zaczerwienienie i obrzęk błony śluzowej podniebienia miękkiego i migdałków. Brzuch wciągnięty, bardzo bolesny przy dotykaniu, przelewanie w jelitach. Oporów nieprawidłowych niema. Najsilniejsze bole koło pępka i w zatokach biodrowych. Treść wymiotna w ilości około 100 cm³, zabarwiona krwawo, oddziaływająca słabo zasadowo, z brudnym osadem. Brzeg wątroby przy opukiwaniu na 2 cm poniżej łuku żebrowego, niemacalny, niebolesny. Granice śledziony (opukiwanie): od góry X. żebro, koniec przedni sięga do linii pachowej tylnej, śledziona niemacalna. Źrenice miernie szerokie, równe, oddziaływają na światło i zbieżność. Zmian w odruchach nie stwierdzono. Ostatnia miesiączka 15. 3, prawidłowa. Mocz oddany rano w ilości około 200 cm³, mętny, wyraźnie krwawy, oddziaływa słabo zasadowo; białka (próba Hellera), duża ilość. Popołudniu 27. 3. stan następujący: Tętno 92, miarowe, dość dobrze napięte. Nudności ciągłe. Stolec jeszcze trzy razy oddany, z wielkimi bolami i parciem, wodnisty, z osadem podobnym do grochówki, bez krwi. Mimo użycia czopków z morfiny bole w okolicy zatok biodrowych bardzo silne. Język wilgotny z nalotem brudno-żółtawym.

28. 3. Ciepłota 37·5, 36·5. Tętno 84, miarowe, dobrze napięte. Język wilgotny, nalot brudny. Ból gardła. Stolec w nocy bardzo częsty z boleściami i złudnem parciem; w kiszkach kruczenie, kiszka ślepa macalna, tkliwa, przy dotykaniu kruczenie. Ból całego brzucha przy obmacywaniu. Jakość stolców bez zmiany. Mocz z nocy w ilości około 150 cm³, krwawy, białka duża ilość.

29. 3. C. 36°, 36·5°. T. 72, miarowe, dość dobrze napięte. Stolca od nocy nie było, bole brzucha bardzo silne. Chora leży tylko na wznak, brzuch zapadnięty, bolesność okolicy nerek; odbijanie puste mniejsze; wymioty ustały — pragnienie jednak i ból gardła silne. Chora spożywa łyżeczkami mleko słodkie z lodu. Mocz z nocy w ilości około 100 cm³ mętny, krwawy, ilość białka bez zmiany.

30. 3. C. 36·4, 36·2. T. 84 miarowe, dość dobrze napięte. Chora spała w nocy kilka godzin. Rano wymioty treścią zielonkawą, brudną, bez wyraźnej domieszki krwi. Brzuch napięty, zapadnięty, bardzo bolesny przy obmacy-

waniu. Język silnie obłożony, wilgotny, wargi zaschnięte. Oddechów 34, tor oddychania piersiowy.

31. 3. C. 36·5, 36·8, T. 86, miarowe, dobrze napięte. Wymiotów i stolca nie było. Czkawka częsta. Brzuch bardzo bolesny; senność; źrenice miernie szerokie, równe.

1. 4. C. 36·4, 36·1. T. 78, miarowe, prawidłowo napięte. Język cokolwiek obłożony, wilgotny. Senność ciągła. Boleści całego brzucha, zwiększające się przy ruchach, kruczenie, czkawka i odbijanie z bolami. Stolca nie było; kątnica pełna, macalna, bolesna. Bole również przy dwuręcznem badaniu w okolicy okrężnicy zstępującej. Sinica nieznaczna. Mocz z nocy w ilości 120 cm³ mętny, z osadem ropiasto-rdzawym, oddziaływa słabo zasadowo.

2. 4. C. 36·3. T. 80, miarowe, dość dobrze napięte. Częsta czkawka. Senność ciągła. Napięcie powłok brzusznych znaczne; silne bole trwają ciągle. Stolca nie było. Mocz dwa razy dziennie w ilości około 150 cm³, mętny, z obfitym osadem ropiastym, o woni amoniakalnej.

3. 4. Tętno 86, miarowe, dobrze napięte. Czkawka ciągle trwa, w nocy i rano wymioty, bole głowy silne; senność. Boleści brzucha i wrażliwość na dotykanie nie ustępują. Stolec po lawatywie bez widocznej domieszki krwi. Mocz z nocy w ilości 100 cm³, mętny z osadem ropiastym, o woni amoniakalnej.

4. 4. C. 36·6, 36·9. T. 76, miarowe, dość dobrze napięte. Wymioty i czkawka bolesna przez całą noc. Język dość suchy, obłożony, kark wygięty w tył, źrenice miernie szerokie, równe; silny ból głowy. Bole kończyn górnych i dolnych, chora nie pozwala się dotknąć. Brzuch wciągnięty. Chora z trudem odpowiada na pytania, skarży się na ból głowy, gardła i brzucha.

5. 4. C. 36·8. Tętno niemacalne, kończyny zimne, sine; o 7. rano drgawki; wybuch krwi ustami; chora nieprzytomna; oddech głęboki, charczący; wzrok zamglony; na ustach piana krwawa. O godz. 12. w południe, t. j. w $9^1/_2$ dni po zażyciu trucizny, chora zmarła.

Po przybyciu chorej do szpitala, wobec poprzedniego przepłukania żołądka przez dyżurnych Pogotowia ratunkowego i ciągłych wymiotów, nie płukano żołądka na oddziele, lecz leczono zachowawczo, podając lód w kawałkach, roczyn węglanu magnu łyżkami, wodę chloroformową z kokainą, kodeinę i czopki morfinowe. Przez dwie doby chora nie przyjmowała żadnych pokarmów, prócz wody z lodu. Następnie zaczęto podawać zupę z Hygiama Theinhardta, którą jednak wskutek uporczywych wymiotów wkrótce odstawiono, a podawano nadal mleko mrożone łyżeczkami, które chora jeszcze najlepiej znosiła.

Dwukrotne badanie chemiczne moczu z dnia 1. 4. i 3. 4., przeprowadzone w pracowni chemii lekarskiej Prof. Dra Marchlewskiego, nie wykazało chromu ani w postaci nieorganicznych, ani organicznych połączeń. Ciężar właściwy 1016, barwa fiołkowo-zielonawo-żółta, mocz słabo kwaśny, mętny, osad ropiasty, urochrom, mocznik prawidłowy (1·72%), białka 0·8‰, chlorki, fosforany prawidłowe, P_2O_5 w fosforanach ziem zasadowych lekko zwiększone, w fosforanach potasowców lekko zmniejszone. Barwik krwi obecny. Ciałka ropy nader obfite, krwinek czerwonych parę, wałeczków nie stwierdzono.

Nazajutrz rano, t. j. 6/4., wykonano w Zakładzie medycyny sądowej U. J. sekcyę policyjno-sanitarną, a protokół sekcyi brzmi:

Zewnętrznie: Zwłoki kobiety dobrej budowy i odżywienia, 150 cm długie. Skóra blada. Plamy pośmiertne na częściach tylnych zwłok, zabarwienia zwykłego, dość obfite i wyraźne, nacięciem stwierdzone. Stężenie pośmiertne utrzymane we wszystkich częściach, zwłaszcza w kończynach dolnych. Spojówki powiekowe i gałkowe blade, bez wybroczyn. Otwory nosowe i jama ust zawierają skrzepy krwi; otwory uszne, otwór stolcowy i pochwa próżne, nie zawierają ciał obcych. Srom zewnętrzny bez zmian i zboczeń. Błona dziewicza obrączkowa zachowana. Na ciele brak jakichkolwiek obrażeń.

Wewnętrznie: Powłoki czaszkowe po stronie wewnętrznej, podstawa i sklepienie czaszki nieuszkodzone, bez zmian. Opony mózgu twarde i miękkie, gładkie, cienkie, lśniące, w krew obficie zasobne. Mózg budowy i zbitości prawidłowej, silnie ukrwiony, bez zmian i obrażeń. Komórki nierozszerzone, ich wyściółka gładka. Zwoje podstawowe, obwodowe, móżdżek, most, rdzeń przedłużony, naczynia na podstawie nie okazują żadnych zmian. Substancya korowa prawidłowej szerokości. W zatokach żylnych krew ciemna, płynna i wiotkie, elastyczne skrzepy.

Ułożenie trzew w jamie brzusznej prawidłowe; przepona sięga po prawej stronie do górnego brzegu V. żebra, po lewej do V. międzyżebrza. W jamie otrzewnej do 10 łyżek stołowych cieczy jasnej, krwawej, z odcieniem brunatnym. Skóra wszędzie obfitą podściółką tłuszczową podszyta. Mięśnie blado-różowe, jędrne, dość silnie rozwinięte.

Krtań i tchawica »in situ« rozcięte, zawierają treść krwawą, spienioną, w skąpej ilości, ich błona śluzowa bez zmian. Oba płuca wolne, o opłucnych gładkich, cienkich, lśniących z licznemi punktowatemi wybroczynami, ułożonemi grupkami, zwłaszcza na podstawie płatów dolnych i między płatami. W workach opłucnych $1^1/_2$ łyżki płynu jasnego, przeźroczystego. Miąższ płatów górnych obu płuc wszędzie powietrzny, trzeszczący, na rozkroju gładki, równomiernie ciemno-ceglasto-czerwony, jędrny, wydzielający za uciskiem ciecz jasną, pienistą, z małą domieszką krwi. Miąższ płatów dolnych obu płuc wszędzie powietrzny, trzeszczący, na rozkroju gładki, jędrny, zawiera liczne, ciemno-czerwone, gęsto obok siebie ułożone, nie dochodzące wielkości halerza ogniska o powierzchni gładkiej, z których za uciskiem dobywa się szczera krew. Oskrzela i naczynia płucne bez zmian z wyjątkiem rozgałęzień oskrzeli w płatach dolnych, zawierających treść krwawą.

Worek osierdziowy zawiera niespełna łyżkę stołową płynu jasnego, przeźroczystego. Serce prawidłowej wielkości i budowy, jędrne; nasierdzie gładkie, cienkie, połyskujące, okazuje, zwłaszcza u podstawy serca, liczne, drobne wybroczyny. W obu komórkach serca nieco krwi płynnej, ujścia żylne dla dwóch palców swobodnie drożne; zastawki, nitki ścięgniste i wsierdzie gładkie, cienkie. Ujścia tętnicze drożne, zastawki półksiężycowate, błona wewnętrzna tętnic głównych cienkie, gładkie, połyskujące. Mięsień sercowy prawidłowej grubości, dość jędrny, blado-różowy. Naczynia wieńcowe przebiegają prosto i są cienkie i drożne.

Śledziona nie powiększona, o torebce pomarszczonej, o miąższu na przekroju dość jędrnym, suchym.

Wątroba wielkości i budowy prawidłowej, o powierzchni gładkiej, o brzegu przednim cienkim, o utrzymanym na przekroju rysunku, dość jędrna, zawiera nieliczne ogniska żółtawe, nieregularnego kształtu i wielkości, miejscami zlewające się z sobą. Z przeciętych naczyń dobywa się obfita ilość nieco spienionej krwi. Przyrząd żółciowy bez zmian.

Obie nerki znacznie tłuszczem obrośnięte, nieznacznie powiększone, wiotkie; nerka prawa ruchoma. Torebki schodzą łatwo, powierzchnia gładka, tu i ówdzie drobnemi wybroczynkami pokryta; miąższ nerek na przekroju soczysty, ćmy, dość kruchy, budowa pasmowa miejscami utrzymana, miejscami zatarta, substancya korowa wypukla się. Moczowody drożne. Pęcherz moczowy zawiera treść żółtą, śmietankowatą, w której pływają strzępy obumarłej tkanki. Ściana pęcherza zgrubiała, twarda, błony śluzowej prawie zupełny brak, a utrzymane resztki błony śluzowej żywoczerwono nastrzykane i licznemi wybroczynami pokryte. W jajniku lewym świeże ciałko żółte, wielkości ziarna grochu. Macica nie powiększona, w jej jamie mały skrzep krwi, ujście zewnętrzne okrągławe, gładkie, bez wrębów. Pochwa bez zmian.

Błona śluzowa jamy ust i gardła w całości zapalnie obrzmiała, okazuje na grzbiecie języka żółto-zielone zabarwienie i stwardnienie, na języczku zaś, migdałkach i nagłośni ubytki nieregularnego kształtu. Dno tych ubytków silnie nastrzykane i szaro-żółtym nalotem pokryte. W otoczeniu widoczne nieregularne strzępy obumarłej tkanki. Przełyk bez zmian. Żołądek zawiera treść krwawą w ilości około 150 cm^3. Błona jego śluzowa silnie rozpulchniona, pofałdowana, nastrzykana, zasiana bardzo licznemi i gęsto ułożonemi wybroczynami, zwłaszcza w dnie. Niema nadżerek lub owrzodzeń. Jelita cienkie zawierają treść swoistą w miernej ilości, ciemno-brunatno, prawie czarno zabarwioną; ich błona śluzowa aż mniej więcej 3 metry powyżej zastawki Bauhina żywo-czerwono nastrzykana, rozpulchniona, gęstym śluzem pokryta, poczem stopniowo przechodzi w prawidłową błonę śluzową. Jelito grube bez zmian. Otrzewna ścienna i jelitowa gładka, cienka, lśniąca. Gruczoły krezkowe i zaotrzewne bez zmian.

Kości tułowia i kończyn nieuszkodzone.

Za rozpoznaniem śmierci z otrucia dwuchromianem potasu przemawiają w danym przypadku objawy, zauważone za życia wraz z dokładnymi wywiadami, obraz sekcyjny, oraz wyniki badania drobnowidowego.

Wywiady były ścisłe, ponieważ chora była przytomna i zupełnie dokładnie opisała, ile i w jaki sposób zażyła trucizny, a także właściciel dwuchromianu potasu mógł na pewno stwierdzić w biurku brak 15 gramów tej soli. Spostrzegane przez dyżurnych Pogotowia ratunkowego wymioty odznaczały się charakterystycznem, żółto - zielonem zabarwieniem.

Również przebieg choroby nie odstępuje w niczem od przypadków, opisanych przez rożnych autorów i doświadczalnie stwierdzonych na zwierzętach. Zażycie trucizny w opłatku uchroniło błony śluzowe górnej części przewodu pokarmowego od żrącego działania i zniszczenia przez truciznę. Jednak częste wymioty treścią, zawierającą dwuchromian potasu, wywołały obrzęk łuków podniebiennych, przekrwienie i nadżerki na migdałkach i języczku, obłożenie języka brudno-zielonawe, ból gardła i utrudnienie mowy. Niedługo po spożyciu trucizny wystąpiły opisywane przez autorów objawy silnego zapalenia żołądka i jelit ze stolcami, podobnymi do stolców cholerycznych. W drugim już dniu dołączyły się objawy zapalenia nerek; w szóstym dniu ból głowy się zwiększył; senność przy bardzo skąpej ilości krwawego moczu, co noc wymioty; w ostatnich dwóch dniach bardzo wielka wrażliwość całego ciała, wygięcie karku w tył i wśród objawów krwotoku żołądkowego i mocznicy nastąpił zapad i śmierć w 10. dniu zatrucia.

Obraz kliniczny danego przypadku był zatem zupełnie typowy, pozwalał bowiem wyróżnić I. okres zatrucia, polegający na działaniu miejscowem, t. j. obraz ostrego zapalenia żołądka i jelit, zbliżony do pewnego stopnia do cholery i II. okres, polegający na działaniu odległem, a następowem, t. j. obraz mocznicy.

Znalezione przy sekcyi ostre zmiany zapalne przewodu pokarmowego i moczowego potwierdza w zupełności badanie drobnowidowe. W obrazie mikroskopowym nerki wpada w oczy przedewszystkiem zwyrodnienie nabłonków cewek krętych, ich martwica i złuszczanie się ze słabo zaznaczonemi zmianami w kłębkach, a więc zmiany, podnoszone także przez wszystkich prawie autorów. Tu i ówdzie widoczne nieliczne wałeczki ziarniste i szkliste i nacieki drobnokomórkowe; przekrwienie głównie w substancyi rdzennej. Zmiany te są zresztą zupełnie zrozumiałe, odkąd je zdołał wywołać sztucznie Rabierske u królików przez podskórne wstrzykiwanie soli chromowych, a Browicz, Kohn, Lassar, Litten, Wachholz przez zatruwanie zwierząt innymi także przetworami drażniącymi, jak kantarydyną, aloiną, kwasem karbolowym i t. p. To działanie kwasu chromowego i jego rozpuszczalnych soli tłómaczy Kionka łatwem wessaniem i silnem działaniem szkodliwem na krwinki czerwone. Rozpadłe bowiem krwinki zatykają naczynia i przez to powstają zaburzenia w krążeniu w rozmaitych narządach. Tem też sobie tłómaczy Kionka, że po podskórnem wprowadzeniu dwuchromianu potasu występują u zwierząt krwotoczne zapalenia nerek, błony śluzowej żołądka i jelit, wreszcie stłuszczenie wątroby i mięśnia sercowego. W naszym przypadku badanie drobnowidowe żółtawych ognisk wątroby stwierdziło zwyrodnienie tłuszczowe komórek wątrobnych, natomiast w mięśniu sercowym nie wykryliśmy żadnych zmian z wyjątkiem bardzo nieznacznie zaznaczonej miejscami fragmentacyi. Badanie drobnowidowe płuc nie stwierdza głębszych zmian chorobowych, w szczególności zapalnych, tylko pęcherzyki płucne dolnych płatów zalega krew, gdzieniegdzie już z wyługowanym barwikiem. Ze względu na treść krwawą w żołądku, tchawicy i oskrzelach, tudzież ze względu, że śmierć nastąpiła wśród krwotoku ustami i nosem, należy zmianę tę odnieść do aspiracyi krwi do dróg oddechowych.

Badanie spektralne krwi nie wykryło widma methemoglobiny, charakterystycznego według niektórych autorów przy otruciu dwuchromianem potasu.

W końcu badanie chemiczne stanowiłoby pewny dowód, że śmierć nastąpiła z otrucia tą solą. Jednakże treści żołądkowej po śmierci nie poddano temu badaniu z tego względu, że badanie chemiczne wydzielin już za życia dało wynik ujemny, co należy tłómaczyć bardzo szybkiem wydzielaniem się z ustroju dwuchromianu potasu. Jak bowiem badania różnych autorów stwierdziły, dwuchromian potasu wydziela się z ustroju głównie z moczem, w części tylko drogą przewodu pokarmowego i według niektórych także drogą przewodu oddechowego, wywołując też zmiany nieżytowe. Wydzielanie to odbywa się bardzo szybko: w pierwszych 8 godzinach opuszcza ustrój 60% przyjętej trucizny, a po 4 dniach można wykryć zaledwie ślady w moczu i kale, bardzo zaś mała część, zdaje się, zostaje w wątrobie jeszcze przez czas dłuższy.

W przeciwieństwie do dość często pojawiających się w wielkich ogniskach przemysłowych przewlekłych zatruć solami chromowemi, charakteryzujących się obecnością owrzodzeń na rękach i nogach, tudzież prawie stale wskutek wdychiwania pyłu powstającem następowo przedziurawieniem przegrody nosowej i przewlekłymi nieżytami dróg oddechowych, spotykamy się z przypadkami ostrego zatrucia solami chromowemi rzadko. I tak wśród ogłoszonych przez Reichelta 203 przypadków otruć, które się wydarzyły w przeciągu 16 lat, znajduje się tylko jeden przypadek zatrucia dwuchromianem potasu i to lekkiego stopnia, zakończony wyzdrowieniem. Fagerlund w przeciągu 14 lat znalazł w Finlandyi 6 przypadków, śmiercią zakończonych.

W tutejszym zakładzie sądowo-lekarskim — a zdaje się i w kraju — jest to pierwszy przypadek.

Z otruć chromem spotyka się prawie wyłącznie przypadki otrucia dwuchromianem potasu. Wynika to z wielorakiego użycia, jakie ta sól posiada w przemyśle i technice. Używana do fabrykacyi prawie wszystkich połączeń chromowych, służy przy wyrabianiu farb, do wypełniania bateryi elektrycznych, jako podstawa płynu konserwującego Müllera, przy wyrobie zapałek szwedzkich, do fotografii i do wielu innych celów. Tem też należy sobie tłómaczyć, że przypadki ostrego zatrucia zdarzają się najczęściej przez nieostrożność, zwłaszcza u robotników, zajętych przy fabrykacyi soli chromowych, względnie ich rozmaitych przetworów, lub całkiem przypadkowo, jak np. w przypadku Baegera w następstwie napicia się przez pomyłkę płynu z bateryi elektrycznej, lub w przypadku Grotha, w którym 4-letni chłopak włożył sobie do nosa kawałek dwuchromianu potasu wielkości ziarna kawy i następnie zasnął. Już po $1/2$ godziny wystąpiły ciężkie objawy zatrucia (Lewin).

Opisano także przypadki śmierci po użyciu tej soli w celach leczniczych, czy to przy stosowaniu zewnętrznem na skórę i błony śluzowe w rozczynie 3% i 5% w przypadkach otrętu (intertrigo), pocenia się nóg lub jako środka przyżegającego w praktyce ginekologicznej, czy też przy stosowaniu wewnętrznem. Fraser i Bradbury używali dwuchromianu potasu (5—10 mg. p. d.), jako środka trawiennego (stomachicum i gastrotonicum) rzekomo z dobrym skutkiem. Dawniej uchodził także dwuchromian potasu za środek swoisty tak w świeżej, jak i w starej kile, podawany w pigułkach w dawkach 0,005—0,015 gr. 2—3 razy dziennie. Jednak wkrótce o nim zapomniano z powodu braku dodatnich wyników leczniczych, a silnego toksycznego działania.

Jako odosobnione i bardzo rzadkie znane są natomiast przypadki ostrego otrucia w zamiarze samobójczym, spędzenia płodu (Lewin) lub morderczym. Kratter wspomina o kilku przypadkach usiłowanych morderstw przez otrucie, w których mordercy podawali swym ofiarom dwuchromian potasu w przekonaniu, że jest to realgar czyli czerwony siarczek arsenu.

Dawka śmiertelna dwuchromianu potasu wynosi przy wewnętrznem użyciu 6—8 gramów, chociaż opisano kilka przypadków, w których nastąpiło wyzdrowienie nawet po 15 gr. Kwas chromowy działa śmiertelnie na człowieka już w dawce 6 gr., zaś przy zastosowaniu na błonę śluzową części rodnych kobiecych w dawce 15 gr. Młode psy giną w 21 godzin po wprowadzeniu podskórnem 0·12—0·18 gr. dwuchromianu potasu (Husemann).

Co się tyczy leczenia, to wszyscy autorowie zgodnie podnoszą działanie lecznicze jak najrychlejszego wypłukania żołądka i to jak najdokładniejszego, dopóki płyn przepłuczynowy nie straci barwy żółtawej dwuchromianu potasu. Następnie wskazane jest podawanie węglanu magnu, dwuwęglanu sodu, octanu ołowiowego (przez co tworzy się nierozpuszczalny w wodzie chromian ołowiowy) i dyety osłaniającej, śluzowej, białkowej.

Piśmiennictwo.

1) Fagerlund, Vergiftungen in Finnland in den Jahren 1880—1893 Vj. f. ger. Med. [3. F.] VIII. Suppl. 1894. — 2) Baeger, Vergiftung durch zufällige Einnahme zweier kräftiger Schlucke einer Elementenfüllung. Münch. med. Wochenschr. 1901, Nr 31. — 3) Wodtke, Ueber Gesundheitsschädigungen in Fabriken von Sicherheitszündhölzern durch doppeltchromsaures Kali. Vj. für ger. Med. 1899 [3. F.] XVIII. p. 325. 4) Lewin, Fruchtabtreibung durch Gifte. II. wyd. p. 248 i Tox. 1885, p. 154. — 5) Wachholz, Tod durch Vergiftung w Schmidtmanna Handbuch d. ger. Mediz. — 6) Kionka, Toxicologie, 1901, p. 74. — 7) Cohnheim, Patologia, III. tom, 1884, p. 141. — 8) Klimesch, Ein Fall v. Selbstvergift. mit Kalium bichromatum. Wiener klin. Wochensschr. 1889, Nr 38. — 9) Pal, Tamże 1902, Nr 18. — 10) Heitz, Kasuistische Beiträge zur akuten Chromsäurevergiftung. Friedr. Blät. f. ger. Med. Tom 53, 1902. — 11) Berka, Münch. med. Wochenschr. 1903, Nr 16. — 12) Fürbringer, Deutsche med. Wochenschr. 1892, Nr 5. — 13) Bradburry i Fraser, Wiener med. Presse 1895, Nr 45. — 14) Kratter, Arch. für krim. Anthr. 1903, Tom 13. — 15) Theodor v. Husemann, Pharmak., Toxicol. in Virchow's Jahresber. XV. Jahrg. I. Bd. — 16) Kronheimer. Münch. med. Wochenschr. 1902, Nr 21. — 17) Rabierske, Die Chromniere. Inaug.-Dissert. Wrocław, 1880. — 18) Wachholz, O zmianach narządów oddech. w przyp. otrucia kw. karbol. Przegl. lek. 1894, Nr 21, 23, 24. — 19) Reichel, Ueber acute Intoxicationen aus der med. Klinik von Prof. Biermer. Diss. Wrocław, 1890.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Rok XLIX. Kraków, dnia 11. czerwca 1910. Nr 24.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Problemat dziedziczności w patologii.

(Podług wykładu na uroczystem posiedzeniu Wydziału lekarskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu w dniu 17. kwietnia 1909).

Napisał

Dr Karol Klecki.

Wstęp. Z pośród różnych zagadnień biologicznych problemat dziedziczności w ostatnich czasach wysunął się na jedno z miejsc naczelnych. Sprawą tą zajmują się coraz więcej biologowie i lekarze, a także socyologowie, zwłaszcza ci, którzy nauki społeczne za gałęź biologii uważają, niektóre zaś zdobycze nauki na tem polu zaczynają już wkraczać do dziedziny prawa.

Dla lekarzy zagadnienia z dziedzicznością związane szczególnie są ważne, i to nie tylko ze względów teoretycznych, ale i ze względów praktycznych, raz dlatego, że dziedziczność stanowi obok zakażenia i zatrucia jeden z najważniejszych czynników chorobotwórczych, powtóre zaś dlatego, że jakkolwiek tłumaczenie wielu zjawisk w tej dziedzinie, i to nawet zasadniczych, opiera się przeważnie na hipotezach, to jednak niektóre fakty, stwierdzone przy badaniu tych zjawisk, pozwalają na wnioski, mające dla medycyny praktycznej, mianowicie dla profilaktyki, wielkie znaczenie.

Sprawa dziedziczności jest obecnie aktualną z tego względu, że nauka w tej dziedzinie, zwłaszcza w sprawie dla patologii może najważniejszej, to jest w sprawie dziedziczenia własności nabytych przez przodków, przechodzi, mojem zdaniem, właśnie teraz niejako okres przełomowy. Teorya Weismanna, jednego z najbardziej na tem polu zasłużonych badaczów i najgłębszych biologów myślicieli, stanowiąca, rzec można, arcydzieło konstrukcyi spekulacyjnej i wywierająca wskutek tego przez długi szereg lat bardzo silny wpływ na wielu biologów i lekarzy, chwieje się u podstaw pod razami faktów, stwierdzonych głównie w doświadczeniach nowoczesnych biologów, faktów, które pomimo późniejszych uzupełnień, czy modyfikacyi teoryi Weismanna żadną miarą pogodzić z nią się nie dają. Okoliczność ta bynajmniej nie zmniejsza zasługi Weismanna, którego teorya, pojęta nawet jako tymczasowa hipoteza, wielką w nauce o dziedziczności odegrała rolę; pobudziła ona bowiem wielu badaczów do ścisłych prac w tej dziedzinie i zaostrzyła krytycyzm w ocenianiu spostrzeganych zjawisk. Dopiero Weismann oczyścił, według słów Boveriego, pole dziedziczności z chwastów, jakie stanowiły tu nieścisłe, bezkrytyczne spostrzeżenia, a nawet przytaczane jako dowody naukowe opowieści, które raczej za anekdoty powinny być uważane. Dzięki Weismannowi, który przez lat dwadzieścia z górą zwalczał z prac, czy spostrzeżeń innych badaczów płynące poglądy, z jego teoryą sprzeczne, w nowszych pracach z dziedziny dziedziczności zapanował krytycyzm tak daleko posunięty, jak może w żadnej innej dziedzinie biologii. Dlatego wyrobienie sobie poglądu na problemat dziedziczności jest obecnie, na podstawie tych właśnie prac, o wiele łatwiejsze, aniżeli za niedawnych jeszcze czasów.

Dziedziczność. Przez dziedziczność rozumiemy przechodzenie na potomstwo cech i własności przodków; cechy i własności te przekazują pokolenia poprzednie pokoleniom następnym nie w stanie wykształconym, ale jako zawiązki, z których dopiero z biegiem czasu owe cechy i własności powstają. Przytem zachodzi zazwyczaj zjawisko, zwane homochronią, to znaczy, odziedziczone cechy, czy własności występują u potomstwa w tym samym wieku, czy okresie rozwoju, w jakim wystąpiły były u przodka, który je dziedzicznie przekazał.

W rozwoju każdego wogóle ustroju z dwu najpotężniejszych czynników, jakie ten rozwój warunkują, a które stanowią dziedziczność i przystosowanie się, dziedziczność jest czynnikiem silniejszym, przeważającym. Cechy, utrwalone przez dziedziczność w pokoleniach poprzednich, przekazują się z wielką stałością pokoleniom późniejszym, gdy zaś w nich zanikną, częstokroć znów występują w jeszcze dalszych generacyach. To też cechy i własności, właściwe określonym gatunkom, ich odmianom, czy rasom, przekazują się dziedzicznie z taką stałością, że wśród osobników jednego gatunku, czy jednej rasy, różniących się między sobą, czy to wskutek odmian, zachodzących już w ich zarodkach (Single variations Darwina, lub mutacye de Vriesa), czy też wskutek odmiennych warunków bytu, podobieństwo przeważa znacznie nad różnicami.

Dziedzicznie przekazują się zarówno cechy morfologiczne, jakoteż i własności fizyologiczne, czynnościowe. Wśród cech właściwych dla danego gatunku w różnych rodach dziedziczą się różne tych cech odmiany.

Dziedziczność w stanie prawidłowym. U człowieka i ustrojów wyższych ujawniają się w stanie prawidłowym dziedziczne cechy morfologiczne w szczegółach budowy ciała, jego kształtach, oraz własnościach powłok i narządów zewnętrznych, jako to grubości i barwie skóry, barwie włosów, oczu i t. p., na których zewnętrzne podobieństwo rodzinne polega. Cechy takie mogą utrzymywać się w rodzinie w ciągu szeregu wieków, jak to wykazano u niektórych rodów historycznych. Jasną jest rzeczą, że przekazywać się dziedzicznie muszą nie tylko cechy morfologiczne zewnętrzne, ale i wewnętrzne, oraz, że obok zewnętrznego podobieństwa rodzinnego musi zachodzić także i pewne podobieństwo rodzinne w organizacyi narządów wewnętrznych. Z łatwo zrozumiałych powodów posiadamy bardzo mało spostrzeżeń, w tym względzie poczynionych na człowieku. Ciekawe są wyniki badań, jakie w tej sprawie przeprowadził Karplus nad ośrodkowym układem nerwowym człowieka i niektórych zwierząt, zwłaszcza nad budową kory mózgowej. Karplus znalazł, że u badanych zwierząt

mianowicie psów, kotów i małp przebieg bruzd na półkulach mózgowych jest bardziej zmienny, niż u człowieka; natomiast u człowieka występują częściej różnice w przebiegu bruzd mózgowych na obu półkulach u jednego i tego samego osobnika. U badanych zwierząt budowa kory mózgowej nie jest zatem przez dziedziczność tak silnie utrwalona, jak u człowieka; to też i rodzinne podobieństwo w tym względzie nie występuje u nich tak wybitnie, jak u człowieka, u którego owe odmiany w przebiegu bruzd mózgowych na każdej z obu półkul przekazują się w pewnych rodzinach dziedzicznie, zwłaszcza jeśli różnica jest znaczna. Na podstawie badań nad innemi częściami ośrodkowego układu nerwowego dochodzi Karplus do wniosku, że w rdzeniu, oraz pniu mózgu te części, które są filogenetycznie starsze i w budowie swej stalsze, jak n. p. jądro nerwu podjęzykowego, okazują większe podobieństwo rodzinne, niż części filogenetycznie młodsze, bardziej zmienne, jak n. p. drogi piramidowe.

Dziedziczność cech fizyologicznych występuje we właściwościach czynnościowych różnych narządów, n. p. wydzielaniu gruczołów, zdolności karmienia, miesiączkowaniu, sile mięśni, w różnych czynnościach psychicznych, co się ujawnia w inteligencyi, usposobieniu, zdolnościach umysłowych, artystycznych i t. d.; nieraz spostrzega się przekazywanie dziedziczne pewnych właściwości, uważanych za przyzwyczajenia, od których rodzic w chwili płodzenia potomka już był odwykł. Dziedziczą się także instynkty, co u zwierząt, n. p. psów myśliwskich, łatwo stwierdzić można.

Dziedziczność patologiczna. Jakkolwiek w patologii mówi się często o chorobach dziedzicznych, zrozumiałą jest rzeczą, że choroby same, jako sprawy życiowe, dziedziczyć się nie mogą. Dziedzicznie może być przekazany tylko pewien zawiązek choroby, który najczęściej tylko usposabia dziedzicznie obciążonego osobnika do danego cierpienia; to usposobienie może w ciągu nawet dłuższego czasu być zupełnie utajone, sama zaś choroba powstaje zazwyczaj zgodnie z zasadą homochronii w tym czasie mniej więcej, w jakim u rodzica, przekazującego ją potomkowi, była wystąpiła: histerya, niektóre choroby serca, zaćma, choroby nerwowe i in. częstym są tego przykładem.

Owe dziedzicznie przekazywane zawiązki, czy zaczątki chorób tworzą w ustroju pewien podkład chorobowy, ujawniający się, podobnie jak w stanie prawidłowym, w cechach morfologicznych i własnościach czynnościowych, a stanowiący usposobienie do danej choroby. Takie patologiczne dziedziczne cechy morfologiczne spotykamy w wadliwej budowie kośćca, zwłaszcza klatki piersiowej, w wielkości serca, wązkości naczyń tętniczych, słabym rozwoju mięśni gładkich, a co za tem idzie, wiotkości ściany przewodu pokarmowego lub naczyń żylnych, niedostatecznym rozwoju mięśni prążkowanych, tkanki łącznej, w wadliwym składzie elementów postaciowych krwi, w pewnych właściwościach skóry, tkanki nerwowej i t. d. Takie dziedzicznie przekazane wadliwości budowy różnych tkanek, czy narządów, stanowią często dla czynników chorobotwórczych, t. zw. »locus minoris resistentiae« i przyczyniają się przez to do powstania dziedzicznych chorób serca, naczyń, krwi, mięśni i t. d.

Podobnie dziedziczy się nieprawidłowa czynność fizyologiczna tkanek, ujawniająca się czy to w wadliwym sposobie oddziaływania na właściwe bodźce, jak to się zdarza np. w układzie limfatycznym, którego gruczoły nie chronią podówczas ustroju od zakażenia w takim stopniu, jak w stanie prawidłowym, czy to w zaburzeniach przemiany materyi, na których tle powstaje cały szereg poważnych chorób, czy też w nieprawidłowościach kurczenia się, wydzielania, lub innych czynności danej tkanki czy narządu, ujawniających się nawet bardzo wyraźnie, jak to bywa np. we fizyologicznym, czyli konstytucyjnym białkomoczu, świadczącym o znacznem zaburzeniu czynnościowem tkanki nerki. Jasną jest rzeczą, że takie dziedzicznie przekazane nieprawidłowości w czynności tkanek stanowić mogą poważny czynnik usposabiający do powstania u danego osobnika różnych chorób tych narządów, których tkanki w powyższy sposób są dotknięte. Czynnik ten wchodzi w grę w takich chorobach, jak różne zaburzenia trawienia, nieżyt oskrzeli, dychawica, zapalenie wyrostka robaczkowego (Dieulafoy i in.). Odrębną grupę dziedzicznych spraw patologicznych stanowią niektóre wady rozwoju, ujawniające się jako zniekształtnienia lub potworności. Oczywiście mogą to być tylko albo nieznaczne wady ważnych dla życia narządów, albo też wady poważniejsze narządów podrzędniejszych; niekiedy przekazuje się dziedzicznie nieprawidłowy rozwój całego wogóle ustroju. Wady takie stanowią wzrost olbrzymi lub karli, wadliwa budowa kośćca, zwłaszcza klatki piersiowej, głuchoniemota, zwężenie zastawki dwudzielnej, brak palców u rąk i nóg, palce nadliczbowe, zrost palców, nadliczbowe brodawki sutkowe, warga zajęcza, wilcza paszcza, nieprawidłowości zębów, oka, jako to zmiany barwy tęczówki, zwichnięcie soczewki, nieprawidłowości mięśni, kręgosłupa, nieprawidłowe uwłosienie, bielactwo, zmiany w układzie moczowo-płciowym, jako to wadliwe umieszczenie ujścia cewki moczowej, zwłaszcza na spodzie prącia i t. d. Powyższe wady utrzymują się zazwyczaj w rodzinie przez kilka pokoleń, poczem znikają czy to dzięki selekcyi, czyli łączeniu się osobników, daną wadą obarczonych z osobnikami pochodzącymi z rodzin od niej wolnych, czy też dzięki atawizmowi, dzięki któremu stosunki pierwotne, prawidłowe powracają, a późniejsze, patologiczne, ustępują w dalszych pokoleniach. W rodzinach, wadami rozwojowemi obarczonych, spotyka się często u różnych członków tej samej rodziny rozmaite wady; zjawisko to określa się jako transformizm wad rozwojowych. Nadto w takich rodzinach jeden i ten sam osobnik może być dotknięty równocześnie kilku wadami.

Wielką skłonność do przekazywania się dziedzicznego okazuje skaza dnawa, czyli t. zw. artrytyzm. Patologowie francuscy z Bouchardem na czele, który na podstawie zbadanych 10000 przypadków dopatruje się w szeregu rozmaitych chorób wspólnego tła dnawego (artrytycznego), określają skazę tę, jako usposobienie do chorób, wynikających ze zwolnienia spraw odżywczych w ustroju. Skazę dnawą spotyka się przeważnie w warstwach kulturalnych społeczeństwa; to też z szerzeniem się kultury z biegiem czasu staje się ona coraz pospolitszą. W rodzinach dnawych niekoniecznie wszyscy ich członkowie muszą być skazą dotknięci; znane są przypadki, w których przez kilka wieków stale najstarszy tylko potomek dziedziczył skazę od przodka (Garrod). Choroby, jakie w takich rodzinach szczególnie często się zdarzają, są niezmiernie różnorodne, przytem występowanie wielu chorób jest tu związane z wiekiem osobnika. W dzieciństwie występują tu nieżyty błon śluzowych, ognipiór, zaburzenia nerwowe, zwłaszcza nerwów naczynioruchowych, świąd, pokrzywka, wyprysk, łuszczyca, potem krwawienie z nosa, w wieku młodzieńczym trądzik, migrena, nasieniotok. biegunka, przedwczesne łysienie, w wieku dojrzałym żylaki, zwłaszcza krwawnice, cierpienia stawów, mięśni i ścięgien, zwłaszcza podagra, otyłość, która niekiedy występuje już w dzieciństwie, zwłaszcza u dziewczynek, później, w okresie dojrzałości płciowej zazwyczaj niepłodnych, dychawica, cukrzyca, kamica żółciowa i nerkowa, w wieku starczym rozedma płuc, miażdżyca, cierpienia mięśnia sercowego, marskość zanikowa wątroby. Patologowie francuscy upatrują pewien związek, mający zachodzić pomiędzy chorobami powstałemi na tle skazy dnawej, a niektóremi chorobami nerwowemi, zwłaszcza nerwicami, jakoto padaczką, histeryą, neurastenią i pląsawicą. Charcot, a za nim inni, przyjmują nawet istnienie odrębnej skazy, t. zw. neuroartrytyzmu.

(C. d. n.).

Ciąża, a oko.

Podał

Prof. Dr K. W. Majewski.

(Według wykładu w krakowskiem Towarzystwie lekarskiem).

(Dokończenie).

Te dziwne cokolwiek spostrzeżenia Poseya ([28]) i Hirsta ([28]), zgadzają się jednakowoż ze spostrzeżeniami Martina, odnoszącemi się do t. zw. przez niego »retinitis praealbuminurica«, która na miesiące, czasem na lata całe wyprzedza chorobę Brighta. Martin ([30]), na podstawie spostrzeżeń przypadków, w których wystąpiły na dnie oczu zmiany odpowiadające zupełnie zmianom białkomoczowym na długi czas przed pierwszem pojawieniem się białka w moczu, wysnuwa daleko idące wnioski co do patogenezy choroby Brighta. Wyraża on przypuszczenie, że nie jest to choroba miejscowa, ograniczona do zmian w nerkach, lecz ogólne schorzenie drobnych gałązek tętniczych, oraz naczyń włosowatych całego ustroju. To ogólne schorzenie naczyń, może wywołać zmiany zarówno w nerkach, jak i w siatkówce. Zajęcie zatem tych dwóch narządów stanowi dwa równorzędne objawy miejscowe tej samej choroby ogólnej. W największej liczbie przypadków zmiany w nerkach wyprzedzają, o całe miesiące i lata, wystąpienie zaburzeń w oczach, ale nie jest rzeczą wyłączoną, że zaburzenia w oczach mogą pojawić się wcześniej, czego właśnie dowodzą przypadki przez autora opisane. We wszystkich tych przypadkach badanie, oraz wywiady wykazywały przewlekłe, lata trwające zaburzenia w trawieniu, zwłaszcza w trawieniu jelitowem. Prawdopodobnie zatem samozatrucie ustroju wytworami rozkładu treści jelitowej, niedotrawionej i niedostatecznie wydalanej, stanowi punkt wyjścia zmian w ścianach naczyniowych, tworzących istotę choroby Brighta.

Co do ciąży, to byłoby rzeczą pierwszorzędnej wagi, gdyby znalazł się jakiś sposób wczesnego wykrycia zatrucia ciążowego i związanych z niem niebezpieczeństw. Z wyżej opisanych spostrzeżeń zdaje się wynikać, że w niektórych przypadkach wykazanie rozpoczynających się zmian wziernikowych w siatkówce mogłoby stanowić dla położnika wskazówkę ostrzegawczą, że mimo braku jakichkolwiek innych oznak zatrucia ciążowego, należy się mieć na baczności i przygotować się na możliwość ciężkich powikłań.

To samo mniej więcej znaczenie, co białkomoczowe zapalenie siatkówki, ma oderwanie siatkówki. Wiadomo, że mało jest schorzeń równie trudnych i niewdzięcznych do leczenia. Nawet tam, gdzie z wielkim trudem, po długich tygodniach spokojnego leżenia i wydatnych potów, doczeka się chory, że odklejona siatkówka przylgnie napowrót, to i tak ta część, która się już raz odkleiła, nie odzyskuje prawie nigdy prawidłowej sprawności. Co najwyżej ten wynik leczniczy zabezpiecza do pewnego stopnia owe okienko w polu widzenia, które odpowiada siatkówce nieoderwanej. Przypadki, gdzie już takiego okienka nie ma, a więc przy oderwaniu całej siatkówki (amotio retinae totius) musimy uważać z góry za beznadziejnie stracone. Odnosi się to do najczęstszej postaci oderwania siatkówki, to jest do samoistnego oderwania na tle wysokiego krótkowidztwa. Odnosi się to zatem także do oderwania występującego w ciąży, w oku dotkniętem wysoką krótkowzrocznością. Wiadomo, że rokowanie jest stanowczo lepsze w przypadkach oderwania siatkówki, powstałego w oku zresztą zdrowem, na tle urazu. Oderwanie siatkówki, jakie powstaje wśród porodu może być prawie zaliczone do kategoryi oderwań urazowych i daje tem samem bezwarunkowo lepsze rokowanie. Oderwanie, powstałe u ciężarnej na tle zapalenia nerek, może zająć, pod względem rokowania, t. j. pod względem widoków wyleczenia, miejsce w pośrodku między samoistnem oderwaniem na tle niedomiarowości oka, a oderwaniem urazowem.

Co do zapalenia nerwu wzrokowego w ciąży bez równoczesnych zmian w siatkówce, trzeba przyznać, że jako powikłanie wogóle rzadsze, nie zostało dotąd jeszcze, pod względem znaczenia i rokowania, dostatecznie poznane i ocenione. To pewna jednak, że rokowanie w zapaleniu nerwu wzrokowego, na jakiemkolwiekby ono tle było i z jakiejkolwiekby pochodziło przyczyny, jest zawsze bardzo groźne, a co ważniejsza, prawie zupełnie nieobliczalne.

Ślepota mocznicowa jest oczywiście objawem w najwyższym stopniu alarmującym, jednym z tych, które wymagają ze strony położnika energicznego wkroczenia już nietylko dla ratowania wzroku, ale dla ocalenia życia kobiety.

Za dalekoby mnie to zaprowadziło, gdybym chciał wymieniać wszystkie powikłania oczne, jakie spostrzegano i opisano w czasie ciąży i porodu. Musiałbym chyba przejść szczegółowo wszystkie rozdziały okulistyki. Pobieżnie wspomnę tylko o takich, jak tętniące wysadzenie oka, podbiegnięcie krwawe powiek i spojówki w przypadkach niepowściągłych wymiotów ciężarnych i przy rzucawce, ciężkie i trudno gojące się owrzodzenia rogówki, mające na nieszczęście upodobanie do samego środka rogówki, poraźne rozszerzenie źrenicy, widzenie żółto, niedowidzenie a nawet ślepota w przypadkach żółtaczki ciężarnych, wreszcie zator, albo zakrzep środkowej tętnicy siatkówki.

Mniej więcej te same powikłania, powstające częstokroć już w ciąży, wystąpić mogą podczas samego aktu porodowego. Tu piśmiennictwo okulistyczne obfituje przedewszystkiem w opisy przypadków krwotoków w różnych częściach oka: powiekowych, podspojówkowych, śródgałkowych, pozagałkowych. Znaczenie i rokowanie różne, właśnie zależne od siedziby krwotoku.

Zbyteczna prawie dodawać, że tego rodzaju wydarzeń musimy się obawiać przedewszystkiem u kobiet, rodzących w starszym wieku, ze znaczniejszą miażdżycą tętnic, albo gdy naczynia są schorzałe i zmienione wskutek zapalenia nerek, kiły, cukrzycy i t. p.

Podczas samych bólów porodowych, mianowicie z ich nastaniem, występuje zazwyczaj mierne rozszerzenie źrenic. Polega ono niewątpliwie nie na niedowładzie nerwu okoruchowego, lecz na podrażnieniu nerwu współczulnego (Raehlmann ([26]) i Witkowski [26]). Zjawisko to nie jest odosobnione, bo nietylko ból porodowy, ale wszelki ból fizyczny, silniej dojmujący, wywołuje, a przynajmniej może wywołać przemijające rozszerzenie źrenic.

W połogu spotykamy nieraz zaburzenia oczne, których początek sięga jeszcze czasu ciąży, albo datuje się od chwili rozwiązania. Dla samego połogu znamienne są zwła-

szcza powikłania oczne w przebiegu gorączki połogowej. A więc przedewszystkiem przerzuty ropne w oku, zakażony zator środkowej tętnicy siatkówkowej, posokowate zapalenie siatkówki, przerzutowe zapalenie całego oka, czasem ropne zapalenie samej tęczówki, czasem znowu wrzody rogówki. Wszystko to są schorzenia nadzwyczaj groźne, wiodące niechybnie prawie do utraty gałki ocznej, a przynajmniej wzroku. Całe szczęście, jeśli sprawa ogranicza się do jednego oka.

Jeszcze kilka słów o karmieniu. Jeśli kobieta karmi, gdy nie powinna, wbrew radzie lekarza, gdy ją karmienie wycieńcza i osłabia, wtedy występują na oczach objawy znużenia, o których już poprzednio pisałem. Nie wracam już do nich, natomiast wspomnę jeszcze o zaćmie przedwczesnej (cataracta senilis praecox), która szczególnie często występuje u kobiet, które wiele dzieci rodziły i zbyt długo karmiły. Wieśniaczki nasze karmią swe dzieci, nie wiem, czy dla wygody, czy dla oszczędności, nieraz dłużej, niż przez $1^1/_2$ roku. Po dłuższym szeregu takich okresów karmienia, nie dziw, że kobieta w 35. roku życia już jest zgrzybiałą, nie dziw też zatem, że już tak wcześnie dostaje zaćmy schyłkowej, która jest atrybutem zgrzybiałego wieku. Ta etyologia jest tak ustalona i pewna, że okuliści, już od dawien dawna ten rodzaj zaćmy określają nazwą »cataracta e lactatione«.

Wracając do rozlicznych wymienionych wyżej powikłań ocznych w przebiegu ciąży, porodu i połogu, muszę poruszyć jeszcze sprawę postępowania leczniczego. Otóż dla przeważnej części tych powikłań, stanowiących nie co innego, jak tylko różne choroby oczne, istnieją wskazania lecznicze, czysto okulistyczne. To znaczy, że położnik czuwa nad ciążą i porodem, a okulista czuwa nad chorem okiem. Wskazania te pominę zupełnie milczeniem, gdyż obchodzą one tylko specyalistów. Ale pomiędzy powikłaniami ocznemi ciąży są niektóre szczególnie groźne, szczególnie niebezpieczne, tak że stwarzają oprócz wskazań okulistycznych także i wskazania położnicze i o tych ostatnich wypada mi jeszcze kilka słów dodać. Chcę mianowicie w krótkości przedstawić motywy, które ze stanowiska okulistyki nakazują, względnie usprawiedliwiają przerwanie ciąży. W petersburskiem Towarzystwie lekarskiem poruszył z. r. Germann pytanie, czy lekarz w przypadku, gdzie życiu matki nie grozi niebezpieczeństwo, ma prawo przerwać ciążę jedynie ze względu na wzrok matki. Wymienia on oderwanie siatkówki, białkomoczowe zapalenie siatkówki, zapalenie nerwu wzrokowego, a prócz tego ciężkie postępujące owrzodzenia rogówki, jako okulistyczne wskazania do przerwania ciąży. W dyskusyi, jaka się na ten temat rozwinęła, podnoszono przeciw zapatrywaniom Germanna zarzuty z punktu widzenia lekarskiego, prawniczego i socyologicznego. Skończyło się na wyborze osobnej komisyi, która ma to ważne zagadnienie w szczegółach rozpatrzeć, ale dotąd jeszcze, o ile wiem, nie ogłosiła sprawozdania ze swych obrad. Położnicy i ginekologowie niezbyt wiele uwagi poświęcają oczom i wzrokowi ciężarnych i rodzących. Dopiero Zjazd ginekologiczny w Rzymie zajął się bliżej tą sprawą i określił szczegółowo wskazania okulistyczne do przerwania ciąży. Wskazania te są nieliczne. Według Schauty tylko ciężkie zmiany oczne na tle zapalenia nerek, jak oderwanie siatkówki, białkomoczowe zapalenie siatkówki, wreszcie mocznicowe oślepnięcie mogą usprawiedliwić sztuczne poronienie. Fejer ([27]) przyznaje, że stanowisko okulisty wobec pytania, czy w danym przypadku przerwanie ciąży uratuje oko zagrożone, bywa częstokroć bardzo trudne. Muszą tu rozstrzygnąć oprócz wyników badania okulistycznego, także wywiady, stan ogólnego zdrowia matki, wyniki badania położniczego, przebieg poprzednich porodów, o ile nie chodzi o pierwiastkę, i wpływ tych porodów na oko, wreszcie wzgląd na społeczne stosunki obojga rodziców, a także na wolę i życzenie samejże ciężarnej. Mimo, że ze stanowiska lekarskiego należy wogóle raczej ograniczać, niż rozszerzać wskazania do takiego zabiegu, jakim jest spędzenie płodu, to jednak ważne względy nakazują Fejerowi ([27]) wysunąć na czoło dyskusyi jeszcze jednę nieprawidłowość, a raczej chorobę oczną, mianowicie postępującą krótkowzroczność. Mamy tu na myśli nie ową krótkowzroczność szkolną, która zwykle po 20. roku życia zatrzymuje się w swych postępach i przez całe dalsze życie popozostaje już niezmienną, nie prowadzi do żadnych powikłań, nie zagraża wzrokowi i nie jest niczem więcej, jak sądzą Schnabel i Herrnheiser, jak tylko przystosowaniem się oczu do pracy z blizka. Nie o niej tu mowa, lecz o owej krótkowzroczności postępującej, co wzrasta przez całe życie, dochodzi do 20,0 D, czasem do 30,0 D i z powodu niebezpieczeństw, jakie dla wzroku sprowadza i całej plejady możliwych powikłań, zasłużyła sobie na szereg takich niepochlebnych epitetów, jak: „myopia permagna, fortis, progressiva, insidiosa, perniciosa, deletaris, maligna, destructiva etc.« Pamiętać należy, że nie jest ona wadą w budowie optycznej oka, lecz schorzeniem, którego tylko jednym z objawów jest olbrzymi przyrost refrakcyi, wyrażającej się niedomiarowością i wymagającej do wyrównania najsilniejszych szkieł wklęsłych. Fejer ([27]) przytacza argumenty na poparcie żądania, aby w razie wypadku takiej krótkowzroczności postępującej, nietylko nie dopuszczać do porodu na czasie, ale nawet nie narażać kobiety na nową ciążę, a więc używać środków zapobiegających zastąpieniu.

W dwóch kierunkach mianowicie porody działają tutaj szkodliwie. Z jednej strony przyspieszają one postępy krótkowzroczności. W przypadkach krótkowzroczności postępującej u kobiet, których wzrok i refrakcya często były badane przez szereg lat, zauważyć się dają we wzmaganiu się krótkowzroczności pewne podskoki, tak, że krzywa tego wzmagania się, zamiast linii wyciągniętej, przedstawia linię schodkowaną. Porównanie dat tych podskoków stopnia krótkowzroczności z datami porodów, wykazuje czasem uderzający związek synchronistyczny. Schodki w wysokości jednej do dwóch dyoptryi występują zazwyczaj po porodach, zwłaszcza po porodach ciężkich. Otóż wszystko, co wpływa na przyspieszenie postępu krótkowzroczności, wszystko to zbliża i powiększa niebezpieczeństwo rozlicznych powikłań, bo one występują tem częściej i tem łatwiej, im wyższa krótkowzroczność. To jest pierwszy, pośredni powód, dlaczego porody stanowią dla takich oczu niebezpieczeństwo. Z drugiej strony zagrażają one niebezpieczeństwem bezpośredniem. Trzeba wiedzieć, że obowiązkiem okulisty, do którego zgłasza się chory z bardzo wysokim stopniem krótkowidztwa, mającego charakter postępowy, jest przestrzedz go wyraźnie, żeby się nie schylał, nie dźwigał, nic ciężkiego z ziemi nie podnosił, unikał kaszlu, kataru, kichania, a przy-

najmniej przy kichaniu szeroko usta otwierał, unikał wymiotów, twardego stolca, tak samo, jak i wszelkich, choćby nieznacznych urazów w oko, wszelkich fizycznych wysiłków, wszystkiego, co nagle parcie krwi podnosi, albo t. zw. uderzenia krwi do głowy powoduje. Tylko dzięki tym ostrożnościom można się poniekąd zabezpieczyć przeciw nieszczęśliwym powikłaniom, których leczenie jest trudne, długie i niewdzięczne; w pierwszym rzędzie przeciw krwotokom i oderwaniom siatkówki. Jeżeli wszystkie te ostrożności są potrzebne i jeżeli zaniedbanie ich jest szkodliwem, to jakże niema być szkodliwem działanie tłoczni brzusznej w czasie porodu, szczególniej, jeśli zachodzi jakikolwiek niestosunek porodowy. Jakże się dziwić, że wśród porodu powstają krwotoki siatkówkowe, zwłaszcza ze wszystkich najgorszy, tak częsty w krótkowidztwie krwotok do plamki żółtej, że wśród porodu powstają zmętnienia ciałka szklistego, pochodzące najczęściej również z wynaczynienia krwi; cóż dziwnego, że wśród porodu odrywa się siatkówka, aby już potem nigdy nie przylgnąć.

Oto są niebezpieczeństwa bezpośrednie, jakiemi zagraża sprawa porodowa oczom matki, dotkniętej krótkowzrocznością postępującą, i to jest drugi wzgląd, który usprawiedliwia i przerwanie ciąży istniejącej i zapobieganie ciążom następnym.

Tak więc streszczając to, co powiedziałem o okulistycznych wskazaniach do przerwania ciąży, ograniczyć je możemy głównie do następujących powikłań: 1) Oderwanie siatkówki, 2) białkomoczowe zapalenie siatkówki i nerwu wzrokowego 3) mocznicowe oślepnięcie, 4) wrzody rogówki, gdy ich postępów nie można powstrzymać, a nakoniec przybywa jeszcze owa 5) krótkowzroczność złośliwa, (myopia permagna, perniciosa).

Nie trzeba sądzić jednak, że okulista w każdym przypadku, gdzie zachodzi jedno z tych dopiero co wymienionych powikłań ocznych, musi koniecznie domagać się przerwania ciąży. Bynajmniej! Zdaniem mojem, wobec takich powikłań zachodzi tylko konieczność wzięcia pod rozwagę wskazania do przerwania ciąży i zastanowienia się, ażali jest możebnem uratowanie oka bez uciekania się do tej ostateczności. Jak wszędzie, tak też i w takim wypadku byłoby błędem trzymać się jakiegokolwiek szablonu. Tem bardziej, że ilekroć chodzi o przerwanie ciąży z powodów niepołożniczych, koledzy położnicy chętnie umywają ręce i ograniczają się do roli technicznych wykonawców, przesuwając cały ciężar odpowiedzialności na barki wezwanego do narady specyalisty. Każdy oczywiście zgodzi się na to, że lepiej, aby matka nie miała dziecka, niż, żeby dziecko miało matkę ślepą. W konkretnym jednak przypadku przewidzieć, jaki obrót weźmie choroba oczna po przerwaniu ciąży, a jakiby wzięła bez tego zabiegu, może być nieraz rzeczą niezmiernie trudną. Okulista zapytany o zdanie, musi głęboko rozważyć wszystkie »pro« i »contra« i mogą mu być w tem pomocne wyżej wymienione punkty wytyczne, będące owocem długoletniego doświadczenia wielu pierwszorzędnych praktyków, ale w żadnym razie nie będzie się ich trzymać niewolniczo.

Piśmiennictwo.

1. Salo Cohn. Uterus und Auge. Wiesbaden, 1890. — 2. Mooren. Gesichtsstörungen und Uterusleiden. Archiv f. Augenh. T. 10. p. 519. 1881. — 3. Landesberg. Augenleiden in Verbindung mit normaler Menstruation. Centralbl. f. prakt. Aghk. 1883, p. 134. — 4. Stuelp. Ein Fall von hartnäckig rezidivierender herpesartiger Erkrankung der Konjunktiva und Kornea im Zusammenhang mit Menstruationsstörungen der Menopause. Archiv f. Opht. T. 40. p. 224, 1894. — 5. Ewers. Amblyopie bei cessierenden Menses. (Zweiter Jahresber. p. 17). Ref. w Nagels Jahresber. f. Ophth. 1872, p. 358. — 6. Samelsohn. Amaurose nach plötzlicher Unterdrückung des Menstrualflusses. Berl. klin. klin. Woch. 1875, p. 27. — 7. Finkelstein. On sensory disorders in diseases and on changes of the field of vision in menstruation. Diss. Petersburg, 1887. — 8. Perlia. Ueber spontane Blutungen aus normaler Konjunktiva. Münch. med. Wochs. 1888, p. 126. — 9. Hirschberg. Menstruelles Gelbsehen. Berl. klin. Wochs. 1872, p. 579. — 10. Königshöfer. Ein Fall von rezidivenden Glaskörperblutungen infolge von Menstruationsstörungen. Stuttgart, 1894. — 11. Szili. Vorübergehende Erblindung im Wochenbette. Centralbl. f. prakt. Aghk. 1882, p. 169. — 12. Nettleship. a) On cases of retro-ocular neuritis. Case 25: Transact. of the Ophth. Soc. of the Unit. Kingdoms. Tom 4. 1884. — b) Cases of temporary blindness during lactation. Royal, London Hosp. Rep. T. 13. p. 97, 1891. — 13. Axenfeld. Augenerkrankungen während der Schwangerschaft, des Wochenbettes und der Stillungszeit. Sammelber. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. T. 2. Z. 6., 1896. — 14. Rogman. Contribution à l'étude des affections oculaires survenant chez la femme dans le cours de l'allaitement. La Flandre méd. 1894, Nr 7. — 15. Bosse. Augenhintergrundbefunde bei Schwangeren und Wöchnerinnen. Archiv f. Aghk. T. 42. p. 107, 1900. — 16. Terrien. Affections oculaires d'origine menstruelle. Gaz. des Hôp. Sept. 1903. — 17. Fridenberg. Vikarierende Menstruation in die Netzhaut mit nachfolgender Ablösung und Retinitis striata. Trans. Americ. Ophth. Soc., 1903. — 18. Bistis. Les complications oculaires pendant la lactation. Arch. d'Opht. T. 24. p. 462, 1904. — 19. Silex. Ueber Retinitis albuminurica gravidarum. Berl. klin. Wochs. 1895, p. 385. — 20. Axenfeld. Retinitis albuminurica gravidarum. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. T. 2. Z. 6. p. 516, 1896. — 21. Rob. L. Randolph. The significance of albuminuric retinitis in pregnancy. Bull. John Hopkius Hosp. T. 5. p. 41. Ref. w Hirschbergs Centralbl. für Aghk. 1895, p. 554. — 22. Jahr. für Aug. 1884. p. 379. — 23. Landesberg. Centr. f. Aug. Mai, 1883. — 24. Hirschberg. Berl. klin. Wochs. 1872, p. 579. — 25. Trousseau. Ann. d'ocul. 115, p. 242. — 26. Raehlmann und Witkowski. Jahr. für Aug. 1878, p. 132. — 27. Fejer. O wpływie ciąży i porodu na schorzenia oka. Arch. für Augenh. Tom LVII. Z. 2. i 3. — 28. Posey and Hirst. Importance of an ocular examination in pregnant women manifesting constitutional signs of toxemia. Journ. of the Amer. med. Ass., 14 mars, 1908. — 29. Pooley. Induction of premature labor in amaurosis and amblyopia in connection with the albuminuria of pregnancy. Americ. journ. of Surg., mars, 1908. — 30. Martin. Prealbuminuric Retinitis. Ophthalmology. Vol. V. April 1909, Nr 3. — 31. Menacho. O rozszerzeniu naczyń limfatycznych całej spojówki podczas ciąży. XI. Kongres okul. w Neapolu, 1909. — 32. Reuter. Einseitige Amaurose während der Schwangerschaft. Arch. f. Augenh. T. LXIII., Z. 1. i 2. — 33. Pley. Des névrites optiques et neuro-rétinites au cours de la grossesse et pendant l'allaitement. (Thèse de Paris, novembre, 1908).

Sprostowanie. Na str. 320, szpalta lewa, wiersz 12. i 21. od góry zamiast »Naddoxa« ma być »Maddoxa«; w tejże szpalcie wiersz ostatni u dołu zamiast »Joseya« ma być »Poseya«.

Oceny i sprawozdania.

Władysław Janowski: **Współczesne metody badania serca.** (Prace Towarzystwa naukowego warszawskiego. III Wydział matematyczno-przyrodniczy, Nr 2). Warszawa 1910. str. 176

Poświęciwszy kilka lat ostatnich badaniom czynności serca zapomocą całego szeregu nowych metod, wzbogacił Janowski nasze piśmiennictwo pracami wartości pierwszorzędnej i zajął wśród znawców tego działu stanowisko wybitne nietylko u nas, lecz także zagranicą. Oparty na tych własnych swych badaniach i na przestudyowaniu piśmiennictwa, dotyczącego tego przedmiotu, ogłosił Janowski w r. 1907 w »Nowinach lekarskich« ogólny pogląd na całą funkcyonalną dyagnostykę serca. Obecnie wydane dzieło ma być, jak się autor wyraża, »drugiem, trzykrotnie powię-

kszonem wydaniem« tamtej pracy z r. 1907, w rzeczywistości jednak jestto wyczerpująca monografia tego przedmiotu, opracowana z właściwą autorowi sumiennością i talentem i uwzględniająca całą olbrzymią literaturę (dołączona do dzieła bibliografia obejmuje 766 numerów), a mająca przez to niepoślednie znaczenie, że dzięki rozległym własnym badaniom mógł autor rzecz pod każdym względem krytycznie oświetlić. Dzieło składa się z 6 rozdziałów, omawiających: zadania dyagnostyki czynnościowej serca, badanie tętna, określenie granic serca, przedmiotowe zapisywanie tonów serca, elektrokardyografię i inne sposoby badania czynności serca, a jako ostatni rozdział dołącza autor swoje wnioski. Niepodobna tu oczywicie streścić bogatego materyału, zawartego w książce Janowskiego, którą każdy lekarz, pragnący iść z postępem nauki, powinienby uważnie przestudyować; pozwolimy sobie natomiast przytoczyć końcowe wnioski, które są następujące:

1. Badanie czynności serca jedynie zapomocą macania tętna w stanie spokoju chorego nie daje pojęcia o stopniu sprawności serca w znacznej liczbie badanych przypadków.

2. Dlatego przy wszelkich badaniach serca, mających na celu dokładniejsze zoryentowanie się w jego sprawności, należy starannie zebrać z wywiadów dane, wskazujące na wytrzymałość serca, a w braku tych danych należy poddawać chorego próbom z pracą mięśniową, dawkując ją jednak nadzwyczaj ostrożnie i ściśle indywidualizując w każdym poszczególnym przypadku i w oddzielnych okresach jego przebiegu.

3. Przy próbach tych należy zwracać uwagę na wszystkie cechy tętna, a nadto na stopień duszności, samopoczucie chorego i ew. na zachowanie się granic serca i jego tonów, względnie szmerów.

4. W badaniu niemiarowości tętna należy się zawsze posługiwać tętnopisem, jeżeli idzie nam o dokładne ustalenie, jakim jest typ zaburzenia rytmu, którym serce jest w danym przypadku dotknięte.

5. Jest to konieczne nawet w tych przypadkach, w których typ niemiarowości wydaje się prostym. Może się bowiem przytem okazać, że zaburzeniu uległy różne własności mięśnia sercowego, a nadto można w ten sposób czasem przypadkowo wykryć brak współrzędności w pracy poszczególnych części serca, jeżeli posługiwać się tętnopisaniem skombinowanem, t. j. zdejmować tętno jednocześnie na tętnicach i żyłach, lub wprost z lewego przedsionka serca od strony przełyku.

6. Badanie tętna żylnego posiada niezmiernie ważne znaczenie dla dokładnego rozbioru wszelkich postaci niemiarowości tętna i jest wprost niezbędnem w przypadkach zaburzeń w pobudliwości (skurcze dodatkowe) i przewodnictwie mięśnia sercowego.

7. Zdejmowanie krzywych lewego przedsionka serca przez przełyk nie dało jeszcze dotychczas oczekiwanych od niego korzyści. Należy się jednak spodziewać, iż nastąpi to wtedy, gdy możliwe będzie porównanie danych, otrzymywanych przy pomocy zdejmowania krzywych przełykowo-przedsionkowych, z danemi, otrzymanemi zapomocą przedmiotowego zapisywania tonów serca oraz elektrokardyografii.

8. Usługi, oddane dyagnostyce czynnościowej serca przez użycie tętnopisu, są już dotąd olbrzymie, można się jednak po nim spodziewać jeszcze większych korzyści, przy uwzględnieniu warunków, wyłożonych pod 7.

9. Jednorazowe badanie ciśnienia krwi ma znaczenie kliniczne tylko w tych przypadkach, w których daje liczby krańcowo małe lub krańcowo wielkie. Systematyczne badania ciśnienia krwi u tych samych osobników upoważniają do wniosków praktycznych tylko wtedy, gdy wykazują znaczne wahania w ciśnieniu krwi w ciągu szeregu dni.

10. Badanie skurczowego i rozkurczowego ciśnienia krwi niezmiernie pogłębia wartość danych, otrzymanych na drodze tętnopisania. Pozwala ono też na określenie prawdziwej wielkości i szybkości tętna.

11. Wprowadzenie do kliniki sposobów określania ciśnienia skurczowego i rozkurczowego pogłębiło znacznie nasze wiadomości o wahaniu ciśnienia krwi podczas pracy serca. Nie przyczyniło się ono jednak dotąd do zupełnie pewnej oceny zmian w wielkości skurczowego rzutu krwi oraz w pracy serca.

12. Niejakie, ale tylko ogólnikowe pojęcie o oporze obwodowym dla pracy serca w różnych częściach układu tętniczego może być zdobyte przez mierzenie ciśnienia krwi w tętnicach, znajdujących się w różnej odległości od serca.

13. Natomiast mierzenie oporu dla krążenia w częściach najbardziej obwodowych z pożądaną dokładnością jest na razie niewykonalne. Nieobliczalny też jest dotąd wpływ nerwów naczynioruchowych na wielkość tego oporu.

14. Proponowane ostatnio sposoby określenia szybkości krążenia krwi oraz siły rzutu krwi (Sahli), mające na celu nowe sposoby wyzyskania danych sfigmomanometrycznych, zasługują na szczególne zalecenie do systematycznego ich sprawdzenia.

15. Opukiwanie granic serca pozostanie i nadal jednym z najważniejszych sposobów badania jego czynności.

16. Ortodyagrafia, a szczególniej telerentgenografia posiada doniosłe znaczenie, jako sposób sprawdzania danych, otrzymanych zapomocą opukiwania serca.

17. Rentgenoskopia w ręku wprawnego badacza stanowi pożądaną kontrolę wyników, otrzymanych na drodze opukiwania serca, ortodyagrafii oraz tętnopisania.

18. Przedmiotowe zapisywanie tonów serca będzie miało w przyszłości, jak się zdaje, doniosłe znaczenie przy sprawdzaniu danych, otrzymanych zapomocą tętnopisania.

19. Elektrokardyografia pogłębi znacznie rozbiór danych, otrzymanych zapomocą tętnopisania. Po dokładnem ustaleniu na drodze badań fizyologicznych znaczenia poszczególnych części składowych krzywej elektrokardyograficznej, elektrokardyografia stanie się prawdopodobnie wielce pomocną w klinice dla stwierdzania zmian w mięśniu sercowym.

20. Sposób badania czynności serca, podany przez Poczobuta, zasługuje na sprawdzenie na dużym materyale.

Książką swoją zdobywa sobie Janowski — nie po raz pierwszy — rzetelną zasługę. Z.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Lawen. **W sprawie histologii wolno przeszczepionej pokrytej okostną kości u człowieka.** (Arch. f. klin. Chir., 90. II.). L. miał sposobność zbadać drobnowidowo zachowanie się wolno przeszczepionej kości u człowieka w 78 dni po wszczepieniu, a to w przypadku, w którym z powodu mięsaka górnej części kości ramieniowej wycięto tę kość i wszczepiono w to miejsce część kości piszczelowej. Po 78 dniach z powodu nawrotu wyłuszczenie ramienia. Wszczepiony kawałek wgoił się. Drobnowidowo stwierdzono, że wszczepiony kawałek był już zupełnie unaczyniony; naczynia te dało się nastrzykać od tętnicy pachowej. Tkanka wszczepionej kości obumarła, ale przy okostnej wykazać się już dało nową, tworzącą się tkankę kostną, równocześnie ze sprawą wessania części obumarłych. Potwierdza to zdanie, że wszczepiona kość jest niejako pomostem i podnietą do nowotworzenia się kości, lecz sama, jako taka, nie utrzymuje się. K.

Saar. **Radyograficzne wykrycie kawałków szkła.** (Beitr. z. klin. Chir. 1909, VI. 3). Zwykłe gatunki szkła (t. j. o ciężarze właściwym 2,5—3,0) uwidoczniają się na płycie rentgenowskiej, jeżeli leżą tuż pod skórą lub w tkance tłuszczowej, a jedynie szkło o niższym ciężarze jest niewidoczne. Natomiast odłamki porcelany i steingutu zwykle nie dają się radyograficznie wykryć. K.

Kaestle. **Tlenek cyrkonu jako środek dla wywołania cieni w rentgenologii.** (Münch. med. Wochs. 1909, Nr 50). W miejsce trująco czasem działających przetworów bizmutu, podano w ostatnich czasach kilka środków zastępczych; niestety nie odpowiadają one swemu zadaniu. Ideałem środka takiego powinno być, by był zupełnie nieszkodliwy, by wywoływał dokładny cień, by nie miał smaku, zapachu, ani wybitnej barwy, wreszcie by był tani. Z podanych w ostatnich czasach środków żelazo nie odpowiada swemu zadaniu, bo daje za mały cień, wskutek czego musi się go używać w bardzo dużej ilości. Przetwory toru, zalecone dawniej przez autora, są znów stosunkowo za drogie. Natomiast podanym wyżej wymaganiom odpowiada w zupełności tlenek cyrkonu. Ma on postać białego, bezwonnego proszku, nie rozpuszcza się w żadnych kwasach, przez przewód pokarmowy przechodzi nie rozłożony, jest tani i daje silny cień. Można podać bez obawy 75 do 200 grm tak wewnętrznie, jak w lewatywie. A.

Schwarz. **O postępach dawkowania promieni Röntgena; jednostopniowy kalomelradiometr.** (Münch. med. Wochs. 1909, Nr 50). Ze sposobów oznaczania dawki promieni rentgenowskich przyjęły się pastylki Holzknechta (żółte, zmieniające barwę w zieloną), dalej szybki Sabouranda (zielone, zmieniające się w bronzowe), kwantymetr Kienböcka (oznaczanie siły promienia zapomocą papieru fotograficznego i t. p.). Sposoby te jednak są niebardzo pewne i dogodne i dlatego S. podaje nowy radiometr. Zasada jego polega na tem, że promienie X strącają z roztczynu Fowler-Edera (2 części zgęszczonego szczawianu amonowego i jedna część sublimatu) kalomel. Cechuje się to zmętnieniem. Otóż S. podaje przyrządzik, który wypełnia się za każdym razem wspomnianym płynem i umieszcza w połowie odległości ogniska koło lampy. Ta ilość promieni, która wywołuje pierwsze zmętnienie, zwie się 1 kalom. Trzy kalomy wywołują już wypadanie włosów i zapalenie skóry. A.

Müller. **Lepkość krwi ludzkiej ze szczególnem uwzględnieniem zachowania się jej przy schorzeniach chirurgicznych.** (Mittheil. a. d. Grenzgeb. der Med. u. Chir. 1909, 21. III.). Z badań swych na 250 chorych doszedł M. do następujących wniosków: Zwiększenie się liczby krwinek czerwonych (podrażnienie szpiku kostnego) zwiększa zarazem lepkość krwi. Następuje to n. p. przy ostrych sprawach zapalnych. Przejściowo zwiększa się też lepkość po operacyach brzusznych, kostnych, po złamaniach kości i przy silnym ucisku mózgu. Oczywiście zwiększa się też lepkość po względnem powiększeniu się liczby krwinek, n. p. wskutek zagęszczenia krwi po wielkich utratach wody. Natomiast zmniejszona ilość krwinek czerwonych (niedokrwistości ostre i przewlekłe, krwotoki i t. p.) łączą się zarazem ze zmniejszoną lepkością krwi. W ten sposób można zapomocą badania lepkości krwi odróżnić krwotok wewnętrzny od zemdlenia, wstrząsu, zapadu i t. p. K.

Oehlecker. **Praktyczna wartość mierzenia lepkości krwi przy ostrych chirurgicznych cierpieniach, zwłaszcza przy zapaleniu wyrostka robaczkowego.** (Berl. klin. Wochs. 1910, Nr 13). Przy ostrych cierpieniach w jamie brzusznej mała lepkośc przemawia za krwotokiem, wysoka za sprawą zapalną otrzewnej. Badanie to niema większej wartości n. p. dla dokładnej oceny stanu chorobowego przy zapaleniu wyrostka robaczkowego. K.

Doc. Baeyer. **Ciała obce w ustroju. Zachowanie się metalicznie połączonych kawałków cynku i miedzi w tkankach.** (Münch. med. Wochs. 1909, Nr 47). B. uczynił ciekawe spostrzeżenie, że metale zachowują się zupełnie odmiennie w tkankach w razie, jeżeli połączymy je ze sobą. O ile n. p. kawałek miedzi w tkance ulega łatwo rozkładowi, o tyle takiż kawałek w połączeniu z cynkiem zachowuje się w tkankach długo, natomiast cynk ulega silnym zmianom. To zachowanie się metali może będzie mieć znaczenie dla chirurgii praktycznej w tych przypadkach, gdzie zmuszeni jesteśmy na czas dłuższy zostawiać w ciele druty, gwoździe i t. p. Przez odpowiedni dobór kombinacyi metali uda się wyszukać zespół zupełnie nieszkodliwy. Sprawa ta ma również wagę w dentystyce przy wyrabianiu protez i plomb metalicznych. K.

Danielsen. **Wyniki przeszczepiania narządów gruczołowych.** (Tow. lek. Wrocław, 3. XII., 1909). Narządy gruczołowe podzielić można na 3 grupy: 1) grupa o wydzielaniu zewnętrznem, 2) wewnętrznem, 3) zewnętrznem i wewnętrznem. Do pierwszej grupy należą: wątroba, nerki, ślinianki. Tutaj przeszczepianie na inne zwierzęta zupełnie się nie udaje, a przeszczepianie na ten sam gatunek rzadko daje dodatnie wyniki. Grupa gruczołów o wydzielaniu zewnętrznem i wewnętrznem obejmuje trzutskę, jądro i sutek. Tutaj również przeszczepianie daje zwykle wynik ujemny. Jedynie nadają się do przeszczepiania gruczoły o wydzielaniu wewnętrznem i to w takim porządku: najmniej gruczoł tarczowy, potem jajniki (u tego samego osobnika), nadnercza, a wreszcie gruczoły przytarczycowe (ciałka nabłonkowe). Przeszczepianie grasicy i przysadki zwykle się nie udaje. Praktycznie udało się D. wyzyskać przeszczepianie ciałek nabłonkowych u chorej, która na 6. dzień po operacyi wola zapadła na ciężką tężyczkę; wszczepienie 2 ciałek nabłonkowych z innego osobnika pomiędzy otrzewną, a powięź. Potem jeszcze tylko 2 napady; wyzdrowienie zupełne utrzymuje się już $^1/_2$ roku. A.

Bircher E. **Doświadczalne wywoływanie wola.** (Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1909, T. 103). Doświadczenia swoje przeprowadził Bircher, podając zwierzętom (białym szczurom i psom, u których wól występuje także samorodnie) do picia wodę ze źródeł, znanych jako wywołujące wole u ludzi, a przedewszystkiem wodę ze starego źródła w Rupperswil w kantonie Aarau w Szwajcaryi. Dopóki w gminie Rupperswil używano wody z tego źródła, pochodzącej z melasy morskiej (warstw osadowych), pojawiał się wól u 59% dziatwy szkolnej; gdy jednak na zasadzie map H. Birchera, określających geografię wola, zaopatrzono tę gminę wodą, płynącą ze skał jurajskiej formacyi, spadł odsetek wola w ciągu lat 23 na 2·5%, a wól stwierdzono tylko u przybyszów lub u ludzi, pijących dalej wodę ze starego źródła. Otóż zapomocą wody z tego starego źródła zdołał B. u swych zwierząt już po 2 do 3 miesiącach pojenia wywołać wole (powiększenie gruczołu tarczowego w dwójnasób lub trójnasób, przyczem obraz histologiczny zupełnie odpowiadał obrazowi wola). Zmiany powstawały tem wolniej, im zwierzę było starsze, a były tem mniejsze, im krócej trwało doświadczenie. B. przekonał się dalej, że wole wywoływała woda, zarówno sączona przez świeczki Berkefelda, jak nie sączona; natomiast nie wywoływała wola woda gotowana. W zapobieganiu wolowi jest przeto filtrowanie wody bezpożyteczne, natomiast skuteczne może być używanie wody tylko przegotowanej. B. przypuszcza, że przyczyną wola nie jest jakaś istota uorganizowana, ale raczej jakaś toksyna. U jednego z psów, użytych do doświadczeń, powstały obok wola objawy, które B. uważa za analogię matołectwa: apatya, upadek łaknienia, chód chwiejny, zwolnienie wzrostu; gdy psa tego po pewnym czasie poczęto poić wodą zdrową, objawy te i wól ustąpiły. Z tego doświadczenia wnosi B., że matołectwo nie jest następstwem wola, lecz że wól i matołectwo są równoległymi skutkami tej samej przyczyny, zawartej w wodach z pewnych geologicznych formacyi. Wody szkodliwe pochodzą z melas morskich i formacyi tryasowych; natomiast nie wywołują wola wody z formacyi jurajskich. Woda, wytwarzająca wole, może stracić tę własność, jeżeli się ją w odpowiedni sposób przepuści przez warstwy wapienia jurajskiego; naodwrót woda zdrowa nabiera własności wytwarzania wola, jeżeli przejdzie przez formacye tryasowe. Daje to wskazówki do akcyi zapobiegawczej na szerszą skalę. C.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Akademia Umiejętności w Krakowie.
Wydział matematyczno-przyrodniczy.

Posiedzenie z d. 2. maja 1910.

1) Członek L. Marchlewski przedstawia rozprawę pp. J. Buraczyńskiego i T. Nowosielskiego: **O produktach utlenienia bromowanych strychnin.**

W pracy niniejszej autorowie streszczają swe studya nad ciałami, powstającemi przy ogrzewaniu produktów bromowania strychniny z wodą. W pracy, przedłożonej Akademii d. 5. kwietnia 1909 r., pp. Buraczewski i M. Dziurzyński zauważyli, iż produkty bromowania strychniny, otrzymane przez nich, przy ogrzewaniu z wodą ulegają rozkładowi, przyczem powstaje osad nierozpuszczalny w wodzie; z rozczynu zaś alkalia strącają białe ciała o własnościach zasadowych. Wskutek tego, iż przy metodzie bromowania, użytej w tamtej pracy, otrzymywano bardzo małą wydajność, zastosowali autorowie obecnie inną metodę bromowania, mianowicie, na zawieszenie w eterze starannie utartej, strąconej strychniny i niektórych jej pochodnych działali nadmiarem bromu; otrzymywali przytem produkty zasadniczo identyczne z produktami, otrzymywanymi poprzednią metodą i z wydajnością prawie teoretyczną.

Z nierozpuszczalnego w wodzie osadu, wspomnianego powyżej, udało się autorom wyosobnić dwa ciała, będące bromoproduktami utlenienia strychniny o wzorach empirycznych $C_{21}H_{20}N_2Br_3O_3$ i $C_{21}H_{22}N_2Br_3O_4$. Pierwsze z tych ciał krystalizuje bardzo dobrze z kwasu octowego, nie posiada własności ani zasadowych, ani kwasowych, skręca płaszczyznę polaryzacyi światła na prawo; w alkoholu, eterze itp. jest prawie nierozpuszczalne, rozpuszcza się natomiast dobrze w kwasie octowym stężonym przy ogrzewaniu i w stężonych kwasach azotowym i siarkowym na zimno. Z rozczynów tych strąca się nadmiarem wody w stanie krystalicznym. Drugie zaś rozpuszcza się bardzo łatwo w alkoholu, z którego strąca się wodą, zakwaszoną kwasem solnym; jest nieczynne względem światła spolaryzowanego. Są to pierwsze otrzymane dotychczas produkty utlenienia strychniny, nie posiadające kwasowych ani też zasadowych własności. Z przesączu po kilkakrotnem bromowaniu autorowie wyosobnili jeszcze jeden produkt utlenienia, posiadający własności wybitnie zasadowe, skręcający płaszczyznę polaryzacyi na lewo. Nie zdołali jednak ustalić dotychczas empirycznego wzoru tego ciała. Badając własności toksyczne na psie, autorowie stwierdzili, że wszystkie trzy ciała nie działają trująco. Pies, po zażyciu aż 100 mgramowych dawek każdej z tych substancyj, nie okazywał żadnych objawów nieprawidłowych. Natomiast minimalne ilości dwu- i trójbromostrychniny działają zabójczo prawie natychmiast.

2) Członek T. Browicz przedstawia pracę p. Edm. Rosenhaucha: **Przyczynek doświadczalny do etyologii pryszczykowego zapalenia oka.**

Nierozstrzygniętą dotychczas ostatecznie kwestyę, czy (i jaki) związek istnieje między zapaleniem pryszczykowem oka, napotykanem tak często u człowieka, a gruźlicą, stara się autor wyjaśnić szeregiem doświadczeń na świnkach morskich. Wprowadzał on na spojówkę oka, w różny sposób podrażnioną, gronkowce złociste (często spotykane w worku spojówkowym u ludzi, dotkniętych zapaleniem pryszczykowem) u zwierząt nie gruźliczych, następnie u zwierząt, u których wywołał sztucznie gruźlicę, jakoteż wreszcie u zwierząt po wstrzyknięciu silnych dawek tuberkuliny. U zwierząt niegruźliczych nie powstawało zapalenie pryszczykowe, natomiast u zwierząt zagruźliczonych lub znajdujących się pod wpływem tuberkuliny, powstawały analogiczne zmiany jak u człowieka. Autor na podstawie tych doświadczeń dochodzi do wniosku, iż zapalenie pryszczykowe powstaje pod wpływem czynników zewnętrznych (np. gronkowca złocistego) tylko w ustrojach, znajdujących się pod wpływem jadu gruźliczego, produkowanego w jawnych lub utajonych ogniskach gruźliczych, dostającego się do obiegu ogólnego i czyniącego tkanki wrażliwemi na działanie, jak w tej formie, sprawy chorobowej.

(Treść 5 innych prac, przedstawionych na tem posiedzeniu, przekracza ramy »Przeglądu lekarskiego«).

Wydział zatwierdził wybór szeregu współpracowników Komisyi historyi nauk matematyczno przyrodniczych, m. i. Dra Ad. Wrzoska w Krakowie, Dra Wład. Szumowskiego we Lwowie, Dra Jana Peszkego w Warszawie i Dra W. Bugiela w Paryżu.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne d. 22. marca 1910.

1) Rzętkowski przedstawił **preparat krwi** chorego na **dur powrotny, barwiony metodą tuszową** Burriego z krętkami Obermeyera.

2) Wrotnowski przedstawił **preparaty** barwione **z plwociny,** nadesłanej do pracowni Dra Serkowskiego, w których znaleziono dużą ilość **pełzaków** (entamoeba histolytica Schaudina). Pełzaki posiadały swoiste ruchy, zawierały jądro i kilka, aż do 7 wakuol. Widoczną była ektoplazma i endoplazma. Na drugi dzień pełzaki utraciły ruch, udało się go jednak przywrócić przez ogrzanie w cieplarce przy 37° w ciągu $^1/_2$ godziny; późniejsze próby ożywienia ameb już się nie powiodły. Znajdowanie pełzaków w plwocinie należy do wielkich rzadkości.

3) Kryński: **Przyczynek do operacyjnego leczenia choroby Gravesa.** Prelegent przedstawił 2 chore pomyślnie operowane z powodu choroby Gravesa.

W dyskusyi podkreśla Puławski, że wobec ciemnych stron etyologii choroby Gravesa nie można uważać operacyjnego leczenia tej choroby za środek jedyny i skuteczny. Co się tyczy przypadków Kryńskiego, to są to przypadki zanadto świeże, ażeby z nich można było sądzić o wszystkich dobrodziejstwach operacyi, mianowicie o trwałości poprawy. — Krauze podnosi, że przy leczeniu choroby Basedowa zapomocą promieni Roentgena nietylko spostrzegano kruchość naczyń, co stanowi ważną przeszkodę w razie operacyi, lecz również wole mocno przyrasta do tkanek otaczających, jak to stwierdził Eiselsberg, przez co powstaje znaczna trudność techniczna przy wycięciu gruczołu tarczowego. Należałoby przeto stosowania promieni Roentgena zaniechać, o ile po kilku posiedzeniach stan chorego się nie poprawia. — Kopczyński podkreśla, że dopóki współrzędność schorzenia różnych gruczołów o wydzielinie wewnętrznej w chorobie Gravesa nie zostanie jeszcze wyświetlona, dopóty nie może być mowy o racyonalnem leczeniu tej choroby.

4) Oczesalski: **O zespole objawów, zwanym chorobą Morgagni-Adams-Stokesa** (z pokazem krzywych). Zespół objawów Morgagni-Adams-Stokesa składa się z nieustającej bradykardyi, oraz z napadów omdlenia, którym nieraz towarzyszą drgawki. Bradykardya bywa rodzaju trojakiego: 1) całkowita, to znaczy dotycząca i komór i przedsionków, 2) komorowa, zależna od tak zwanego »bloku« sercowego, czyli od tego, że niektóre skurcze przedsionków (z zachowaniem pewnej arytmicznej prawidłowości) nie udzielają się komorom i 3) komorowa, zależna od dysocyacyi komór i przedsionków, przy której żaden skurcz przedsionków nie udziela się komorom.

Bradykardyę pierwszego rodzaju spotykamy w postaci pozasercowej cierpienia M.-Ad.-Stokesa; jest ona wynikiem podrażnienia nerwu błędnego wskutek różnorodnych spraw chorobowych albo w rdzeniu przedłużonym (kilaki, ograniczone zapalenie opon, stwardnienie tętnic, nowotwory), albo też w jądrze lub w pniu nerwu błędnego. Bradykardya drugiego i trzeciego rodzaju zależy od różnych spraw chorobowych w mięśniu sercowym, jeżeli sprawy te wy-

wołają zaburzenia w przewodnictwie pobudek skurczowych. Rozpoznanie rodzaju bradykardyi, a co za tem idzie i stwierdzenie, czy przyczyna cierpienia znajduje się w sercu, czy w opuszce, możliwe jest zapomocą skombinowanej sfigmografii, lub też zapomocą prześwietlania serca promieniami Röntgena, albo zapomocą metody elektrokardyograficznej. Jeżeli metody te są niedostępne, to należy zastosować odczyn atropinowy lub tak zwaną próbę uciskową Czermaka.

Tadeusz Wilczyński.

Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Zebranie z d. 4. marca 1910.

1) Dr Karwowski przedstawia chorego **z mnogimi guzami podskórnymi,** wielkości groszku do orzecha. Dołem są te guzy zrośnięte, górna część pozwala się w niektórych odgraniczyć, w innych przechodzi w płaskie stwardnienie tkanki podskórnej. Guzy te istnieją już od lat kilku i przed pewnym czasem miały wywołać drętwienie palców. Obecnie nacisk na jeden z tych guzów, położony na przedramieniu, wywołuje bolesność promieniującą aż do ręki. Ponieważ chory nie godzi się na próbne wycięcie, przeto rozpoznanie jest niepewne. Mogą wchodzić w rachubę: nerwowłókniaki, zwykłe włókniaki, kilaki lub tłuszczaki. Mowca przychyla się na razie do rozpoznania tłuszczaków, ostateczne jednak rozpoznanie rozstrzygnie dopiero zbadanie histologiczne.

W dyskusyi zwraca Dr Łazarewicz uwagę, że przy gośćcu zdarzają się tego rodzaju guzki. W takich razach miesienie bywa bardzo skuteczne. — Dr Gantkowski wspomina o spostrzeganym w Würzburgu przypadku zapalenia mięśni ze skostnieniem (myositis petrificans), który podobnie się zaczynał. — Dr Chachamowicz zapytuje, czy nie zachodziła włośnica. — Dr Meissner widział przypadek ogólnej tłuszczakowatości, w którym sądził, że chodzi o włókniaki, dopiero drobnowidowo stwierdził tłuszczaki. — Radca Dr Chłapowski zwraca uwagę na możliwość wągrów.

2) Dr Karwowski przedstawia chorego z nadzwyczaj silnie rozwiniętą **kiłą grudkową.** Całe ciało, nie wyjmując twarzy i powiek, pokryte grudkami. Mimo tych objawów, istniejących od kilku miesięcy, chory teraz dopiero udał się w opiekę lekarską.

3) Aptekarz p. Jasiński przedstawia szereg leków, wyrabianych według jednolitego przepisu przez Związek aptekarzy śląskich i poznańskich, a o wiele tańszych od oryginalnych, patentowanych przez poszczególne fabryki.

4) Dr Jezierski zdaje sprawę ze stanu biblioteki Wydziału, którą w nowym lokalu uporządkował i ułożył.

5) Dr Karwowski omawia nowy lek przeciwkiłowy, **asurol,** nad którym robił doświadczenia. Lek ten jest o tyle dogodny, że jako rozpuszczalny nie wymaga tak ostrożnego wstrzykiwania, jak przetwory nierozpuszczalne. Jak sam Neisser, który go poleca, stwierdził, jest lek ten za słaby, żeby wystarczyć do leczenia przeciwkiłowego i musi być stosowany naprzemian z olejem szarym. Prócz tego jest asurol stosunkowo bardzo drogi. Ze swoich doświadczeń mowca zaznacza, że na kilkadziesiąt wstrzyknięć w 7 przypadkach spostrzegał silną bolesność i opuchnięcie pośladka, jakiego nie spostrzegał przy używanym dotąd salicylanie rtęci w oliwie. Dlatego mowca będzie asurol chyba wtedy stosować, gdy przy zawiesinie tłustej zachodzi obawa zatoru w razie dostania się zawiesiny do żyły.

Następnie zdaje mowca sprawę z doświadczeń, podjętych przez siebie **z przyrządem do gorącego powietrza** »Föhn« (z firmy »Sanitas«). Przyrząd ten jest bardzo praktyczny. Pomijając zastosowanie gorącego powietrza w innych działach medycyny, przyrząd ten bardzo się nadaje do uśmierzenia bolu po wstrzyknięciach. Na szeregu przypadków stwierdził mowca, że w znacznej ich większości ogrzanie miejsca, gdzie wstrzyknięto rtęć, znacznie skracało bolesność; zauważył jednak, że po kilkarazowem stosowaniu gorącego powietrza liczba krwawień po ukłuciu igłą Pravaza zdawała się rosnąć, co oczywiście utrudnia stosowanie przetworów nierozpuszczalnych wobec niebezpieczeństwa zatoru. Natomiast ogrzewanie krocza po bolesnych wstrzyknięciach do cewki lub pęcherza sprawia znaczną ulgę. Ogrzanie poprzednie miejsca, z którego się chce dostać krew do próby Wassermanna, wywołuje daleko obfitsze płynięcie krwi do bańki.

6) Radca Dr Chłapowski przedstawia pismo »Dwumiesięcznik«, zawierające referaty z obcych prac, ze Zjazdów i t. d., Dr Swięcicki zaś pismo Dra Fruchtmanna z Warszawy: »Współczesna Medycyna«.

7) Na wniosek Dra Łazarewicza wybrano na Zjazd pedyatryczny w Paryżu przedstawicielką panią Dr Szczawińską z Paryża.

8) Dyskusya nad wykładem radcy Dra Chłapowskiego: **O krzepnięciu krwi.** Po kilku słowach wstępnych prelegenta, zabiera głos Dr Fr. Zakrzewski: Najciekawszą jest obecna faza, w której się znajdują badania nad krzepnięciem krwi. Krzepnięcie polega na połączeniu ciał koloidalnych. Mowca zwraca uwagę na wielką rolę chemii koloidalnej. W samem osoczu znajdują się czynniki do krzepnięcia potrzebne. Wystarcza zmieszać fibrynogen z surowicą z dodatkiem albo soli potasowo-szczawianowej, albo szkła sproszkowanego. — Dr Łazarewicz: Aleksander Schmidt z Dorpatu zmieniał teorye nad krzepnięciem krwi. Do krzepnięcia potrzebne jest zwolnienie prądu krwi i zmiana śródbłonków. Doświadczenia Ebertha i Schimmelbuscha wykazały, że prąd brzeżny w naczyniach jest 20 razy słabszy, niż osiowy. Przy większem zwolnieniu białe krwinki wędrują do prądu brzeżnego, do nich przyłączają się płytki krwi. Dopiero uszkodzenie ściany naczynia wywołuje zakrzep. Przyspieszenie akcyi serca zapobiega zatorowi przy małych zakrzepach. Dlatego przy operacyach mięśniaków macicy stara się mowca podnieść sprawność serca. — Dr Jezierski: Płytkom krwi przed kilku laty przypisywano wielką rolę, niestety potem o nich zapomniano. Po wstrzyknięciu sporyszu spostrzegał mowca ogromne ilości płytek, z czego wnosi, że one są potrzebne do krzepnięcia. Odwrotnie w niedokrwistości złośliwej wcale płytek niema i krwotoki są na porządku dziennym. — Dr Święcicki: W przypadku kol. Jezierskiego podczas podawania sekakorniny (3 miesiące!) miesiączka była nadzwyczajnie silna. Dopiero po przestaniu podawania sporyszu miesiączki się zmniejszyły. — Dr Łazarewicz: O roli białych krwinek coraz bardziej się zapomina. A jednak w połogu, gdzie krzepnięcie krwi następuje, jest silna leukocytoza. — Dr Chłapowski: Sama leukocytoza nie przyczynia się ani do krzepnięcia, ani do jego usunięcia. Dowodem białaczka. — Dr Karwowski zwraca uwagę na rolę wielojądrzastych leukocytów w wiewiórze. — Dr Zakrzewski: Doświadczenia w pracowniach nie tłomaczą dostatecznie zjawisk w naturze. — Dr Łazarewicz: W rzucawce także odgrywa rolę krzepnięcie krwi. Ferment zdaje się pochodzić z łożyska. Na tej podstawie stosowano w rzucawce hirudynę z pijawek, czem można znieść krzepliwość krwi. Środek ten jest jednak ogromnie drogi. — Dr Chłapowski poleca związki wapna; widział bardzo dobre działanie wapna nawet przy krwotokach. Przy krwawieniu miesięcznem podawał mieszankę mleczanu wapna i magnezyi. — Dr Falgowski: Krwawienia miesiączkowego nie można porównywać z krwawieniem z rany. Środki wapienne zawodzą zupełnie przy zwyrodnieniu rakowem. Latkowski w Krakowie wstrzykiwał zwierzętom do tętnicy szyjnej rozczyn chlorku wapniowego i spostrzegał powiększenie ciśnienia krwi, które przy krwawieniu właśnie jest przeciwwskazane. — Dr Jezierski: Przy krwotokach z płuc zalecano dużo sporyszu ze sku-

tkiem. Obecnie podaje się również ze skutkiem atropinę. Przy gruźlicy sam mowca stosował wapno doświadczalnie u świnek morskich w przypuszczeniu, że ułatwi to zwapnienie ognisk gruźliczych. Świnki te wydzielały jednak wszystko i padały tak samo, jak inne. W ostatnich czasach przy próbach nad sztucznem stwardnieniem tętnic spostrzeżono, że można je wywołać, jeśli prócz wapna stosuje się adrenalinę. Mowca podaje myśl, czy w gruźlicy nie możnaby sztucznie przyspieszać zwapnienia ognisk przez podrażnienie chorego oskrzela i podawanie wapna. — Dr Zakrzewski myśl tę uważa za bardzo ważną. Przy gruźlicy należy zwalczać demineralizacyę. Jest to nieraz pierwszy objaw gruźlicy, który należy zwalczać.

Dr Adam Karwowski.

Wrażenia chirurgiczne z klinik berlińskich.

Podał

Dr Zygmunt Lewicki,

sek. szpit. w Samborze.

(Dokończenie).

Przy ranach świeżych, z rozmaitych urazów powstałych, wystrzegają się u Biera wszelkiego oczyszczania otoczenia — tylko wszystkie strzępy wycinają na odległość 1 cm w zdrowem otoczeniu i pędzlują otoczenie nalewką jodową; rany na twarzy ze względu na wielką ilość naczyń krwionośnych zeszywają. Przy ranach zanieczyszczonych kurzem lub gnojem końskim wstrzykują zapobiegawczo surowicę przeciwtężcową.

Przy złamaniach powikłanych czaszki bez względu na to, czy są objawy ucisku mózgu, czy nie, wydostają wgniecione odłamki zapomocą trepanacyi czaszki.

Na zakończenie słów kilka o urządzeniach dwóch najnowszych szpitali w Berlinie, t. j. szpitala Virchowa i szpitala w Rixdorfie pod Berlinem.

Pierwszy oddany do użytku publicznego w r. 1906, urządzony na 2000 łóżek, a zbudowany sposobem pawilonowym, składa się z małych domów parterowych, mieszczących po 20 kilka łóżek. Tylko choroby skórne i kobiece mieszczą się w głównym budynku na piętrach. Oświetlenie elektryczne, ogrzewanie centralne. Urządzenia i motory tak elektryczne, jak i do ogrzewania centralnego, mieszczą się w piwnicach pod pawilonami i głównym budynkiem. Szczególnie doniosłe znaczenie ma urządzenie stałego przewiewu powietrza na salach chorych. W tym celu pod każdym pawilonem jest urządzony wentylator skrzydłowy, pędzony elektrycznością, który z zewnątrz z t. zw »domu powietrznego« (Lufthauschen) wciąga przez filtr i przez odpowiednią ogrzewalnię powietrze świeże, a następnie zapomocą rur w ścianach rozprowadza je po wszystkich salach. Wentylator zaś na strychu umieszczony wsysa powietrze zużyte z sal zapomocą rur odprowadzających i wypycha je na zewnątrz. W ten sposób utrzymana jest ciągła czystość powietrza na salach. Prócz tych są urządzone i zwykłe wentylatory. Cały szpital zaopatrzony jest w wodociągi z ciepłą i zimną wodą i posiada maszynę do wyrobu lodu sztucznego z wody przekroplonej. Odpływ kanałowy połączony jest z kanałem miejskim, jednakże w pawilonie izolacyjnym znajduje się osobne urządzenie, gdzie się odchody poddaje działaniu wysokiej ciepłoty, a następnie dopiero odprowadza do kanału miejskiego. W osobnym budynku dezynfekcyjnym znajdują się 3 przyrządy parowe i jeden formalinowy; prócz tego w każdym pawilonie jest osobny mniejszy przyrząd dezynfekcyjny dla bielizny, którą tu odkaża się naprzód w parze, a potem dopiero odsyła się do pralni. Do spalania opatrunków służą dwa przyrządy systemu Kori, które w przeciągu $^1/_2$ godziny spalają pełny piec opatrunków. W pralni jest około 10 maszyn do prania i 5 wirówek do wyżymania bielizny, którą się suszy następnie w parowej suszarni. Kuchnia główna ma umywalnie i płuczki marmurowe, oprócz niej są w pawilonach małe kuchenki do gotowania i przygrzewania potraw dla ciężko chorych. Potrawy rozwożą w wózkach ogrzanych.

Na oddziałach wszędzie nadzwyczajna czystość, pawilony mają po dwie sale główne i dwie lub więcej sal mniejszych.

Na salach głównych łóżka rozmieszczone po obu stronach, środkiem jest wolne przejście. Dostęp do łóżek jest możliwy ze wszystkich stron. Sale duże są dla lżej, a małe dla ciężko chorych. Na każdej sali jest stół, a przy każdem łóżku krzesło drewniane, biało lakierowane. Łóżka żelazne biało lakierowane z materacami włosianymi i sprężynowym wkładem. Obok łóżka stolik nocny żelazny, biało lakierowany, ze szklaną grubą płytą na wierzchu. W każdej sali duży kosz z kwiatami. Nad głowami chorych tablice z nazwiskiem i kartą ciepłoty. Przy głównych salach są osobne pokoiki z umywalniami dla chorych i osobny pokoik do badania chorych, względnie robienia opatrunków, dalej osobna pracownia dla lekarza.

Każdy pawilon ma swego lekarza.

Sale operacyjne znajdują się w osobnym budynku jest ich trzy, a dwie sale do usypiania i przygotowania chorych do operacyi. Każda sala operacyjna jest tak urządzona, że połowa dachu jest oszklona i ta część dachu przechodzi w dalszym ciągu w oszkloną werandę aż do ziemi tak, że właściwie operuje się w szklanej werandzie. W każdej sali operacyjnej są naturalnie wodociągi z ciepłą i zimną wodą, cała sala biało lakierowana bez kątów, szafy z narzędziami w ścianie, sterylizatory w osobnej salce tuż przy sali operacyjnej.

Pawilony zakaźne są podobnie urządzone, jak i dla innych chorych, tylko dla każdej choroby przeznaczono osobny pawilon.

W szpitalu Virchowa systemu klasowego niema.

Podobnie urządzony jest szpital w Rixdorfie pod Berlinem, otwarty w październiku r. z., obliczony na 700 łóżek, (na razie jest dwieście kilka), również zbudowany systemem pawilonowym, tylko wszystkie pawilony połączone są ze sobą krytymi ogrzewanymi chodnikami. Pomiędzy pawilonami są ogródki, prócz nich jest w środku duży ogród, a po obu stronach ogrodu są pawilony symetrycznie zbudowane. Przy każdym pawilonie są werandy z leżakami dla chorych. W pawilonach również po dwie duże sale i 3 mniejsze o dwu i więcej łóżkach. Na salach małych leżą ciężko chorzy, a do osobnej sali przenosi się chorych umierających, by widok śmierci nie działał przygnębiająco na resztę chorych. Osobno jest sala jadalna, gdzie lżej chorzy spędzają także czas na czytaniu książek lub zabawie. Każdy pawilon ma osobną łazienkę, pokój z umywalniami do mycia się chorych i osobny pokój opatrunkowy, względnie do badań. Na salach łóżka niklowane z wkładami sprężynowymi i materacami włosianymi. Stoliki nocne również niklowane z płytą szklaną. Na każdej sali kwiaty. Nad głowami chorych tablice z nazwiskiem i karta ciepłoty; rozpoznań nie umieszczają ani na tablicach ani na kartach nagłówkowych, tylko w dzienniku lekarskim. Sale operacyjne podobnie urządzone, jak w szpitalu Virchowa; obok sali operacyjnej mieści się zawsze pracownia, pokój Röntgena i fotograficzny. Każdy pawilon jest piątrowy, w każdym winda dla chorych.

Przyjęcie chorego odbywa się w głównym budynku, frontowym, gdzie znajdują się pokoje lekarzy i biura administracyjne. W pokoju przyjęć wyznaczają choremu pawilon i salę, do której idzie lub jedzie wózkiem. Wokoło wszystkich pawilonów z zewnątrz jest droga, z niej do każdego pawilonu prowadzi osobne wejście. W pawilonie chory oddaje ubranie, które zaraz odsyła się do odkażania, sam zaś idzie do kąpieli oczyszczającej. Dopiero potem ubrany w odzież szpitalną, przechodzi chory na salę. Z sal jest drugie wejście do ogrodu szpitalnego, z którego chorzy

mogą dostać się z powrotem tylko do sal, zresztą nie mają żadnej styczności ze światem zewnętrznym.

Robert Koch.

Gdy Rudolf Virchow, jeden z najwybitniejszych uczniów sławnego Jana Müllera, był już u szczytu sławy, zajmując miejsce naczelne w naukowym świecie medycznym, wystąpił na widownię pracy naukowej skromny lekarz prowincyonalny — Robert Koch. Rok 1878, w którym Koch wydał swoją słynną monografię o etyologii chorób zakaźnych (»Untersuchungen über die Aetiologie der Wundinfektionskrankheiten«), stał się przełomowym w dziejach medycyny w Niemczech. Do tego czasu medycynę w Niemczech możnaby nazwać okresem Virchowa, od tego zaś czasu zaczyna się okres Kocha.

Robert Koch urodził się 11 grudnia 1843 r.[1]). Pierwszą pracę naukową (»Ueber das Vorkommen von Ganglienzellen an den Nerven des Uterus«), nagrodzoną przez wydział lekarski w Getyndze, ogłosił Koch w r. 1865, będąc studentem medycyny. Po ukończeniu studyów medycznych pracował przez krótki czas, jako asystent, w szpitalu powszechnym w Hamburgu. Potem osiadł, jako lekarz praktykujący, w Langenhagen pod Hannowerem, lecz rychło przeniósł się do Rakoniewic (Rackwitz), małego miasteczka w Księstwie Poznańskiem. Po trzechletniej tam praktyce otrzymał posadę lekarza powiatowego (Kreisphysicus) i zamieszkał w Wolsztynie. Na tem stanowisku będąc, rozpoczął swoje badania z zakresu etyologii chorób zakaźnych. W roku 1877 ogłosił odkrycie zarodników wąglika, a w następnym wspomnianą wyżej monografię, w których podał sporo nowych metod badania mikrobów. Temi pracami Koch zwrócił na siebie uwagę rządu, który, oceniając jego zdolności i zasługi naukowe, powołał go w r. 1880 do państwowego Urzędu zdrowia w Berlinie. Tutaj Koch miał możność w daleko większym stopniu zużytkować swe zdolności, aniżeli w małej mieścinie, w której nie było żadnych zakładów naukowych. Pierwsze lata pobytu Kocha w Berlinie stanowią najświetniejszą kartę w księdze jego życia. W roku 1881 znakomicie udoskonala metodykę bakteryologiczną, wprowadzając do hodowania mikrobów pożywki stałe przeźroczyste. W roku następnym ogłasza szereg prac, poświęconych badaniu mikrobów jadowitych, oraz rozmaitych sposobów dezynfekcyi. Niektóre z tych prac wykonał wspólnie z uczniami swymi: Wolfhügelem, Gaffkym i Löfflerem. W tymże roku zrobił doniosłe odkrycie zarazka gruźlicy, a w r. 1883 odkrył wspólnie z Gaffkym i Fischerem[2]) przecinkowca cholery, badając tę chorobę w Egipcie i w Indyach. W uznaniu tych niepospolitych zasług otrzymał Koch w r. 1884 od rządu niemieckiego dar honorowy w kwocie stu tysięcy marek. W następnym roku został mianowany zwyczajnym profesorem i dyrektorem zakładu higieny w Uniwersytecie Berlińskim. Rok 1890 zaćmił chwilowo dotychczasową świetną sławę Kocha. W czasie międzynarodowego Zjazdu lekarskiego w Berlinie w 1890 r. pamiętnym jest dzień 4 sierpnia, w którym Koch oświadczył publicznie wobec lekarzy wszystkich krajów cywilizowanych, że znalazł środek, którym nie tylko można uodpornić świnki morskie na szczepienie gruźlicy, ale także wyleczyć gruźlicę ogólną u tych zwierząt. W kilka zaś miesięcy potem ogłosił artykuł[3]), w którym, podając wyniki leczenia gruźlicy u ludzi, wysnuwa z nich z pewnemi zastrzeżeniami wniosek, że poczynające się suchoty można zupełnie wyleczyć środkiem przezeń wynalezionym. W artykule rzeczonym podnosi nadto Koch z naciskiem, że środek przezeń wynaleziony może mieć z czasem także wielkie znaczenie pod względem rozpoznawczym. Środek ten, znany później pod nazwą tuberkuliny, utrzymywał Koch w wielkiej tajemnicy, co wywołało niemałe oburzenie w świecie lekarskim. Późniejsze atoli badania nie potwierdziły optymistycznych wniosków Kocha co do właściwości leczniczych tuberkuliny, choć wykazały istotnie wielką wartość tuberkuliny, jako środka rozpoznawczego. To niepowodzenie nie zraziło jednak Kocha do dalszych prac eksperymentalnych nad leczeniem gruźlicy, któremi zajmował się do końca życia

W r. 1891 ustąpił Koch z katedry higieny, a natomiast objął urząd dyrektora w Zakładzie badania chorób zakaźnych, założonym wówczas w Berlinie. Na tem stanowisku, owocnie pracując, pozostał do r. 1904. Pracował w tym czasie głównie nad badaniem podzwrotnikowych chorób zakaźnych i zimnicy. W tym celu niejednokrotnie odbywał dalekie podróże, aby badać wspomniane choroby w krajach, w których one epidemicznie panują.

Po ustąpieniu z posady dyrektora Zakładu badania chorób zakaźnych nie przestawał pracować wytrwale aż do śmierci, która 27 maja b. r. przerwała pasmo nader pożytecznego jego życia. Umarł Koch w pełni sił twórczych i zapału do pracy naukowej.

Tem większa dla nauki strata!

Aby należycie ocenić niezwykłe zasługi Kocha dla nauki, trzeba koniecznie uwzględnić epokę, w której pracował. Gdy Koch występował z pierwszemi swojemi pracami z zakresu bakteryologii, genialny Pasteur położył już był potężne podwaliny pod gmach tej nauki; Lister, opierając się na badaniach Pasteura, zrobił już był prawdziwy przewrót w chirurgii, wprowadziwszy do niej metodę przeciwgnilnego leczenia ran; znane już były niektóre zarazki (laseczník wąglika, krętek Obermeiera i in.). Był to początek epoki najwspanialszego rozkwitu mikrobiologii. Otwierało się olbrzymie pole pracy dla ludzi tak utalentowanych jak Koch. I w rzeczy samej położył on wielkie zasługi na tem polu. Poświęciwszy całe życie badaniu etyologii chorób zakaźnych i sposobów zapobiegania im oraz ich leczenia, choć nie odkrył nowych horyzontów naukowych, to jednak dokonał niemałych rzeczy w nauce.

W pierwszym okresie swej działalności naukowej, pracując nad etyologią chorób zakaźnych, miał już wyraźny cel, wskazany przez słynnego patologa, a zarazem anatoma, — Henlego. Już bowiem Henle ściśle sformułował zadania, jakie należy rozwiązać, chcąc etyologię każdej choroby zakaźnej należycie wyświetlić[4]). Do rozwiązania atoli tego zadania brakowało rzeczy bardzo ważnej, bo ścisłych metod badania. W wynajdowaniu właśnie metod badania wynalazczość Kocha święciła prawdziwe tryumfy. Wprowadził on tak wiele i tak ważnych metod badania do bakteryologii, że doprawdy trudno sobie wyobrazić, jakiby obecnie był rozwój tej nauki bez doniosłych prac Kocha. Poczynając od przygotowania zasuszonych preparatów na szkiełkach z płynnych hodowli mikrobów, utrwalania ich, barwienia, badania mikrobów zabarwionych anilinowemi farbami zapomocą soczewki imersyjnej z użyciem przyrządu oświetlającego Abbego[5]), zastosowania fotografii do badań bakteryologicznych, a kończąc na wprowadzeniu pożywek stałych przeźroczystych, — wszystko to jest w wyłącznej

[1]) Ważniejsze wiadomości do życiorysu Kocha czerpię z artykułu R. Paltaufa p. t. »Robert Koch« (Wiener klin. Wochenschr. 1903. Nr. 50).

[2]) F. Hüppe. Naturwissenschaftliche Einführung in die Bakteriologie. Wiesbaden 1896. str. 256.

[3]) Deutsche medizinische Wochenschr. 1890. Nr. 46. a.

[4]) F. Löffler. Vorlesungen über die geschichtliche Entwickelung der Lehre von den Bakterien. I Teil. Leipzig 1887. str. 51 i nast.

[5]) »Die Anwendung des Abbe'schen Beleuchtungs-apparates in Verbindung mit den Objectiven für homogene Immersion zur Untersuchung der mit Anilinfarben gefärbten Präparate durch Koch stellt einen hochbedeutungsvollen Markstein dar in der Geschichte der Erforschung der Infektionskrankheiten« (Löffler s. c. str. 232).

lub w znacznej mierze zasługą Kocha. Słusznie utrzymuje Günther, że wynalezione przez Kocha pożywki stałe przeźroczyste są »kamieniem węgielnym nowożytnej bakteryologii«[6]). Dzięki niepospolitemu talentowi wynajdowania ścisłych, a zarazem prostych metod badania mógł Koch w małej prowincyonalnej mieścinie odkryć zarodniki wąglika, mógł badaniami eksperymentalnemi wykazać z całą pewnością, że mikroby, wywołujące rozmaite choroby zakaźne, różnią się zasadniczo między sobą i różnice te stale zachowują. Później, gdy miał bez porównania lepsze warunki pracy, doszedł do wspaniałego odkrycia zarazka gruźlicy, posługując się i tutaj własnemi metodami badania. Wprawdzie już przed Kochem było rzeczą zupełnie pewną, osobliwie po badaniach Villemina, że gruźlica jest chorobą zakaźną. Wprawdzie Baumgarten odkrył w tym samym czasie, co i Koch, zarazka gruźlicy. Ale Koch nie tylko go odkrył, lecz pierwszy podał sposób hodowania tego zarazka na sztucznych pożywkach, i on pierwszy wykazał, że można u zwierząt wywołać gruźlicę, zaszczepiwszy im ten zarazek w czystej hodowli.

Badania Kocha nad etyologią gruźlicy zostały wykonane z niedoścignionem wprost mistrzostwem. Po tych badaniach, które bodaj są najświetniejsze z licznego szeregu badań Kocha, chyba tylko ludzie uprzedzeni mogli jeszcze powątpiewać, czy mikrob, odkryty przez Kocha, jest istotnie zarazkiem gruźlicy.

Obok niezwykłej zdolności wynajdowania nowych metod badania, obok nadzwyczajnej wytrwałości w badaniach, cechował Kocha wielki zapał do nauki. Nie waha się on dla badań naukowych odbywać podróże do okolic nawiedzonych epidemiami. Sam przechodzi wskutek tego ciężki napad cholery i zapada niejednokrotnie na zimnicę[7]). Aby zbadać działanie tuberkuliny, wstrzykuje sobie dużą dawkę tego środka, bo aż 0·25 cm^3. Następuje bardzo silny odczyn, który Koch tak opisuje: »W trzy do czterech godzin po wstrzyknięciu pojawiły się ciągoty w członkach, osłabienie, pozywy do kaszlu, utrudniony oddech, co szybko wzmagało się; po pięciu godzinach wystąpił niezwykle silny dreszcz, który trwał prawie całą godzinę; współcześnie istniały nudności, pojawiły się wymioty oraz podniesienie ciepłoty aż do 39·6^0; po 12 godzinach wszystkie te objawy złagodniały, ciepłota opadła, powróciwszy dnia następnego do normalnego stanu; ociężałość w członkach oraz osłabienie trwało jeszcze dni kilka; równie długo miejsce wstrzyknięcia było nieco bolesne i zaczerwienione«[8]).

W parze z wielkim zapałem do badań nie szedł, niestety, tak wielki krytycyzm. Chcąc pomysły Pasteura szczepień ochronnych i leczniczych, dzięki którym Pasteur otrzymał świetne wyniki (cholera kur, wąglik, wścieklizna), zastosować do gruźlicy, popełnia Koch błąd, ogłaszając swą metodę leczniczą, nie wypróbowawszy jej dostatecznie. W tym wypadku brak należytego krytycyzmu zemścił się srogo na wielkim badaczu, przyczyniając mu dużo przykrości. Brak krytycyzmu można zauważyć u wielu pracowników naukowych na polu bakteryologii w Niemczech w ostatnich kilku dziesiątkach lat. Wprowadzenie nowych metod badania ułatwiło znakomicie pracę naukową w dziedzinie bakteryologii. Nawet ludzie, nie posiadający istotnego powołania do pracy naukowej, zaczęli się garnąć do badań bakteryologicznych w nadziei, że się im uda łatwym sposobem odkryć jakiś nowy zarazek i w ten sposób zdobyć sławę naukową. To też raz wraz opisywano coraz to nowe odkrycia zarazków, a wiele z tych »odkryć« okazało się później jeno błędem w badaniu. Zaczęto przeceniać znaczenie zarazków, uważając je za jedyną i wystarczającą przyczynę chorób zakaźnych, a jednocześnie zaczęto niedoceniać roli samego ustroju w powstawaniu tych chorób. Można twierdzić bez przesady, że poziom prac naukowych z zakresu patologii w ostatnich dziesiątkach lat w Niemczech i w krajach, znajdujących się pod wpływem medycyny niemieckiej, obniżył się w porównaniu z pracami poprzedniego okresu, w którym największy wpływ na patologię wywierał Virchow, a we Francyi Pasteur wykonywał swoje wiekopomne prace. Mimowoli nasuwa się porównanie Kocha z Virchowem i Pasteurem, gdyż wszyscy oni wywarli olbrzymi wpływ na kierunek badań z zakresu patologii, a poczęści także z zakresu profilaktyki i terapii. Mieli oni kilka cech wspólnych: zapał do badań, wielką pracowitość i nie mniejszą wytrwałość. Poza tem były to różne umysły. Pasteur należy do rzadkich geniuszów, którzy odznaczając się i głębokością umysłu i wielką intuicyą w badaniach, odkrywają nowe dziedziny naukowe, w których wielkie dzieła tworzą. Nie będąc ani medykiem, ani nawet biologiem z zawodu, dzięki tylko swemu wszechstronnemu geniuszowi, wywarł Pasteur taki wpływ na nauki medyczne, jak żaden ze współczesnych mu ludzi. Mógł Józef Lister, składając hołd publiczny Pasteurowi w 1893 roku w czasie jego jubileuszu, wyrzec doń, bez obawy, że będzie posądzony o przesadę, te słowa: »Zaiste niemasz na całym świecie drugiego człowieka, któremuby nauki lekarskie więcej miały do zawdzięczenia, aniżeli Panu«. (»Vraiment il n'existe dans le monde entier aucun individu auquel doivent plus qu' à vous les sciences médicales«)[9]). — Innym umysłem był Virchow. Wszechstronnie wykształcony, wysoce utalentowany, głękoki myśliciel i nader sumienny, bo bardzo krytyczny, badacz — Virchow nie miał intuicyi twórczej w takim stopniu, jak Pasteur. Koch zaś, który posiadał umysł bardzo wynalazczy, był mniej krytyczny i mniej głęboki od Virchowa. Dla medycyny teoretycznej zasługi Virchowa niewątpliwie są większe od zasług Kocha. Jeżeli jednak chodzi o praktyczne zdobycze, to Koch niezaprzeczenie położył większe zasługi od Virchowa, przyczyniwszy się znakomicie swojemi badaniami nie tylko do postępu medycyny teoretycznej, lecz także do zwalczania chorób zakaźnych.

Historya medycyny umieści imię Kocha w rzędzie tych, których zasługi istotnie były wielkie, a cała ludzkość z wdzięcznością będzie wspominać to imię, jako tego, który walczył i nauczył nas walczyć z najzdradliwszym naszym wrogiem — chorobami zakaźnemi. Adam Wrzosek.

[6]) Günther. Wstęp do nauki bakteryologii. Przekład A. Żurakowskiego. Warszawa 1902. str. 141.

[7]) L. Brieger und F. Kraus. Krankheitsgeschichte Robert Kochs. Deutsch. med. Wochenschr. 1910. Nr. 22.

[8]) R. Koch. Dalsze wiadomości o środku przeciw gruźlicy. Medycyna 1890. Nr. 47. (Dosłowny przekład z Nru 46. a. »Deutsche mediz. Wochenschr.«).

[9]) Le Jubilé de M. Pasteur. Archives de médecine expérimentale etc. T. V. 1903. str. 163—165.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Krajowa Rada Zdrowia obradowała na posiedzeniu w d. 4. VI. b. r. nad pouczeniem o durze osutkowym, wydała opinie w sprawie grobowca rodzinnego w Laszkach, w sprawie okręgów sanitarnych w Tarnobrzeskiem (Nadbrzezie), Kosowskiem (Kosmacz), Brzozowskiem (Ulucz, Haczów), Żydaczowskiem (Ruda), Lwowskiem (Nawarya, Zamarstynów), Dobromilskiem (Bircza), w sprawie taksy szpitalnej w Bóbrce, rejonów ochronnych zdrojów w Rabce i wodociągów w Podgórzu, wreszcie w sprawie regulaminu Izby wschodnio-galicyjskiej. R.

XV. Wiec Izb lekarskich austryackich oraz nadzwyczajne Zgromadzenie delegatów Państwowego Związku organizacyi lek. odbyły się w Wiedniu 29. V. 1910 przy tłumnym udziale słuchaczy lekarzy, a w obecności przedstawicieli rządu i miasta. Zarówno na Wiecu, jak i na Zgromadzeniu delegatów

uchwalono jednomyślnie następującą rezolucyę: »Przedstawicielstwo ogółu lekarzy austryackich, pomne, iż obowiązkiem jego jest strzedz godności stanu lekarskiego i bronić jego interesów, oświadcza, iż obstaje przy proponowanej w rządowym projekcie ubezpieczenia społecznego granicy dochodu 2400 kor. Uchwalone przez parlamentarną komisyę ubezpieczenia społecznego brzmienie ustawy oznacza usunięcie wszelkiej granicy dochodu Proponowana tam granica jest tylko pozorną, gdyż złączono ją z warunkiem 3-miesięcznego wypowiedzenia, którego prawie nigdy się nie dopełnia. Zmiana granicy ubezpieczenia zagraża bytowi i stanowisku socyalnemu stanu lekarskiego. Wykonanie tego postanowienia pociągnęłoby za sobą objęcie szerokich kół stanu średniego przymusem ubezpieczenia w kasach chorych, co w najwyższym stopniu zagrażałoby wolnemu wykonawstwu zawodu lekarskiego. Przeciwko temu podnosi Wiec Izb i Związek państwowy jak najostrzejszy protest, uważając za swój obowiązek zwrócić uwagę rządu i innych czynników, że wskutek uchwał komisyi ubezpieczenia społecznego powstało wśród ogółu lekarzy bez względu na narodowość wielkie, a uzasadnione wzburzenie. Lekarze są zdecydowani postanowieniom takim stanowczo się oprzeć i użyć wszelkich ustawą dozwolonych środków, aby przeszkodzić wprowadzeniu tych postanowień w życie«. R. S.

Komisya sanitarna parlamentu austryackiego obradowała d. 19. V. nad projektem ustawy o zwalczaniu chorób zakaźnych. Referent Dr Gold, zdając sprawę z projektu, poruszył konieczność wydania ustaw o zwalczaniu gruźlicy i kiły, o przymusowem szczepieniu ospy, podniósł doniosłość sprawy lekarzy szkolnych i domagał się subwencyonowania lekarskich instytucyi dobroczynnych w zamian za bezpłatność doniesień o przypadkach zakaźnych, oraz poprawy bytu lekarzy rządowych. Podobne stanowisko zajął koreferent, Dr Ellenbogen. Przedstawiciel rządu Dr Haberler oświadczył, że w razie uchwalenia ustawy rząd gotów jest przez lat 10 przeznaczać corocznie po 50.000 kor. zasiłku na lekarskie instytucye dobroczynne. R.

Miejska Kasa chorych w Krakowie, jedna z największych w kraju, ogłosiła świeżo sprawozdanie za r. 1909, zawierające zarazem rzut oka na dwadzieścia lat działalności tej kasy. W pierwszym roku istnienia miała kasa średnią liczbę członków 5448 i wypłaciła zasiłki za 13.501 dni, a w roku dwudziestym (1909) miała średnią liczbę członków 11.776 i wypłaciła zasiłki za 89.666 dni. Przez te 20 lat wyniosły dochody kasy ogółem 3.137.660 k., wydatki 2.992.966, w czem zasiłki 1.089.475, lekarstwa 521.378, lekarze i ambulatoryum 393.886 (dlaczego liczono razem?), kontrola chorych 58.664, administracya 511.178. W odsetkach wynosiły koszta lekarzy i kontroli (podane w sprawozdaniu w tablicy odsetkowej znowu razem, co wytwarza fałszywy obraz sprawy*) w pierwszych latach 7 do 9·5%, w ostatnich około 15·6% ogółu dochodów, koszta administracyi, dochodzące w niektórych latach 18—19%, w ostatnich latach wahają się około 15·4%. Liczba lekarzy wzrosła w ciągu lat 20 z 3 na 14 (8 stałych kasowych i 6 specyalistów), liczba godzin ordynacyjnych dzienna z 5 na 28, liczba roczna porad lekarskich z 3.356 na 28.474**). Sprawozdanie nadmienia, że »praca lekarzy w kasie jest intenzywną, zwłaszcza, że członkowie b a r d z o c z ę s t o ich pracy nadużywają«. Na uwagę zasługują zawarte w tegorocznem sprawozdaniu: Statystyka chorych i uwagi lekarza naczelnego, Dra Stahra. Lekarz naczelny podnosi stopniowe udoskonalenie pomocy lekarskiej w kasie, zwraca uwagę na rozpanoszenie się symulantyzmu pomimo energicznej z nim walki, wzywa do walki z gruźlicą i alkoholizmem. (Kasa oświadczyła gotowość utrzymywania swym kosztem jednego łóżka w sanatoryum ludowem, które ma założyć krakowskie Koło Towarzystwa walki z gruźlicą; ilość zapisywanego jako lek alkoholu znacznie w ostatnich latach lekarze ograniczyli). Z końcowych ustępów sprawozdania zasługuje na wzmiankę skarga na to, że odmówiono kasie pozwolenia na własną aptekę. Zarząd kasy zdaje się w tej sprawie zbyt wielki wpływ przypisywać nieprzychylnej opinii Izby lekarskiej, której czyni z tego powodu zarzuty. R.

Związek lipski ma zamiar przedłożyć XXXVIII. Wiecowi lekarzy niemieckich rezolucyę, w której wszyscy lekarze przyrzekają, że jedynie za wynagrodzeniem będą ofiarowywać swe usługi wszelkim instytucyom, nawet dobroczynnym, jak Tow. czerwonego krzyża, Tow. opieki nad zwierzętami, wykładom samarytańskim i t. p. Zupełnie słusznie występuje przeciw temu Dr Pürckhauer, lekarz ochotniczej kolumny sanitarnej. Pamiętać o tem należy, że Towarzystwa te nieraz jedynie przez to mogą działać, iż lekarz bezinteresownie im pomaga, i o tem, że należą do nich bezinteresownie i inni, którzy nawet finansowo przyczyniają się do istnienia tych Towarzystw. O ile z jednej strony bronić się powinniśmy przeciwko wyzyskowi np. kas chorych i t. p., o tyle z drugiej w takich wypadkach nie powinniśmy uchylać się od obowiązków filantropijnych, z których stan lekarski słusznie jest dumny. X.

W Sanatoryum dla piersiowo chorych w Szczawnicy, przeznaczonem dla uczącej się młodzieży żydowskiej, a utrzymywanem przez Towarzystwo »Nadzieja«, leczono w r. 1909 32 chorych; bezwzględna poprawa nastąpiła u 4, względna u 26, stan nie zmienił się u 1, a 1 chory zmarł. Sanatoryum zajmuje budynek wynajęty o 6 obszernych słonecznych pokojach dla chorych, prócz tego jest wspólna jadalnia, pokój ordynacyjny i t. d. Utrzymanie zakładu kosztowało w r. z. 4013·27 k., ogół wydatków Towarzystwa 5052·71 k.; fundusze na to pochodzą w przeważnej części z ofiar członków (2601·24 k.), potem z subwencyi (1263·73 k,). Fundusz żelazny wynosi 509·40 k., fundusz budowy własnego domu 1782·13 k. Prócz (najliczniejszej) grupy krakowskiej ma Towarzystwo 11 grup prowincyonalnych. Sprawozdanie podnosi gorliwą i ofiarną pracę lekarza Sanatoryum Dra Rudolfa Hammerschlaga. Prezesem Towarzystwa jest Dr Jan Landau sen., sekretarzem Dr L. Mirtenbaum w Krakowie. R.

Niemiecki Związek dla higieny ludu obchodzi w r. b. dziesięciolecie swego istnienia. Założył go w r. 1899 Beerwald wspólnie z Leydenem, Rubnerem i t. p. Szybko poczęły się rozwijać filie i grupy miejscowe po większych miastach Niemiec, tak, że obecnie Towarzystwo liczy w Prusiech filii 21, w Bawaryi 6, Saksonii 2 i t. p. i 3600 członków. Główne zadania związku są następujące: 1) popularyzacya nauki higieny i praktyczne jej stosowanie w życiu, 2) wydawanie pism o pielęgnowaniu zdrowia, 3) odpowiednie odczyty, demonstracye, kursa i wystawy, 4) wspólna praca z innemi Towarzystwami (np. zwalczania gruźlicy, chorób płciowych, opieki nad chorymi i t. p.). X.

Walkę z gruźlicą rozpoczęto we Włoszech także w wojsku, jak donosi o tem Altobelli. Przedewszystkiem nie przyjmuje się zupełnie do wojska osób nawet z najmniejszemi oznakami cierpienia płuc; i tak za niezdolnych do wojska uważa się już ludzi szczupłych z wąską klatką piersiową i t. p. Lekarze wojskowi mają obowiązek pouczać żołnierzy o zaraźliwości gruźlicy i dbać o odpowiednie ostrożności w koszarach i szpitalach. W razie przypuszczenia gruźlicy, odsyła lekarz wojskowy chorego żołnierza zaraz do szpitala na osobny oddział, a bielizna rzeczy i sala ulegają odkażeniu. Chorzy, którzy zapadli w wojsku na gruźlicę, pozostają w opiece nadal i po uwolnieniu z wojska; w przyszłości mają być dla nich budowane sanatorya wojskowe, by wracając do domu nie zarażali swego otoczenia. Wskutek tych zarządzeń zmniejsza się stale we wojsku włoskiem śmiertelność z gruźlicy. X.

Centralny komitet niemiecki walki z gruźlicą odbył w maju swoje XIV zebranie ogólne. Towarzystwo zwalczania gruźlicy liczy obecnie 1509 członków i rozporządza 97 uzdrowiskami ludowemi na 11000 łóżek i 82 zakładami dla dzieci zołzowatych na 8000 łóżek, prócz tego ma liczne »szkoły w lesie«, kolonie i stacye obserwacyjne. X.

Wielkie znaczenie aseptycznego czystego zbierania mleka od krów objaśnia fakt, podany przez Dra Kunowa. W razie zachowania czystości w stajniach, wymywania rąk osób dojących krowy i utrzymywania w czystości wymion krowy, ilość drobnoustrojów wynosi około 1500, gdy w mleku uzyskanem zwykłą drogą, np. u wieśniaków, ilość drobnoustrojów wynosi nieraz 300.000 i wyżej.

Statystyka nowotworów w Danii, zebrana za pomocą lekarzy praktycznych, wskazuje, że na 100.000 mieszkańców przypada tam 43 chorych rakowych. Po wsiach rak jest rzadszy. Jedna piąta ogólnej liczby przypada na raki żołądka, jedna szósta na raki sutka, jedna siódma na raki macicy, a po jednej dziewiątej na raki skóry i jelit. X

---

*) Wyszczególnienie wydatków znajduje się w tym względzie tylko co do r. 1909: płace lekarzy stałych i ubezpieczenie ich w Zakładzie pensyjnym 24.405·41 k., specyaliści i pomoc doraźna 1070·64 k., dorożki dla lekarzy 2436·48, akuszerki 1132, kontrola chorych 5594·35, utrzymanie ambulatoryum 11.060·82 k. W rzeczywistości więc wynoszą prawdziwe koszta lekarzy stałych (t. j. ich płace), pomimo podwyższenia ich w roku ostatnim, nie 15·8% ogółu dochodów kasy, jakby to się zdawać mogło, ale tylko **8·05%**; za godzinę ordynacyjną przypada (licząc godziny i płace lekarzy stałych i specyalistów) po 2·48 k.

**) W r. 1909. Niezbyt jednak dawno liczba ta dosięgała nawet 35.000.

Dla zwalczania nazbyt licznych poliklinik w Berlinie utworzyło się osobne Towarzystwo, mające na celu obronę interesów lekarzy. W poliklinikach leczy się średnio rocznie 20.000 chorych. Wielu lekarzy uważa polikliniki po prostu za prywatne filie swoje, ordynując tam np. rano, a w domu popołudniu. X.

Przeciwko mnożącym się spędzaniom płodu i zachwalaniu środków zapobiegających zapłodnieniu ma być wniesiona w Holandyi nowa energiczna ustawa, karząca bardzo surowo winnych, zwłaszcza jeżeli są nimi lekarze lub położne. X.

Komisya w sprawie usypiania, powołana do życia w Anglii, uchwaliła następujące postulaty: 1) O każdym przypadku śmierci wśród lub wskutek uśpienia donosić należy władzy. 2) Uśpień i znieczulań rdzeniowych dokonywać mogą jedynie aprobowani lekarze, dentystom zaś wolno używać tylko gazu rozweselającego. 3) Medycy odbyć muszą przed uzyskaniem dyplomu lekarskiego 3-miesięczny praktyczny kurs usypiania. X.

Sprawę braku lekarzy wojskowych w Austryi omawia »Allg. Militärärztliche Zeitung«, jako skuteczny środek zaradczy podając założenie internatów dla wychowanków na lekarzy wojskowych. Nadto należy lekarzy już w końcu zrównać stanowczo z wyższymi oficerami, a nie trzymać na równi z oficerami niższych kategoryi i bez wykształcenia, jak to dotąd się dzieje. X.

Nowa ustawa szwajcarska o ubezpieczeniu społecznem wprowadza zarazem w życie wolny wybór lekarzy w kasach chorych. X.

Walkę z partactwem lekarskiem i alkoholizmem, które wyrządzają wielkie szkody ludności polskiej w Ameryce, podjęli na szerszą skalę tamtejsi lekarze Polacy. Za ich staraniem uchwaliła sekcya oświatowa Kongresu narodowego polskiego w Waszyngtonie rezolucyę, wzywającą dzienniki polskie, aby zwalczały alkoholizm na zebraniach i zabawach. (»Zgoda« Nr 116). R.

Z administracyi znaczków receptowych.

Sprzedano znaczków:	4 h	1 h
Od roku 1904 do końca kwietnia 1910	511,147	431,694
W maju 1910	1,795	5,500
Razem	512,942	437,194

Dr Żydłowicz, administrator.

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 29. V. do 4. VI. 1910 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Bohorodczany (Żuraki 3), Brzeżany (Brzeżany 2, chorzy z Narajowa), Buczacz (Barysz 6, Baranów 1), Grybów (Izby 1, Bieliczna 2, Stawisza 1), Horodenka (Żywaczów 1, Żuków 1, Podwerbie 3, Okno 4, Niezwiska 1), Jaworów (Czerczyk 1, Jazów stary 5, Młyny 6, Jaworów 2), Kołomyja (Buczaczki 2, Balińce 1), Nadwórna (Łuh 5), Rawa (Kamienna 2, Ulicko seredkiewicz 1), Przemyślany (Nowosiółka 2, Dunajów 1), Skałat (Hlibów 1), Stanisławów (Czerniejów 4), Tłumacz (Olesza 2), Zborów (Kudobińce 2); ospy sprawdzono w m. Krakowie i w Stebniku pow. Drohobycz po 1 przypadku. Dr T.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 29. V. do 4. VI. 1910 zgłoszono przypadków: błonicy 5 † — (w tem obcych 2 † —), krztuśca 6, ospy 1, płonicy 5, odry 2, duru brzusznego 4 † 1 (2 † —), róży 1 † 1 (1 † 1), tężca 1 † 1 (1 † 1).

Dr Janiszewski.

Choroby zakaźne w Warszawie. Od 17. IV. do 17. V. 1910 przybyło do szpitali warszawskich przypadków: ospy 80 † 16 (w całem mieście † 28), odry 18 († 6), płonicy 26 † 1 († 17), błonicy 13 († 3), róży 23 † 2 († 5), duru plamistego 103 † 6 († 10), duru brzusznego 41 † 7 († 7). (Gaz. lek. Nr 22/23).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Jubileusz Prof. Pareńskiego w d. 1. VI. b. r. rozpoczął się o godz. 11 rano w szpitalu św. Łazarza, gdzie w udekorowanej zielenią sali wykładowej zebrali się tłumnie lekarze szpitalni, delegaci urzędników szpitala, słuchacze medycyny i zaproszeni goście. Do Jubilata przemówił naprzód dyrektor Dr Krzyszkowski, wręczając mu dyplom uznania, nadesłany przez Wydział krajowy z podpisem marszałka kraju St. hr. Badeniego i szefa departamentu sanitarnego Dra Bernadzikowskiego, oraz oznajmiając, że ku czci Jubilata powstaje z ofiar dobrowolnych fundusz Jego imienia dla ozdrowieńców, opuszczających szpital św. Łazarza, dosięgający w dniu jubileuszu 6000 kor. Imieniem prymaryuszy szpitala składał Jubilatowi życzenia Prof. Dr Pieniążek, imieniem uczniów Jubilata Dr Habicht. O godz. 6 odbyło się ku czci Jubilata uroczyste posiedzenie Towarzystwa lekarskiego w natłoczonej wprost sali Tow. Przemawiali: prezes r. dw. Prof. Wicherkiewicz imieniem Towarzystwa, prodziekan Prof. Wachholz imieniem Wydziału lekarskiego, wręczając Jubilatowi adres od Wydziału, redaktor Prof. Ciechanowski imieniem Redakcyi »Przeglądu lek.«, wręczając jubileuszowy zeszyt naszego pisma, prezydent Dr Schöngut od Izby lekarskiej, Dr Sopiński od najstarszego pokolenia uczniów Jubilata, Dr Zanietowski od Polskiego Towarzystwa balneologicznego, kanonik Drohojowski od towarzyszy broni z roku 1863, poczem odczytano telegramy z życzeniami w liczbie kilkuset, na ich czele od Polskiego Związku lekarzy i przyrodn. w Petersburgu, od Towarzystwa lekarskiego lwowskiego i wielu innych oddziałów Tow. lek. gal., od Dra Bieganskiego z Częstochowy, od Towarzystwa lekarskiego w Radomiu. Oba obchody, będące gorącą manifestacyą żywych uczuć wdzięczności dla Prof. Pareńskiego ze strony najszerszych sfer lekarskich, zamknęły się przemówieniami Jubilata. Wieczorem odbyła się w Towarzystwie lek. uczta ku czci Jubilata z udziałem prezydyum miasta, delegatów Rady miejskiej, przedstawicieli wielu instytucyi i szerokich kół społeczeństwa. W czasie uczty przemawiali: r. dw. Prof. Wicherkiewicz, dalej imieniem Rady miasta, biorącej urzędownie udział w jubileuszu, wiceprezydent miasta Dr Szarski, następnie Prof. Bylicki, Prof. Łepkowski, Dr Dłuski z Zakopanego, Dr Ebers z Krynicy, Dr Grzybczyk imieniem lekarzy z prowincyi, Prof. Ponikło, Prof. Pieniążek, Dr Schneider, prezydent Izby handlowo-przemysłowej p. Dattner, a szereg przemówień zakończył tradycyjnym toastem Prof. Julian Nowak.

— Rada miejska krakowska uchwaliła urzędownie uczestniczyć w jubileuszu Prof. Pareńskiego i przeznaczyć na fundacyę imienia Jubilata 1000 koron.

— Na fundusz im. Pareńskiego nadesłali na ręce Redakcyi »Przeglądu lekarskiego z Częstochowy: Dr Władysław Biegański kor. 20, Dr Karol Rozenfeld kor. 12,50.

— Na posiedzeniu miejskiej Komisyi sanitarnej w d. 28. V. 1910 przedstawił naczelny lekarz miejski, Dr Janiszewski, projekt budowy szpitala epidemicznego, obliczonego na razie na 158 łóżek (1 łóżko na 1000 mieszkańców); za najpilniejsze budynki uznano prócz części gospodarczej pawilon płoniczy, dom izolacyjny, dom obserwacyjny, rezerwowy barak rozkładany i zakład odkażania. Następnie uznano dur plamisty w Domu kalek za wygasły; naczelny lekarz zdał sprawę ze środków, zastosowanych wobec nowego przypadku tej choroby, zawleczonego z Jaworowa. Utrzymanie nadal miejskiej pracowni chemicznej uznano za konieczne. Na wniosek Prof. Pareńskiego uchwalono przeprowadzić z rządem rokowania o budowę nowego sądu karnego i więzienia przez miasto w zamian za odstąpienie miastu budynków dotychczasowych. Uchwalono wprowadzić ulepszenia w porządku ulicznym. Na wniosek Prof. Domańskiego postanowiono zwrócić się do Rady szkolnej krajowej o drukowanie w wypisach dla dzieci przepisów higienicznych, a na wniosek naczelnego lekarza miejskiego — starać się o drukowanie ostrzeżeń o gruźlicy na torebkach papierowych i papierze do zawijania w aptekach.

— Regulamin Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, opracowany przez wybraną w tym celu komisyę i uchwalony przez komitet Towarzystwa, a dołączony dla członków Towarzystwa do przedostatniego numeru »Przeglądu«, będzie przedmiotem brad na najbliższem pełnem posiedzeniu Towarzystwa w d. 15. VI.

— Dyplom doktorski uzyskała p. Elza Schornstein, rodem z Nowego Sącza, i Paulina Wasserberg, rodem z Krakowa.

Warszawa. Obchód jubileuszowy 50-letniej pracy dra Henryka Dobrzyckiego odbył się 28. V. b. r. w sali Stowarzyszenia lekarzy polskich. Pierwszy przemawiał prezes Stowarzyszenia dr. Henryk Nusbaum, następnie od komitetu jubileuszowego red. Olchowicz, od Towarzystwa lekarskiego dr. Sokołowski, od Tow. higienicznego dr. Polak, od Komitetu Sanatoryum w Rudce p. Stanisław Libicki, od Tow. Zachęty sztuk pięknych p. Eismond, od Tow. Muzycznego p. Ridigier, od Tow. Zamek Pieskowa Skała p. Karpus, od Tow. Biblioteki publicznej prof. S. Dickstein, od »Związku prasy lekarskiej polskiej« i od »Przeglądu lekarskiego« prof. Kryński, od Redakcyi »Gazety lekarskiej« dr. Puławski, od Redakcyi »Medycyny i Kroniki lekarskiej« dr. J. Zawadzki, od Redakcyi »Zdrowia« dr. J. Jaworski. Jubila-

towi wręczono zebrany fundusz Jego imienia, oraz zeszyty jubileuszowe »Gazety lekarskiej« i »Medycyny i Kroniki lekarskiej«. Ze wszystkich stron Polski nadeszło sto kilkadziesiąt depesz z życzeniami, oprócz tego nadesłały życzenia różne instytucye naukowe i społeczne zagraniczne.

— Stosunki szpitalnictwa warszawskiego przed objęciem przez miasto maluje dosadnie fakt, że jeden z fundacyjnych majątków szpitalnych, który była Rada Dobroczynności publicznej wydzierżawiała za 735 rb. rocznie, obecnie wydzierżawiono za 2000 rb., przyczem dzierżawca zobowiązał się wznieść w nim nowe budowle kosztem 6000 rb.

— Dzienniki warszawskie donoszą, że dr. Edward Loth, warszawianin, habilitował się w Heidelbergu z zakresu anatomii.

— Wystawa »Czystość to zdrowie« miała frekwencyę 75.000 osób, w połowie bezpłatną; mimo to przyniosła wystawa T-stwu higieny praktycznej czystego zysku około 4600 rb. Na wystawie wygłosiło 38 lekarzy 87 wykładów popularno-higienicznych; broszur rozeszło się 40000 egzemplarzy. Komitet wystawy otrzymał zaproszenie do urządzenia wystawy w Płocku, Mławie, Częstochowie i Skierniewicach.

— Termin nadsyłania materyałów biograficznych do »Słownika lekarzów polskich« (który będzie dalszym ciągiem dzieła Kośmińskiego, a ma obejmować wszystkich lekarzy polskich, chociażby nie ogłaszali drukiem swoich prac lekarskich), upływa 1. lipca b. r. (Adres: Dr. Guranowski, Warszawa, Niecała 7). Komitet redakcyjny stanowią: dr. Arnstein, Guranowski, J. Jaworski, St. Orłowski, A. Puławski, Starkiewicz, Szumlański, Br. Szymański, Winiarski i Zweigbaum. Do współpracownictwa zaproszeni być mają także koledzy z Wielkopolski, Galicyi, Litwy i Rusi, oraz Ameryki.

— »Przegląd chorób skórnych i wenerycznych« ogłasza konkurs im. Wojciecha Oczko na najlepszą pracę, ogłoszoną w tem piśmie w r. 1910 i 1911, z nagrodą 250 rubli.

— Wystawę przeciwgruźliczą w Częstochowie urządza miejscowy oddział warszawskiego Towarzystwa higienicznego we własnym gmachu, w Muzeum higienicznem. Położenie Muzeum u stóp klasztoru Jasnogórskiego, gdzie zbierają się corocznie setki tysięcy pątników, daje wyjątkowe warunki szerokiego spopularyzowania wiedzy o gruźlicy i o środkach ochronnych wobec niej. Wystawa będzie otwarta w d. 28 lipca b. r. i trwać będzie do dnia 23. września. Wybrana z łona członków oddziału Tow. hig. komisya, z dr. Wład. Biegańskim i dr. St. Nowakiem na czele, przystąpiła już do gromadzenia okazów. Program wystawy obejmuje: 1) Przyczyny i skutki gruźlicy, 2) sposoby szerzenia się gruźlicy, 3) zapobieganie, 4) leczenie, 5) statystykę, 6) literaturę gruźlicy.

— W Łodzi odbyło się uroczyste otwarcie »Opieki nad gruźliczymi im. dr. Karola Jonschera«, urządzonej staraniem Tow. »Liga przeciwgruźlicza«. Przy »Opiece« urządzono muzeum przeciwgruźlicze.

Z różnych stron. »Towarzystwo lekarzy polskich w Ameryce«, stawiające sobie za główny cel nadzór nad zdrowiem ludności polskiej w Stanach Zjednoczonych, zawiązało się w czasie Kongresu narodowego polskiego w Waszyngtonie. Zarząd Towarzystwa wybrano następujący: Dr. Wagner z Milwaukee, prezes, Dr. Grabowski z Treuton, N. J., wiceprezes, Dr. Fronczak z Buffalo i dr. Lewandowski z Bostonu, Mass., sekretarze, Dr. Łapowski z New-Yorku, skarbnik. — Dotychczas istniało w Ameryce tylko Towarzystwo lekarzy polskich w Chicago, brakło zaś organizacyi, skupiającej wszystkich lekarzy Polaków w Stanach Zjednoczonych. Myśl takiej ogólnej organizacyi rzucił prof. dr. Ciechanowski w r. 1900 w liście, rozesłanym do wszystkich lekarzy polskich w Ameryce północnej. Myśl ta, przyjęta wówczas życzliwie przez kolegów z Ameryki, narazie nie mogła być wykonana; obecnie wchodzi ona w życie.

— Wśród referatów, nadesłanych do sekcyi naukowo-oświatowej Kongresu polskiego w Waszyngtonie, znajdowały się prócz referatow Dra J. Jaworskiego i Prof. Ciechanowskiego, jeszcze trzy referaty pióra lekarzy: Dra O. Hewelke i St. Kopczyńskiego z Warszawy i Dra St. Lubicza z Wilna. O ile można wnosić ze sprawozdań dzienników amerykańskich, odczytany został tylko referat Dra J. Jaworskiego, a Dr Fronczak zabierał głos w tymże przedmiocie. Sekcya uchwaliła rezolucye, wzywające do zwalczania partactwa lekarskiego i alkoholizmu, przynoszących szkody ludności polskiej w Ameryce.

— Uroczyste otwarcie Ligi walki z gruźlicą w Rosyi odbyło się 20. IV. st. st. w Petersburgu, 23. IV. zaś wybrano stały komitet zarządzający z 38 członków. Prezesem komitetu wybrano Doc. Worobjewa z Moskwy, na członków powołano m. i. z Kijowa: Prof. Wysokowicza i Prof. Tritschela, a z Polski Dra A. Sokołowskiego z Warszawy i S. Sterlinga z Łodzi. W regulaminie dla prowincyonalnych filii Ligi przyjęto zasadę autonomii; filia może się zawiązać, gdy zgłosi się 10 członków.

— Dr Wanda Szczawińska z Paryża zaproszona została przez »Université nouvelle« w Brukseli do wygłoszenia 6 wykładów o wychowaniu i higienie niemowląt.

— Zarząd bośniackiego przemysłu drzewnego poszukuje lekarza. Płaca 6000 kor. Bliższe wiadomości w Izbie lekarskiej zachodnio-galicyjskiej (Kraków, Radziwiłłowska 4).

— Komitet międzynarodowego Zjazdu lekarskiego w Peszcie, zamykając swe czynności, rozesłał wszystkim uczestnikom sprawozdania ogólne ze Zjazdu i z ododwiedniej sekcyi. Całość sprawozdań obejmuje 44 zeszyty. Z nadwyżek dochodów utworzono fundusz (20.000 kor.) nagród międzynarodowych, którym zarządzać będzie peszteński Wydział lekarski, a z którego nagroda będzie przyznana po raz pierwszy na Zjeździe w Londynie w r. 1913. Archiwa Zjazdu oddano do Biura Zjazdów międzynarodowych w Hadze. Wyjaśnień szczegółowych udziela sekretaryat Zjazdu (VIII. Mária-utra, Budapest).

— W Paryżu niezadowolenie przeciwko obecnemu systemowi na Wydziale lekarskim ciagle wzrasta. 24. maja podczas losowania kandydatów do egzaminów przyszło do burzliwych scen, tak że wkroczyć musiała policya i doszło do bójki studentów z policyą. X.

— Dr Marya hr. v. Linden, kierowniczka oddziału w zakładzie higienicznym uniwersytetu w Bonn, otrzymała tytuł profesorski. Jest to, zdaje się, jeden z pierwszych przypadków pozyskania tego tytułu przez kobietę.

— W mumiach (z 18—20 dynastyi), jak donosi Rupper, stwierdzono drobnowidowo różne cierpienia, jak zapalenia płuc, ropnie, marskość wątroby, zapalenia nerek i t. p. (Brit. med. Journ. 1. I.). A.

— Celem zwalczania raka macicy przez wczesne zwracanie uwagi chorych na to cierpienie, poleca Müller dawać pacyentkom karteczki z następującemi wiadomościami: Objawy raka macicy i cierpień, budzących jego przypuszczenie, są następujące: 1) nieregularne krwotoki, zwłaszcza podczas ustawania okresu miesiączkowania, 2) krwotoki po stosunku płciowym, 3) wypływ podobny do popłuczyn mięsnych ropno-krwawy ew. cuchnący, 4) bóle występują dopiero w dalszych okresach choroby, 5) w razie wystąpienia jednego z tych objawów powinna chora zwrócić się zaraz do lekarza celem zbadania, 6) rak macicy operowany wcześnie, jest cierpieniem uleczalnem. X.

— Wpływ rasy na śmiertelność dzieci badali Cabot i Richie i doszli do następujących danych: u żydów rodzi się najwięcej dzieci nieżywych i najwięcej umiera niemowląt. U Włochów umierają dzieci głównie na choroby zakaźne i zapalenia płuc. U Anglików rodzi się mało dzieci nieżywych.

Mianowani: Docenci: Pankow (ginekolog), Bumke (psychiatra), Gierke i Schridde (patologowie) we Freiburgu w/B. profesorami.

Zmarli: Dr Ludwik Forsteter w 61 r. ż. w Białymstoku, Dr Mieczysław Waryński w 41 r. ż. w Kijowie, Dr Adolf Podbielski w 41 r. ż. w Sokołowie, Dr Józef Rogoziński w 58 r. ż. w Warszawie, Dr Bronisław Olszewski w N. Sączu w 48 r. ż., Dr Kazimierz Czerwiński, lekarz powiatowy w Bóbrce, w 41 r. ż., anatom Prof. Zuckerhandl w Wiedniu.

Redakcya otrzymała. W. Janowski: Współczesne metody badania serca. Warszawa. 1910. Nakładem Towarzystwa naukowego warszawskiego. Str. 176. — Higier: 1) Beitrag zur Prognose der akuten u. subakuten Encephalitis und Poliencephalomyelitis. »Zeits. f. d. ges. Neur. u. Psych.« 1910. 2) O nowszych podręcznikach historyi medycyny. 3) Stanowisko kliniczne i anatomo-patologiczne niektórych postaci chorób mózgowia dziedzicznych i rodzinnych. »Medycyna i Kronika lek.« 1910. — R. Spira: 1) Uber die Behandlung akuter Mittelohrentzündungen mit der Stauungshyperaemie nach Bier. »Monats. f. Ohrenh.« 1910. 2) Tożsamo po rosyjsku. »Wiestnik uszn. bol.« 1910.

Bibliografia.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung. Zeszyt VI. Monachium J. F. Lehmann. Cena 2,20 Mk.

Czerwcowy zeszyt wydawnictwa poświęcono chorobom dzieci. Prof. Pfaundler podaje poglądowe sprawozdanie z now-

szych zdobyczy w zakresie patologii i leczenia zaburzeń odżywiania u niemowląt, omawiając ogólnie etyologię i przyrodę tych spraw, poglądy Finkelsteina, oznaki zaburzeń odżywiania (zmiany wagi ciała, gorączki, zboczenia stolca, moczu i inne objawy), oraz ogólne wskazania lecznicze. Doc. Moro streszcza wyniki nowszych badań nad gruźlicą w wieku dziecięcym, rozpatrując próbę tuberkulinową naskórną (własną metodą), inne próby »biologiczne«, wykrywanie prątków, inne kliniczne sposoby rozpoznawania i stan obecny nauki o zołzach. Z.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 15. czerwca 1910 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Dr Spira: Zadanie lekarza chorób usznych w szkole. 2) Dyskusya nad projektem Ustawy Towarzystwa lek. krak.

Rok XLIX. Kraków, dnia 18. czerwca 1910. Nr 25.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Problemat dziedziczności w patologii.

(Podług wykładu na uroczystem posiedzeniu Wydziału lekarskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu w dniu 17. kwietnia 1909).

Napisał

Prof. Dr Karol Klecki.

(Ciąg dalszy).

Wielu klinicystów uważa, że zachodzi pewien antagonizm pomiędzy dną (artrytyzmem) a gruźlicą, co należałoby tłómaczyć właściwością podłoża, niekorzystną dla rozwoju prątka gruźlicy w ustroju chorego na dnę. Według Maurela w rodzinach obciążonych dną ilość dzieci z biegiem czasu się zmniejsza, zwłaszcza ilość chłopców (Laurent); po jakimś czasie występuje niepłodność, zwłaszcza mężczyzn, tak że ród taki, jeśli nie łączy się z rodzinami, wolnemi od skazy dnawej, już po 5 pokoleniach jest skazany na wymarcie.

Typowo rodzinną chorobą, występującą na tle dziedzicznem, jest krwawiączka (haemophilia). Cierpieniem tem dotknięci są zazwyczaj mężczyźni, a tylko 3% kobiet, pochodzących z rodzin hemofilików choruje na krwawiączkę. Krwawiączkę, polegającą na wadliwym składzie krwi, przekazują dalszym pokoleniom mężczyźni, częstokroć przez pośrednictwo kobiet, występujących tutaj w roli t. zw. konduktorów; w ten sposób dziad hemofilik przekazuje zazwyczaj krwawiączkę wnukowi przez córkę, chorobą tą nie obarczoną. Krwawiączka, częsta u anglosasów, występuje zwykle w rodzinach, wyróżniających się znaczną płodnością.

Podobne stosunki dziedziczne, jak w krwawiączce, występują w daltonizmie. Brak jednej ze substancyi wzrokowych, na którym według Heringa zaburzenie to polega, przechodzi i tutaj na dalsze pokolenia z mężczyzn przez pośrednictwo kobiet, jakkolwiek niekiedy i kobiety same cierpią na daltonizm.

Według większości oftalmologów t. zw. krótkowzroczność szkolna powstaje najczęściej również na tle dziedzicznem; Gałęzowski stwierdził je w tem cierpieniu w 3847 przypadkach na 4654, Straumann zaś w większej części badanych przypadków. U wszystkich prawie ludzi w pierwszych okresach życia stwierdzić można dalekowzroczność, która z biegiem czasu przechodzi we wzrok miarowy; jeśli w tem przekształcaniu się refrakcyi oka granica zostanie przekroczona, co zwykle na tle dziedzicznem zachodzi, powstaje krótkowzroczność, ujawniająca się najczęściej u dzieci w okresie szkolnym. Tło dziedziczne występuje w wielu przypadkach zaćmy (cataracta), która ma przechodzić z ojca częściej na synów, z matki zaś zarówno na synów, jak na córki; w zezie, spotykanym przeważnie u mężczyzn, a utrzymującym się niekiedy w kilku pokoleniach (Steiger), w połowie mniej więcej przypadków, w kurzej ślepocie i zaniku nerwu wzrokowego, rozpoczynającym się już około 30 roku życia.

Stwierdzono je w wielu przypadkach chorób żołądka, zwłaszcza w zaniku wydzielniczym żołądka, we wrzodzie okrągłym, który według Bernharda powstaje na tle dziedzicznem w 33% przypadków, według Habera zaś tylko w 15% przypadków, w niektórych chorobach nerek, wątroby, w blednicy, w wielu przypadkach wyrośli kostnych, w różnych chorobach skóry, zwłaszcza w rybiej łusce, »dermatitis bullosa«, szponowatości symetrycznej paznokci (Koehler) i innych.

W etyologii chorób nerwowych i umysłowych dziedziczność odgrywa wielką rolę, jako główny czynnik usposabiający do tych chorób. Neuropatyczne obciążenie dziedziczne stwierdzono tu w bardzo wielu przypadkach, zarówno takich chorób, które się uważa za zaburzenia czynnościowe układu nerwowego, jakoteż i takich, w których występują zmiany morfologiczne w tym układzie. Spotyka się je w padaczce, pląsawicy przewlekłej, histeryi, myoklonii, neurastenii, nerwobolach, migrenie. Według niektórych klinicystów tło dziedziczne ma wielkie znaczenie we wiądzie rdzenia, który, jak wiadomo, najczęściej występuje u kiłowych; wobec tego, że choroba ta występuje nie u wszystkich, a tylko u niektórych osobników, które przebyły kiłę, możliwą jest rzeczą, że usposobienie neuropatyczne, najczęściej dziedziczne, do powstania wiądu rdzenia u kiłowych się przyczynia; niektóre spostrzeżenia przemawiają przytem za tem, że im silniejsze jest owo neuropatyczne usposobienie dziedziczne, w tem wcześniejszym okresie kiły trzeciorzędnej wiąd rdzenia występuje. Porażenie obustronne ośrodkowe, opisane przez Freunda, jest chorobą rodzinną, porażenie postępujące, choroba Friedreicha, bezład móżdżkowy, opisany przez Marie, porażenie dziecięce, porażenie nerwu twarzowego, stwardnienie powrózków bocznych rdzenia, stwardnienie rozsiane, oraz jamistość rdzenia spotyka się również w niektórych rodzinach szczególnie często; powyższe choroby występują zazwyczaj zarówno u rodziców, jakoteż i u potomstwa w tym samym, określonym wieku, często nawet bez jakiejkolwiek dającej się wykazać przyczyny okolicznościowej, można zatem uważać, że mają one w ustroju pewien okres utajenia, niekiedy nawet bardzo długi.

W rodzinach neuropatów spotyka się wielki heteromorfizm występujących tu cierpień nerwowych. Tak n. p. u potomstwa histeryczki mogą wystąpić zapalenie opon mózgowych, pląsawica, padaczka; po zakażeniu się kiłą osobniki takie okazują wielkie usposobienie do wiądu rdzenia lub porażenia postępującego.

Dziedziczne obciążenie neuropatyczne sprawia, że u dotkniętych niem osobników, nietylko choroby nerwowe powstają łatwiej, niż u osobników w ten sposób nie obciążonych, ale że i we wszelkich innych chorobach, w których różne przypadłości nerwowe się zdarzają, przypadło-

ści te w silnym występują stopniu; bredzenie w stanach gorączkowych, drgawki w zapaleniu płuc, mocznicy, osłabienie inteligencyi po przebyciu duru brzusznego i t. p. są tego przykładem.

W rodzinach neuropatów obciążenie dziedziczne często z biegiem czasu w dalszych pokoleniach potęguje się, zwłaszcza jeśli przy związkach rodzinnych nie baczy się na dobór osób, które w danych warunkach powinny pochodzić z rodzin pod względem nerwowym nie obciążonych. Jako pewien odczynnik, wskazujący na stopień obciążenia neuropatycznego, mogą służyć napoje wyskokowe, które na ogół tem gorzej są znoszone, im obciążenie to jest większe.

Według Rogera obciążenie neuropatyczne występuje nietylko u osób, pochodzących z rodzin, w których panują choroby nerwowe, ale może ono powstać i w sposób ostry przez silne zadziałanie bodźców psychicznych na rodziców w chwili płodzenia danego osobnika. Zastąpienie podczas silnego wzruszenia, w ciężkiem zmartwieniu, podczas żałoby i t. p., ma na układzie nerwowym potomka szkodliwie się odbijać.

Podobnie, jak niektóre choroby nerwowe i pewne choroby mięśni występują często na tle dziedzicznem; na pierwszem miejscu wypada tu wymienić różne postacie postępującego zaniku mięśni, mianowicie postać, opisaną przez Erba, a występującą u osobników młodych, oraz postać twarzowo-łopatkowo-ramieniową, opisaną przez Landouzyego i Dejerinea. Niektóre postacie myoklonii należą również do chorób rodzinnych; występują one niekiedy u całego, licznego nawet rodzeństwa.

W chorobach umysłowych usposobienie dziedziczne niewątpliwie wielką odgrywa rolę. Dane statystyczne, zebrane w tym względzie przez rozmaitych psychiatrów, nie dają wprawdzie jednolitego obrazu częstości obciążenia dziedzicznego w cierpieniach umysłowych; według niektórych statystyk zdarza się ono zaledwo w 4% przypadków, większość jednak statystyk przemawia za znacznie większą jego częstością, a według Moreau ma ono zachodzić aż w 90% wszystkich przypadków.

Obłąkanie zdarza się nietylko w rodzinach pod względem nerwowym i umysłowym zwyrodniałych, ale i w takich rodzinach, których niektórzy członkowie wyróżniają się wybitnemi zdolnościami umysłowemi, niekiedy nawet geniuszem. Na związek pomiędzy genialnością, a obłąkaniem zwrócił uwagę w znanej swej książce Lombroso. Ludzie genialni i obłąkani mają tę wspólną cechę, że myśli ich są inne, jak większości ludzi, a nawet myślom tych ludzi przeciwne. Czy jednak ludzi genialnych można istotnie uważać za »wyższych degenerantów« pod względem umysłowym, jest rzeczą co najmniej bardzo wątpliwą.

Choroby umysłowe, do których usposobienie się dziedziczy, po dłuższym zazwyczaj okresie utajenia wybuchają, czy to pod wpływem zmian, zachodzących w pewnych stanach fizyologicznych w sferze płciowej, a odbijających się na całym ustroju, przedewszystkiem zaś na jego układzie nerwowym, jako to w pokwitaniu, połogu, latach przejściowych, czy też pod wpływem jakiejś przyczyny okolicznościowej, jako to urazu, wstrząśnienia moralnego, zakażenia, zatrucia i t. p.

Obłąkanie zdarza się częściej u mężczyzn, niż u kobiet; Orszanskij sądzi, że jest to skutkiem większej wrażliwości mózgu męskiego na działanie różnych czynników szkodliwych; prawdopodobniejszem atoli wydaje się twierdzenie, że mózg mężczyzn znacznie częściej, niż mózg kobiet, stanowi t. zw. »locus minoris resistentiae«, a to wskutek wyczerpania umysłowego, alkoholizmu lub zakażenia kiłowego, a przeto i schorzeniom łatwiej ulegać może.

W rodzinach, obciążonych chorobami umysłowemi, zdarzają się zazwyczaj rozmaite postacie obłąkania; niektóre tylko choroby umysłowe, zwłaszcza melancholia, przekazuje się dziedzicznie w tej samej postaci. Zresztą panuje tu wielki polimorfizm chorób, jak twierdzą niektórzy psychiatrzy, tem większy, im większe obciążenie dziedziczne.

Z chorób umysłowych, występujących na tle usposobienia dziedzicznego, wymienić należy stępienie władz umysłowych w wieku młodym, idyotyzm, obłęd okresowy, melancholię, zwłaszcza ze skłonnością do samobójstwa, manię prześladowczą, opilstwo okresowe; w niektórych zaś chorobach umysłowych, n. p. w porażeniu postępującem, rzadko tylko można stwierdzić tło dziedziczne.

Spostrzeżenia klinicystów świadczą, że i nowotwory w pewnej części przypadków powstają na tle dziedzicznem; według Delbeta tło takie stwierdzić można w 10—15% przypadków. Virchow oraz Verneuil wyrazili zdanie, że wszystkie wogóle nowotwory na tle dziedzicznem powstać mogą; atoli według nowszych spostrzeżeń zdarza się to w niektórych nowotworach częściej, niż w innych, a mianowicie nerwowłókniaki mnogie, nerwiaki, włókniaki, glejaki, tłuszczaki, gruczolaki i mięśniaki spotyka się jako choroby rodzinne częściej, niż inne nowotwory. I rak w 13 do 18% przypadków występuje jako choroba rodzinna, a przytem siedziba nowotworu w danej rodzinie często jest jednaka. Jednym ze znanych przykładów rodów, rakiem dotkniętych, jest rodzina Napoleona I, który sam cierpiał na raka i którego ojciec, 2 siostry i brat również na raka cierpieli.

W ostatnich latach, przy sposobności studyów, jakie w wielu pracowniach doświadczalnych przeprowadza się nad nowotworami złośliwymi u zwierząt, stwierdzono, że w pewnej, stosunkowo niewielkiej zresztą liczbie przypadków, nowotwór złośliwy występuje u potomstwa zwierząt, którym dany nowotwór przeszczepiono. I w krakowskim Zakładzie patologii, w którym takie badania przeprowadza Wrzosek, zdarzyło się to raz jeden na kilkanaście przypadków, w których zwierzęta z przeszczepionymi nowotworami rzuciły młode. Wobec tego jednak, że istota nowotworów złośliwych dotychczas nie jest znana, i że w danych warunkach zakażenia komórkami nowotworu wyłączyć nie można, badania doświadczalne nad nowotworami złośliwymi na dziedziczność ich tła dotąd jasnego światła rzucić nie mogły.

Niezmiernie doniosłą, a niezupełnie jeszcze rozstrzygniętą jest sprawa dziedziczności w chorobach zakaźnych, przedewszystkiem zaś w gruźlicy, ze względu na niezmiernie wielką pospolitość tej choroby. W bardzo licznych badaniach lekarskich starano się stwierdzić, jak często u chorych dotkniętych gruźlicą tło dziedziczne dla tej choroby można wykazać. Wyniki tych badań wypadły bardzo rozmaicie; według jednych statystyk pewne obciążenie dziedziczne spotyka się zaledwie u 10% osobników gruźliczych, według innych aż w 85%, niektórzy zaś lekarze odmawiają wszelkiego wogóle znaczenia usposobieniu dziedzicznemu w gruźlicy. Jakkolwiek poglądy lekarzy w tej sprawie są jeszcze bardzo sprzeczne, wszyscy zgadzają się na to, że gruźlica niewątpliwie może wystąpić u osób dziedzicznie nie obciążonych, jako zakażenie okolicznościowo nabyte; zwłaszcza zakażenie wśród małżonków zdarza się często, jak również i zakażanie się dzieci od rodziców. Z pracy Weinberga, opartej na statystyce miasta Stuttgartu wynika, że dzieci rodziców gruźliczych mają tem mniejszą szansę dojść do wieku rodziców, im większą miały sposobność we wczesnej młodości stykać się z otwartą gruźlicą rodziców, oraz im bardziej data ich urodzenia zbliża się do daty śmierci rodziców.

Według Kocha usposobienie do gruźlicy występuje niezmiernie rzadko; zaś według znanego poglądu Behringa, który zresztą, po wywołaniu bardzo obszernej dyskusyi w tym przedmiocie, bynajmniej w nauce się nie ustalił, zakażenie prątkiem gruźlicy ma zachodzić najczęściej w dzieciństwie i to przez przewód pokarmowy, do którego zarazki wraz z mlekiem się dostają. Większość atoli patologów, opierając się zarówno na wyniku badań anatomo-patologicznych, jako też na badaniach doświadczalnych w tej sprawie, jakie zwłaszcza w ciągu ostatnich lat kilku w wielkiej bardzo ilości przeprowadzono w różnych pracowniach

doświadczalnych, a wśród nich i w krakowskim Zakładzie patologii (prace Rogozińskiego, Wrzoska, Rzegocińskiego, Macieszy), obstaje przy poglądzie dawniejszym, mianowicie, że człowiek zakaża się gruźlicą pospolicie nie przez przewód pokarmowy, ale przez drogi oddechowe, a względnie, że pierwotnej siedziby zakażenia gruźlicą często szukać należy w gruczołach limfatycznych, zwłaszcza szyjnych, dotkniętych tak często u dzieci zołzowatych.

Z pośród wielu argumentów, podnoszonych na korzyść poglądu, że w powstawaniu gruźlicy tylko zakażenie prątkiem Kocha ma rozstrzygające znaczenie, usposobienie zaś dziedziczne małą tylko odgrywa rolę, a względnie żadnego zgoła znaczenia nie ma, przytoczę ciekawe spostrzeżenia Boega z r. 1905, poczynione na duńskich wyspach Faroe, do niedawna tak od świata odciętych, że gruźlicę zaniesiono tam dopiero w r. 1880; po zbadaniu w tym względzie wielu rodzin, zamieszkujących te wyspy, Boeg doszedł do przekonania, że gruźlica nie występuje częściej u potomstwa osób chorobą tą dotkniętych, niż u potomstwa osób zdrowych, że zatem brak dowodów na to, by obciążenie dziedziczne w powstawaniu gruźlicy poważniejszą odgrywało rolę. Ciekawe jest także doświadczenie Bernheima z r. 1894, przeprowadzone nad 3 parami bliźniąt, pochodzącymi z 3 matek suchotnic. Troje z tych dzieci, po jednem z każdej pary bliźniąt, pozostawiono wśród rodziny; karmiono je piersią mamek zdrowych, od gruźlicy zupełnie wolnych; wszystkie te dzieci zmarły na gruźlicę, a z 3 mamek zdrowych dwie zaraziły się gruźlicą i zmarły na tę chorobę. Drugie troje dzieci z owych trzech par bliźniąt wysłano na wieś i karmiono również piersią osób zdrowych; wszystkie te dzieci wychowały się zdrowo. Wobec tego, że w zwykłych warunkach potomstwo osób gruźliczych conajmniej przez pierwsze lata życia pozostaje wśród rodziny, gdzie niewątpliwie wielką ma sposobność do zakażenia się gruźlicą, niezmiernie trudno zwykle rozstrzygnąć pytanie, czy w danym przypadku wystąpienie gruźlicy w pierwszym rzędzie usposobieniu dziedzicznemu, czy też łatwej sposobności do zakażenia się gruźlicą przypisać należy.

To jedno tylko stwierdzają spostrzeżenia większości lekarzy, że, jak to pierwszy podniósł jeszcze Laënnec, dzieci osób gruźliczych zapadają na gruźlicę częściej, niż dzieci osób gruźlicą nie obciążonych. Skoro w każdym przypadku gruźlicy zakażenie prątkiem swoistym jest rzeczą konieczną, przeto w sprawie usposobienia dziedzicznego do gruźlicy trudne do rozwiązania pytanie sprowadza się do tego, czy potomstwo osób gruźliczych jest na zakażenie prątkiem Kocha mniej odporne. niż osoby pochodzące z rodzin wolnych od gruźlicy, czy też odporność na ten zarazek jest w obu przypadkach jednakowa.

Doświadczenie lekarzy poucza, że w rodzinach gruźliczych usposobienie do gruźlicy przekazuje potomstwu głównie matka; ojciec przekazuje je tylko pośrednio, mianowicie przez matkę, którą zakaża gruźlicą. Ogilvie twierdzi, że u potomstwa osób gruźliczych gruźlica płuc występuje zwykle po tej samej stronie, co u rodziców.

Jest rzeczą już dawno stwierdzoną, że u osobników, pochodzących z rodzin gruźliczych, często występują pewne znamiona, które zwolennicy teoryi dziedziczenia usposobienia do gruźlicy uważają za morfologiczny wyraz tego usposobienia; obok zmian morfologicznych spotyka się także i zmiany czynnościowe, ujawniające się częstokroć w postaci chorób, u takich osobników szczególnie częstych. W piśmiennictwie polskiem posiadamy rozległe w tym względzie spostrzeżenia Zielińskiego.

W badaniach, przeprowadzonych nad wielu bardzo rodzinami gruźliczemi, stwierdzono, że poronienia z powodu obumarcia płodu, oraz przedwczesne porody są w takich rodzinach częstsze, niż w rodzinach zdrowych; że dzieci po urodzeniu się w czasie właściwym mają mniejszą od prawidłowej wagę, i że wolno na wadze przybierają; że ogólny rozwój cielesny ich często jest upośledzony, niekiedy tak wybitnie, że osobniki takie w wieku młodzieńczym okazują wyraźny infantylizm. U dzieci rodziców gruźliczych ciemiona późno się zamykają, ząbkowanie, kostnienie jest opóźnione; spotyka się u nich rozszczep kręgów lędźwiowych, żeber, wrodzone zwichnięcie biodra, upośledzenie rozwoju narządów płciowych, zmiany skóry, nieprawidłowości uwłosienia, słaby rozwój układu krwionośnego, jako to małe wymiary serca i wązkość naczyń, słaby rozwój wątroby, nerek, zwłaszcza zaś typową zmianę budowy klatki piersiowej, znaną pod nazwą klatki piersiowej paralitycznej (thorax paralyticus), czyli wązkości klatki piersiowej, długiej klatki piersiowej, o odstających łopatkach i wiotkich mięśniach oddechowych; pojemność płuc, w takiej klatce piersiowej umieszczonych, jest zmniejszona, a przewietrzanie szczytów płuc, w których choroba w początkowych okresach gruźlicy płuc zazwyczaj się sadowi, jest upośledzone. Ze względu na to zwykłe początkowe usadowienie się zarazka w gruźlicy płuc, w wązkiej klatce piersiowej najważniejszą jest zmiana górnego jej otworu, mianowicie jego zwężenie, na co już przed 60 laty zwrócił uwagę Freund. Powstawanie tej zmiany tłómaczył Freund jednostronnem lub obustronnem skróceniem chrząstki pierwszego żebra, które jako wada rozwojowa, wcześnie powstała, występuje dopiero w okresie pokwitania jako zmiana kostnienia i ruchomości tej chrząstki. Wychodząc z tego założenia że szczyt płuca, uciśnięty przez zwężony otwór górny klatki piersiowej, łatwo gruźlicy ulega, doradzał już Freund zapobiegać gruźlicy przez przecięcie chrząstki pierwszego żebra i wytworzenie w niej sztucznego stawu.

Teoryę Freunda, przez długi czas zapoznaną, podjęli dopiero w ostatnich latach Harras i Hart. Potwierdzając naogół pogląd Freunda, doszli oni do wniosku, że skrócenie chrząstki pierwszego, niekiedy zaś i drugiego żebra i wczesne jej skostnienie, zazwyczaj jednostronne, występują rzadko jako zmiana pierwotna, a najczęściej są skutkiem pierwotnego skrzywienia w bok kręgosłupa w górnej części klatki piersiowej. Skręcenie wdechowe górnej części klatki piersiowej wywołuje zwężenie tylnej części górnego jej otworu, zaś skostnienie chrząstki pierwszego żebra, niekiedy wywołane przez zapalenie ochrzęstnej (perichondritis ossificans), wywołuje sztywność tego otworu.

Powyższa zmiana klatki piersiowej, spotykana najczęściej u osobników pochodzących z rodzin gruźliczych, może powstać i jako zmiana nabyta w dzieciństwie lub pokwitaniu wskutek skrzywienia w bok kręgosłupa, czy to z powodu krzywicy, czy też wadliwego siedzenia w szkole. Pierścień kostny, stanowiący w danych warunkach zwężony i zesztywniały górny otwór klatki piersiowej, wywiera na odpowiednią część płuca ucisk, który niekiedy pozostawia ślad anatomiczny w opisanej przez Schmorla bruździe, przebiegającej pod szczytem płuca na tylnej i bocznej części górnego płata. W samym zaś szczycie płuca występuje w tych warunkach opisane przez Birch-Hirschfelda załamanie, zaciśnięcie i zwężenie oskrzeli. Oczywistą jest rzeczą, że wówczas czynność tej części płuc jest wielce upośledzona, że krążenie krwi i limfy odbywa się w niej nieprawidłowo, że zalega tu wydzielina oskrzeli oraz wprowadzony z powietrzem kurz. Prątek Kocha wprowadzony jakąkolwiek drogą do tak zmienionego szczytu płuca znajduje tu dobre warunki do swego rozwoju, mnoży się i sprowadza chorobę u młodzieńców i ludzi dorosłych usadowioną początkowo z powyżej wymienionych względów zazwyczaj w szczytach płuc

Za słusznością przytoczonych wywodów przemawia poniekąd ta okoliczność, że gruźlica powstała w wieku późniejszym, np. po urazie lub w przebiegu cukrzycy, sadowi się zazwyczaj poza szczytami płuc, oraz że gruźlica płuc, powstała u dzieci, których klatka piersiowa jest niezmiernie sprężysta, a szczyty płuc są ustawione jeszcze stosunkowo nisko, występuje również nie w szczytach, ale zwykle u wnęki płuc.

U dzieci, pochodzących z rodzin gruźliczych stwierdzono osłabienie przemiany materyi, głównie wskutek upo-

śledzenia przyswajania, zmniejszenie wytwarzania ciepła, stąd łatwe obniżanie się ciepłoty ciała, różne zaburzenia odżywienia, słabość wrodzoną (debilitas congenita), zaburzenia nerwowe, trudne wytwarzanie nowych gałązek naczyniowych w sprawach odrodczych. U dzieci takich występują często zołzy, krzywica, a w wieku późniejszym blednica, histerya, padaczka, zwężenie ujścia żylnego lewego (Potain, Teissier). Niektórzy lekarze twierdzą, że w rodzinach gruźliczych odporność dzieci w ciągu pierwszych dwu lat życia na różne sprawy zakaźne jest większa, niż u innych dzieci.

Drugą sprawą zakaźną, przekazywaną potomstwu przez rodziców jest kiła, do niedawna powszechnie uważana za dziedziczną, a w ostatnich czasach, ze względu na wątpliwości zachodzące co do właściwej dziedziczności w tej sprawie, określana przez większość autorów jako kiła wrodzona.

Zmiany kiłowe u potomstwa osób, chorobą tą zakażonych, mogą niekiedy, jak to wykazał Fournier, występować nietylko w najbliższem, ale jeszcze i w następnem pokoleniu; za pomocą zaś próby Wassermanna znalazł w ostatnich czasach Linser, że odczyn, świadczący o zakażeniu kiłowem ustroju, u potomstwa osób kiłowych może się utrzymywać aż do trzeciego pokolenia.

(C. d. n.).

Z oddziału i kliniki laryngologicznej Prof. Pieniążka w Krakowie.

Dwieście siedemdziesiąt trzy przypadki twardzieli

leczone w latach 1894—1910

podał

Dr Antoni Pachoński
asystent kliniki.

(Ciąg dalszy).

Jama nosowo-gardłowa była zajęta twardzielą ogółem 172 razy, z czego w 4 przypadkach była jedynem siedliskiem twardzieli. Mniej więcej połowa przypada na zmiany ogniskowe, a połowa na rozlane. W ogromnej większości przypadków były to nacieki stare, w znacznym stopniu włóknisto przeobrażone, w postaci błon, listew lub twardych guzów i mniejszych białawych guzków. Znacznie rzadziej spotykano nacieki świeże w postaci bladoróżowych guziczków i groszków lub w postaci rozlanej. Pochodzi to prawdopodobnie stąd, że twardziel, o ile zajmuje samą tylko jamę nosowo-gardłową, sprawia nieznaczne tylko dolegliwości, na które chorzy mało zwracają uwagi, przypisując je nieżytowi nosa, przeziębieniu lub t. p.

Dwie chore np. (Marya K., lat 35, mieszkanka Krakowa, rodem z Przemyślan i Regina G., lat 62, położna, ur. i zam. w Krakowie), które badałem w ostatnich miesiącach, skarżyły się jedna na nieżyt nosa, druga na zasychanie w gardle i drażnienie przez uczucie czegoś obcego poza podniebieniem. U obu z nich dolegliwości pochodziły od zmian twardzielowych jamy nosowo-gardłowej, zwężających nozdrza tylne, przez co oddychanie nosem było znacznie upośledzone, towarzyszący zaś nieżyt zanikowy gardła (pharyngitis sicca) tłómaczył dalsze przypadłości. Były to już zmiany stare, bliznowate błony, czyli musiały trwać szereg lat, a chore dopiero w tym okresie szukały porady lekarskiej.

To tłómaczyłoby nam także, dlaczego w większości przypadków twardzieli jamy nosowo-gardłowej znajdujemy właśnie takie stare tylko zmiany, a dalej, że znacznie częściej, niż to mamy sposobność spostrzegać, twardziel sadowi się pierwotnie w tem miejscu. Chorzy zazwyczaj przychodzą z twardzielą już więcej rozsianą, szukają pomocy z powodu chrypki lub duszności, z powodu zniekształtnienia lub i dla nich już widocznego zarastania nosa. Znajdujemy wówczas niejednokrotnie świeże zupełnie, nawet całkiem początkowe nacieki w krtani lub nosie, a w jamie nosowo-gardłowej listwy lub błony bliznowate; chorzy opowiadają o niedawnym początku choroby, a jednak na podstawie badania jamy nosowo-gardłowej musimy ten początek na lata wstecz przesunąć.

Obrazy wziernikowe, jakie na tle tych zmian powstają w jamie nosowo-gardłowej, przedstawiają się bardzo różnorodnie. Pomijając już drobne guziczkowate nacieki, które mało wpływają na obraz ogólny, to przy naciekach rozlanych i starszych tylnej powierzchni podniebienia miękkiego i fałdów trąbkowo-podniebiennych, w miarę ich przemiany włóknistej, a co za tem idzie, kurczenia się i ściągania, podniebienie miękkie zostaje podciągnięte ku górze, brzeg jego sztywno się napina i często przybiera kształt łuku gotyckiego. Języczek, jeżeli sam jest wolny od nacieku, zostaje silnie ku tyłowi odchylony, a wreszcie całkiem przeciągnięty na tylną powierzchnię podniebienia i znajdujemy go tam dopiero przy wziernikowaniu nosa od tyłu (rhinoscopia posterior). Przylega on zupełnie do podniebienia, a jeśli jest nieco dłuższy, nie pozwala nam nawet dojrzeć przegrody nosowej (lemiesz). Naciek twardzielowy samego języczka wywołuje jego skurczenie się, a nawet zupełne wciągnięcie tak, że nawet i śladu po nim nie znajdujemy, lub tylko jakiś nieznaczny guziczek w tem miejscu. Naciek, zajmujący powierzchowne warstwy tylnej strony podniebienia, kurcząc się, wywołuje jakby rozdwojenie się podniebienia miękkiego, podział na blaszkę przednią i tylną. Wówczas widzimy, że łuki podniebienne przednie osobno, a tylne znowu osobno z sobą się spotykają, a oddziela je głęboka nieraz bruzda, przyczem języczek, o ile jest jeszcze utrzymany, pozostaje przy łukach tylnych. Ponieważ naciek tylnej powierzchni podniebienia miękkiego często przechodzi wzdłuż fałdów podniebienno-trąbkowych (plicae salpingo-palatinae) na ściany boczne, powstaje przy jego kurczeniu się nowy obraz, a mianowicie od dołu i zewnątrz dźwigają się w górę dwa fałdy różnej grubości zależnie od tego, czy przeważa utkanie włókniste, czy świeże komórkowe, i jak kulisy przesłaniają nam ujścia trąbek Eustachego, przesłaniają nozdrza tylne tak, że widzimy nieraz tylko górny koniec przegrody (lemiesz) i obok niego dwa małe otworki. Kiedyindziej strop stanowi punkt węzłowy, z którego promienisto rozbiegają się fałdy lub nawet zupełnie (z wyjątkiem swych końców) wolne listwy ku ścianom bocznym i podniebieniu. Trzykrotnie spostrzegano w naszej klinice w obrębie jamy nosowo-gardłowej pierścieniowate zwężenie na wysokości wałów trąbkowych; raz listwa, biegnąca w poprzek lemiesza, tworzyła z nim krzyż, który dzielił nozdrza tylne na cztery małe otworki; raz wreszcie między zwisającem jeszcze nieco podniebieniem miękkiem, a tylnym obwodem sklepienia rozpięta była, jakby przepona, dość cienka błona twardzielowa z małym otworkiem nieco odśrodkowo położonym,

przez który dopiero widziało się niedokładnie lemiesz i tylne nozdrza z tylnemi końcami małżowin.

Wielkie guzy, wypełniające całą jamę nosowo-gardłową, a niekiedy wysterczające z poza brzegu podniebienia miękkiego, wytwarzała twardziel osiem razy, mniejsze guzki i guziki 25 razy, w innych przypadkach były postacie mieszane guzków, nacieków rozlanych, błon i listew. W 14 przypadkach nie można było jamy nosowo-gardłowej obejrzeć przy pierwszem badaniu z powodu zrostu podniebienia miękkiego z tylną ścianą gardła, który to zrost wprawdzie tylko raz jeden był całkowitym, a w innych przypadkach niezupełnym, jednakże łączący otworek, jaki się utrzymywał, był tak mały, że uniemożliwiał badanie i dopiero musiało się go sztucznie bądźto na tępo, nawet palcem, bądź to elektrokauterem rozszerzać.

Na 67 przypadków twardzieli gardła (łuki podniebienne, przestrzeń między niemi zawarta i tylna ściana gardła wraz z bocznemi) zmiany usadowiły się 54 razy na łukach podniebiennych, z czego 16 razy jednostronnie. Przeważnie naciekłe były łuki tylne, a tylko 6 razy przednie. Ściana tylna i boczne były zajęte ogółem 23 razy, w czem 10 razy bez współczesnych zmian na łukach podniebiennych. Zrost łuków podniebiennych z tylną ścianą spostrzegano 18 razy, a w jednym przypadku przyrośnięty był tylko języczek, który tworzył mostek między podniebieniem, a ścianą gardła; w jednym także przypadku spostrzegano wytwarzanie się zrostu w czasie pobytu chorego na oddziale. W chwili przyjęcia na klinikę zauważono poza łukiem tylnym prawym płaski naciek z nadżerką. W ciągu kilkotygodniowej obserwacyi wystąpiło zgrubienie przez naciek twardzielowy rozlany na dolnej połowie łuku prawego, zetknięcie się tegoż i zrazu wiotkie, łatwe do oddzielenia, zlepienie z płaskim naciekiem, poza nim leżącym, które później zmieniło się w zupełny, szeroki zrost. Naciek twardzielowy rozwinął się tak obficie, że dolny odcinek łuku podniebiennego tylko słabo wśród niego się zaznaczał.

Ogólna liczba przypadków, w których było zwężenie komunikacyi między gardłem, a jamą nosowo-gardłową jest naturalnie większa, bo należy tu także doliczyć owe 14 przypadków, o których wspominałem przy opisie jamy nosowo-gardłowej, czyli razem byłoby 33 przypadków, t. j. przeszło 12% wszystkich 273 przypadków twardzieli.

Stosunkowo rzadko występuje naciek w okolicy migdałków, jak również zrośnięcie się przednich łuków podniebiennych z językiem. Jedno i drugie spostrzegano tylko w dwu przypadkach. Naciek między łukami występował jednostronnie i dotyczył migdałka prawego. Przypadek zrośnięcia łuków podniebiennych z językiem przedstawiał się następująco:

Grzegorz D., lat 35, zarobnik, zamieszkały w Rokitoć, Węgry, przebywał w klinice od 12. XI. 1903 — 15. I. 1904 r.

Choroba zaczęła się przed 7 laty uczuciem słodkości w jamie ustnej i bolami. Od 4 lat zatkanie nosa, od 3 utrudnienie połykania. Żona i troje dzieci zdrowe.

Stan obecny: Nos zewnętrznie prawidłowy. Przy obmacywaniu strony lewej czuć twardość chrząstkowatą w obrębie części miękkiej nosa. Wnętrze nosa: po stronie prawej naciek blado-szary, ostro odgraniczony od reszty błony śluzowej, rozpoczyna się na górnej powierzchni małżowiny dolnej, a przechodzi na dno nosa; po lewej naciek zajmuje ścianę zewnętrzną z pozostawieniem dna i przegrody nosowej. Głębi nosa po żadnej stronie obejrzeć nie można, nos po obu stronach dla powietrza niedrożny.

Jama ust: błona śluzowa podniebienia twardego, począwszy od linii, łączącej pierwsze zęby trzonowe, zajęta jest naciekiem o powierzchni nierównej, gdzieniegdzie pokrytym białawym, zgrubiałym nabłonkiem, a w niektórych miejscach okazuje powierzchowne ubytki. Podniebienie miękkie całą swą powierzchnią przyrosło ukośnie do tylnej ściany gardła. W miejscu, odpowiadającem obu przednim łukom, występuje ono w postaci dwu grubych wałów, zrośniętych z korzeniem języka i ściągających język ku tyłowi. Wały te wraz z grubem i przyrosłem do gardła podniebieniem tworzą sklepienie z nacieku twardzielowego, popod które prowadzi ukośnie biegnący kanał o świetle średnicy fasoli, a którego dno stanowi język o prawidłowej błonie śluzowej: Największe rozchylenie szczęk, na jakie chory zdobyć się może, wynosi między zębami siecznymi niespełna 2 ctm. Z krtani widać zaledwie górny brzeg nagłośni. Zwężenia krtani niema.

Wśród nacieków twardzielowych gardła rzadziej spotykaliśmy postać ogniskową jako pojedyncze guziczki, tu i ówdzie rozrzucone, bo tylko w 17 przypadkach, w innych zaś występowała postać rozlana. O ile pierwsza postać pozostaje bez wpływu, to druga niebawem wywołuje zmiany w prawidłowym obrazie gardła. Jednostronne nacieki łuków wywołują ich zgrubienie, a wkrótce w miarę przemiany włóknistej, ściąganie się i skracanie i przeciąganie języczka na swoją stronę. Nacieki obustronne łuków napinają sztywno podniebienie miękkie, a zwłaszcza jego brzeg wolny, a jeżeli to kurczenie się łuków połączy się ze ściąganiem się starych nacieków na tylnej powierzchni podniebienia miękkiego, to następuje rozdwojenie się brzegu podniebienia, środkiem którego biegnie nieraz dość głęboki rów, o czem wyżej już wspominałem. Naciek z łuków podniebiennych łatwo przechodzi przez płytkie zagłębienia poza łukami tylnymi na ściany boczne gardła. Łuki zostają stopniowo przypłaszczone, przyciągnięte, albo, jak w przypadku powyżej wspomnianym, zlepiają się i zrastają z równocześnie istniejącymi naciekami ściany tylnej, przez co stopniowo zostaje podniebienie miękkie odchylone ku tyłowi, a wreszcie przy odpowiednich warunkach, jak powierzchowna maceracya odpowiadających sobie nacieków, na stałe w tem nieprawidłowem położeniu umocowane. W miarę tych zmian, komunikacya jamy nosowo-gardłowej z gardłem zostaje w różnym stopniu upośledzona, lub nawet całkiem zniesiona, a wówczas zmienia się także wyraz twarzy chorego. Chory, nie mogąc oddychać nosem, trzyma usta ciągle otwarte, głos jego przybiera odcień nosowy, traci swój dźwięk. Najmniej i stosunkowo bardzo rzadko tylko spotyka się utrudnienie połykania.

Nacieki twardzielowe na tylnej ścianie gardła bardzo często układają się w smugi i pasma, przebiegające z góry na dół, a złożone są przeważnie z drobnych guziczków twardzielowych; nawet szerokie nacieki okazują zawsze łatwo broczącą ziarnistość. Pomiędzy temi pasmami i placami twardzielowemi rozrzucone są wyspy prawidłowej błony śluzowej, które wyraźniej występują zwłaszcza wśród zmian starych, bliznowatych. Płaskie promieniste blizny potwardzielowe właśnie tem dają się łatwo od blizn pokiłowych odróżnić, że obok tych wysp prawidłowej błony ślu-

zowej, obejmują także choćby drobne ogniska świeżych nacieków twardzielowych.

Większe guzy twardzielowe, dość częste w jamie nosowo-gardłowej, tu na ścianie tylnej gardła rzadko się spotyka. W naszej klinice spostrzegano guz taki tylko raz jeden jako twór dość miękki, szeroką podstawą usadowiony na ścianie tylnej gardła.

Przednia powierzchnia podniebienia miękkiego i podniebienie twarde rzadko tylko ulega twardzieli. Na pierwszem stwierdzono 25 razy, na drugiem 6 razy zmiany twardzielowe. W paru tylko przypadkach widzieliśmy zmiany drobne, ogniskowe, zresztą zawsze rozlane po całem podniebieniu, jako naciek blado-różowy, ziarnisty, miejscami zbliznowaciały, to znowu grubym, białym nabłonkiem pokryty lub zmacerowany i zawsze bez jakichkolwiek owrzodzeń. W trzech przypadkach naciek twardzielowy przechodził na dziąsła, przyczem raz tworzył guz wielkości śliwki, a w jednym tylko przypadku przechodził na dno jamy ustnej i język.

W tym przypadku twardziel dotyczyła 18-letniego zarobnika Franciszka T. — z Zakrzowa, u którego początki choroby według wywiadów, a także i według obrazu zmian należałoby odnieść do wczesnej młodości. Twardziel zajmowała u niego jamę ust, gardła, jamę nosowo-gardłową i krtań. W nosie były tylko objawy nieżytu zanikowego. Świeże zmiany były tylko w krtani, reszta zaś zmian były to stare bliznowaciejące nacieki z rozrzuconemi tu i ówdzie ogniskami świeżemi. Język był deskowato twardy, niebolesny, z kilkoma głębokimi wrębami z boków i na górnej powierzchni. Ku przodowi mógł go chory tylko ku zębom zbliżyć; ruchy na boki dość utrzymane, ku górze niemożliwe. Między językiem, a twardem dnem jamy ustnej napinały się z boków liczne ścięgniste blizny. Taksamo zmienione były fałdy błony śluzowej, rozpięte między dolną, a górną szczęką i łuki podniebienne i t. d.

(C. d. n.).

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Heisler i Tomor. **W sprawie leczenia gruźliczego krwawienia z płuc.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 17). Powszechnie panuje przekonanie, że krwotok płucny jest typowym objawem jamy. Tak jednak bywa nie zawsze, bo często spotyka się krwotok w początkach gruźlicy, gdzie jam wcale niema, a często znów przy typowych jamach niema krwotoków wcale. Nieraz krwioplucie jest jednym z pierwszych objawów zapalenia płuc (a nie zapalenie płuc następstwem aspiracyi krwi, jak się sądzi). Co do zachowywania się chorego i leczenia krwotoków, to odróżnić tu należy kilka szczegółów. Pierwszym, bardzo ważnym, jest uspokojenie chorego, który bywa zwykle ogromnie zjawieniem się nieoczekiwanego krwotoku przerażony. Dalej polecamy: spokój, milczenie, postawę pół siedzącą, dyetę płynną (pokarmy letnie), dbanie o regularny stolec i oddawanie moczu i zapobieganie odleżynie. Z leków podajemy leki narkotyczne, o ile krwotok nie jest zbyt gwałtowny, z dodatkiem atropiny. Wdychiwania azotynu amylowego oddają nieraz dobre usługi przez wywołanie spadku ciśnienia krwi w aorcie, podniesienia w tętnicy płucnej. Natomiast ze środków tamujących krwawienie prócz żelatyny (podskórnie lub w lewatywie) nie stosujemy żadnych, zwłaszcza ergotyny, styptycyny i t. p. Polecają wstrzykiwania surowicy, wlewania soli kuchennej, adrenalinę i t. p. Ze środków fizycznych stosujemy: worek z lodem, ciepło na resztę ciała celem odciągania krwi, gorące lewatywy, odsznurowanie kończyn, unieruchomienie klatki piersiowej plastrami, a wreszcie zabiegi operacyjne w postaci ucisku płuc przez sztuczną odmę piersiową. A.

H. Noguchi. **Racyonalny i prosty sposób serodyagnostyki kiły.** (Americ. Med. Assoc. czerwiec, 1909). W pracy tej wskazuje autor na błędy, jakie posiadają co do kiły niektóre metody odchylenia dopełniacza, zalecane przez różnych autorów.

Wyciągi wodne i alkoholowe wątrób z przypadków kiły dziedzicznej zawierają, zwłaszcza pierwsze, dużą ilość substancyi znoszących działanie dopełniacza (antykomplementarnych); prócz tego wyciąg wodny obfituje w substancye hemolizujące, jak mydła, kwasy tłuszczowe i t. p. N. znalazł sposób oddzielenia właściwego antygenu od tych substancyi, których działanie może doprowadzić do błędnych wyników; mianowicie działa on na wyciąg alkoholowy wysuszony acetonem; antygen, w ten sposób przygotowany, da się przechowywać bardzo długo; można również przez długi czas przechowywać jego rozczyn alkoholowy i używać go w razie potrzeby rozcieńczonego fizyologicznym rozczynem soli. Autor zauważył również, że surowica kiłowa, ogrzana do 56° przez pół godziny, traci około 75% swych niweczników; stąd koniecznem jest używać ilości większych, gdy wykonywa się odczyn z surowicą unieczynnioną. Nowaczyński.

L. Brieger i H. Renz. **Chloran potasu w serodyagnostyce kiły.** (Med. Wochs. 1909, 16. XII.). Od chwili ogłoszenia odczynu WNB nie ustają usiłowania, zmierzające do uproszczenia techniki, głównie do zastąpienia antygenu przez jakieś ciało chemiczne. Br. i R. podają nowe uproszczenia odczynu, polegające na zastąpieniu w systemie hemolitycznym subst. hemolizującej (amboceptora) przez rozczyn chloranu potasu. Autorowie badali w ten sposób 65 surowic, kontrolując wyniki badań tych sposobem zwykłym. I rzecz ciekawa, we wszystkich przypadkach bez wyjątku wyniki były te same; rozczyn chloranu potasu 1: 150 rozczynu soli fizyol. zastępował najzupełniej amboceptor dla ciałek czerwonych barana. Technika odczynu Br. i R. jest ta sama, co Wassermana, z tą różnicą, że, zamiast dodawać do ciałek surowicy unieczynnionej (królika) hemolitycznej (dla ciałek barana), autorowie dodawali 1 cm^3 lub $1/2$ cm^3 rozczynu chloranu potasu, następnie wstawiali do termostatu 37° na 20 minut.

Dalsze badania mają wyjaśnić mechanizm działania chloranu potasu. Nowaczyński.

P. Teissier i R. Bénard. **Badania nad odczynem Wassermana w płonicy.** (C. R. Soc. Biol. t. LXVIII. luty, 1910). T. i B. podjęli badania Mucha i Eichelberga, którzy stwierdzili dodatni odczyn Wassermana w 40% przypadków płonicy. Wyniki ich są prawie te same, jak tamtych autorów, mianowicie w 32% dawały surowice płonicze odczyn dodatni, w 52% częściowo dodatni, w 16% ujemny. Różnica w badaniach T. i B. była ta, że zamiast używać jako antygenu wyciągów wodnych wątroby, jak to czynili M. i E., posługiwali się wyciągami alkoholowymi.

Odczyn dodatni pojawia się już w 3-cim dniu choroby, a znika po miesiącu. Autorowie sądzą, że przyczynę dodatniego odczynu, jaki dają surowice płonicze, przypisać należy obecności niweczników pochodzenia wątrobowego, wytworzonych przez ustrój w celu ochrony przed substancyami, jakie powstają w wątrobie, która uległa zaburzeniom czynnościowym. Nowaczyński

J. Nicolas, M. Favre, Cl. Gantier. **Śródskórny i skórny odczyn syfiliną u kiłowych.** (C. R. Soc. Biol. t. LXVIII. luty, 1910). Autorowie nazwali syfiliną wyciąg glicerynowy zgęszczony wątroby kiłowej. Zapomocą tego wyciągu próbowali odczynu śródskórnego, szczepiąc go pod

warstwę Malpighiego i odczynu skórnego, jak przy odczynie Pirqueta u osobników kiłowych, (10 kiłowych w II. okresie, 2 w III.), leczonych równocześnie. Odczyn skórny nie daje żadnych wyników; przeciwnie zaś odczyn śródskórny syfiliną, czterokrotnie rozcieńczoną w fizyologicznym rozczynie soli (0·7%), dał w 7 przypadkach wyniki dodatnie (zaczerwienienie i naciek w miejscu szczepienia), w 4 niepewne, a w 1 ujemny; mianowicie na 10 osobników z kiłą drugorzędną było 5 odczynów wybitnie dodatnich, 4 wątpliwe, 1 ujemny, u 2 z kiłą trzeciorzędną oba wyraźnie dodatnie; u trzech kontrolnych osobników nie wystąpił żaden z odczynów. Za odczyn dodatni uważano zmiany w skórze, występujące dopiero po 8—48 godzinach. (Podobne doświadczenia ze syfiliną podjęto w Instytucie Calmettéa, lecz wyników dodatnich nie otrzymano. Przyp. spraw.).

Nowaczyński (Lille).

Sabrazes i Eckenstein. **Uwagi, tyczące się metody związania dopełniacza w kile.** (Lancet 1910, Nr 4). Autorowie podają wyniki swych spostrzeżeń, tyczących się serodyagnostyki kiły, według metody Hechta. Przygotowują oni antygen z serca ludzkiego, działając nań alkoholem absolutnym (10 gr mięśnia sercowego dokładnie posiekanego w 100 cm³ alkoh. absol.); mieszaninę tę ogrzewają w kąpieli wodnej 60° przez dwie godziny, poczem zostawiają w ciepłocie pokojowej przez 24 godzin, następnie sączą i miareczkują w końcu w obecności surowicy kiłowej i zdrowej. Doświadczenie przeprowadzają w trzech rurkach: do każdej dają po 0,1 cm³ surowicy badanej, do pierwszej dodają 0,1 cm³ soli fizyologicznej (0,9%) i takąż samą ilość antygenu dokładnie wymiareczkowanego; do drugiej 0,2 cm³ tego samego antygenu, do trzeciej, która służy za kontrolę, 0,2 cm³ soli fizyolog.; te trzy rurki wstawiają do cieplarki na 1½ godz., poczem dodają do każdej z nich po 0,1 cm³ krwi barana 5% i znów wstawiają do termostatu, dopóki nie wystąpi hemoliza w rurce kontrolnej.

Postępując w ten sposób, zauważyli autorowie brak hemolizy w 28 przypadkach na 500; zapobiedz tej niedogodności można, jeśli się powtórzy doświadczenie z dodatkiem normalnej surowicy o znanej zdolności hemolitycznej do surowicy badanej. Autorowie są zupełnie zadowoleni z otrzymanych wyników, zgadzających się z wynikami, ogłoszonymi przez Jesionka i Meirowskyego, którzy badali 1000 surowic kiłowych metodą Wassermana.

Autorowie badali też 38 płynów mózgowo-rdzeniowych, używając 0,15 cm³ płynu i 0,1 cm³ surowicy ludzkiej świeżej, zdrowej i hemolitycznej; w 14 przypadkach badali równocześnie z płynem mózgowo-rdzeniowym surowicę krwi i otrzymali następujące wyniki: W 8 przypadkach surowica i płyn dały odczyn dodatni, w 4 surowica dodatni, płyn zaś ujemny, w 1 przypadku surowica i płyn ujemny, w 1 przypadku surowica ujemny, płyn dodatni.

Nowaczyński.

J. Blumenthal. **Serodyagnostyka kiły.** (Dermat. Zeitschr. t. XVII. 1910, Nr 1 i 2). Autor podaje swe uwagi, tyczące się serodyagnostyki kiły, na podstawie badania 3000 chorych. Zdaniem jego odczyn Wassermana jest lepszy, niż wszelkie inne zmodyfikowane odczyny, podawane przez różnych autorów. Wyciąg alkoholowy wątroby kiłowej daje równie dobre wyniki, jak wyciąg wodny; wyciągi narządów prawidłowych (serce świnki, człowieka lub wołu) dają dobre wyniki. Mieszanina podawana przez Sachsa i Rondoniego nie jest polecenia godną.

Odczyn Wassermana jest dodatni w I. okresie kiły w 62% przyp.; pojawia się przeważnie w przeciągu 5. lub 6. tygodnia i staje się coraz wybitniejszy w przypadkach nieleczonych; w innych okresach kiły odczyn jest dodatni w 95% przypadków; nie stoi w żadnym związku ani z wiekiem chorego, ani ze stanem choroby. Kiła dziedziczna co do odczynu zachowuje się zupełnie tak, jak nabyta. Często konieczną jest rzeczą w przypadkach, gdzie odczyn jest ujemny, powtórzyć go w pewnych odstępach czasu. Odczyn dodatni wskazuje na pewno na kiłową przyrodę choroby z wyjątkiem tych przypadków, gdzie trzeba różniczkować między zimnicą, płonicą, lub trądem, Na 400 surowic kontrolnych, pięć tylko dało odczyn dodatni, t. zn. w przypadkach, gdzie nie spostrzegano wcale objawów klinicznych kiły. Odczyn ujemny przemawia w 95% przypadków przeciw kile; w przypadkach kiły ukrytej odczyn jest dodatni w 68% w ciągu 1. roku, a w 42% w dalszych latach. Leczenie właściwe, a więc rtęć w znaczniejszym stopniu, niż jod, wpływa na znikanie odczynu, lecz nie u wszystkich osobników; odczyn znika trudniej po drugiem leczeniu, lecz gdy zniknie, nie pojawia się, aż po długim czasie.

Nie można jednakże na podstawie odczynu Wassermana określić czasu trwania leczenia, gdyż odczyn może po krótkim czasie nieobecności pojawić się na nowo; z drugiej strony znów może zniknąć samoistnie, bez leczenia; w niektórych przypadkach kiły ukrytej z odczynem ujemnym można było stwierdzić po leczeniu rtęcią pojawienie się odczynu dodatniego. Odczyn ujemny nigdy nie stanowi przeciwwskazania dla leczenia właściwego.

Co się tyczy rokowania, odczyn Wassermana niema żadnego znaczenia w pierwszych latach po zakażeniu; nie można przewidzieć z wyniku odczynu, czy n. p. w danym przypadku kiły utajonej lub późnej nie zjawią się objawy wiądu lub porażenia.

Nowaczyński.

H. Noguchi i J. W. Moore. **Kwas masłowy w dyagnostyce kiły, oraz innych chorobach nerwowego układu.** (Journ. of exper. Med. t. XII., 1909). Odczyn Noguchiego jest następujący: Miesza się 1—2 części płynu mózgowo-rdzeniowego z 5 częściami kwasu masłowego 10%, ogrzewa się do lekkiego wrzenia, dodaje następnie 1 część rozczynu ługu normalnego i znów ogrzewa przez kilka minut: gdy tworzy się strąt białka kłaczkowaty, lub ziarnisty, mniej lub więcej obfity, który się powoli osadza na dnie, to jest to cecha charakterystyczna dla kiły.

Autor porównuje wyniki, otrzymane zapomocą swej metody (N) z wynikami metody Wassermana (W), oraz badania cytologicznego (C), przedsiębranych równocześnie w różnych przypadkach; są one następujące: W 4 przyp. kiły drugo- i trzeciorzędnej bez przypadłości nerwowych N — słaby, W — ujemny; w 10 przyp. kiły dziedzicznej N 90%, W 80%; w 6 przyp. kiły mózgu i rdzenia N 100%, W 50—75%; w 60 przyp. porażenia postępującego N 90%, W 73%, C 91%; w 11 przyp. wiądu N i C 100, W 53%; w 34 przyp. psychoz, nie określonych jako kiłowe N i C 2,8%, W 13%. Autorowie sądzą, że odczyn z kwasem masłowym powinien być wprowadzony do praktyki lekarskiej równorzędnie z odczynem Wassermana.

Nowaczyński.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z 4. maja 1910 r.

Przewodniczy r. dw. Prof. Wicherkiewicz. — Obecnych członków 25.

1) Protokół poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Przewodniczący odczytuje list od Dra Fr. Fronczaka z Buffalo z podziękowaniem za zamianowanie go przedstawicielem Towarzystwa lek. krak. na Kongresie narodowym polskim w Waszyngtonie i z zawiadomieniem, że mandat ten przyjmuje i zda osobiście sprawę z Kongresu w czasie swego pobytu w Krakowie w czerwcu b. r.

3) Przewodniczący odczytuje pismo Namiestnictwa we Lwowie z zawiadomieniem o V. międzynarodowym Zjeździe położników i ginekologów w Petersburgu (19—24 września 1910), o czem bliższych informacyi udziela przewodniczący

komitetu organizacyjnego Prof. Dymitr Ott (Petersburg, Wassilij Ostrów, linia Uniwersytetu 3) lub sekretarz generalny Prof. P. Sadowski (Petersburg, Newski Prospekt 92).

4) Przewodniczący odczytuje list Dra Obtułowicza w sprawie wycieczki naukowej lekarskiej na południe na statku »Thalia« w czasie od 6. listopada do 5. grudnia b. r.

5) Przewodniczący zawiadamia, iż Dr Bazyli Hanczakowski, lekarz pułkowy, wstąpił jako członek zwyczajny do Tow. lek. krak.

6) Prof. Kader przedstawia: a) **nerkę zmienioną gruźliczo, wyciętą wraz z moczowodem** na całej długości, aż do pęcherza. Nerka przedstawia typowe rozległe zmiany, moczowód zgrubiały do rozmiarów palca.

b) Chorą wyleczoną z **ciężkiego ostrego zapalenia dróg żółciowych** (cholangitis acuta), przebiegającego z dreszczami, wysoką gorączką, żółtaczką. Leczenie polegało na wycięciu pęcherzyka żółciowego i drenowaniu przewodów wątrobowego i żółciowego wspólnego. Ciepłota szybko spadła, żółtaczka znikła, a wydzielina żółciowa z rany stopniowo malała, tak iż obecnie nie ma jej wcale. Jednocześnie ustaliło się w głębi połączenie pomiędzy przewodem wątrobowym a żółciowym wspólnym tak, iż stolce są prawidłowo zabarwione.

c) Chorą po **cholecystektomii z powodu ropniaka pęcherzyka żółciowego** bez kamieni.

d) Dwa wypełnione kamieniami **pęcherzyki żółciowe,** pochodzące z dwóch innych wyleczonych przypadków.

Schorzenia dróg żółciowych powinny, zdaniem K. znacznie częściej i wcześniej być operowane, niż to uznaje większość internistów. Zarówno ciężkie i nieobliczalne powikłania, jak ogromna techniczna trudność przypadków zadawnionych przemawiają za tem.

e) Chłopca 14-letniego z ogromnym, większym od głowy dorosłego człowieka **naczyniakiem na grzbiecie;** wewnątrz naczyniaka czuć można kamyki żylne.

f) Chorego z bliznowatem **zwężeniem przełyku** po oparzeniu ługiem. Choremu po dokonaniu gastrostomii przeprowadzono cienki dren gumowy przez przełyk. Jeden koniec tego drenu umocowany jest grubą nitką jedwabną u otworu nosowego, drugi wystaje z otworu gastrostomijnego i służy do odżywiania chorego (dren w obrębie żołądka ma boczne nacięcia). Przy pomocy nitki wspomnianej wprowadza się co tydzień gruby dren, aż do czasu, kiedy będzie można przejść do rozszerzania systematycznego zapomocą zgłębników elastycznych. K. pokazuje zmianę drenu i jego umocowanie.

7) Dr Radliński przedstawia: a) chorą l. 24, którą operował z powodu **poraźnego hakonoga** (pes calcaneus paralyt.). Dokonał przecięcia guza piętowego skośnie, przesunięcia odciętej części w górę i w tył, i umocowania jej tam gwoździem z kości słoniowej; prócz tego skrócił ścięgno Achillesa i przeciął podskórnie powięź podeszwową. Wynik dobry (okazanie rentgenogramów przed i po zabiegu).

b) Chorego, któremu wyciął kątnicę wraz z częścią okrężnicy i jelita biodrowego z powodu **wgłobienia** (invaginatio ileo-coecalis). Wskazanie do resekcyi przy wgłobieniu wynika z niebezpieczeństwa pęknięcia jelita przy rozsuwaniu wgłobienia, szczególnie w przypadkach podostrych i przewlekłych, oraz z tego, że nawet po rozsunięciu wgłobienia i przekrojeniu szczytu części wgłobionej niepodobna nieraz wobec stałych tam zmian zastoinowo-obrzękowych orzec, czy nie chodzi o rozpoczynający się nowotwór złośliwy, tak dalece mogą te sprawy być makroskopowo do siebie podobne. Przedstawiony przypadek jest osiemnastym przypadkiem resekcyi kątnicy, dokonanym od czasu ogłoszenia przez R. metody Prof. Kadera resekcyi kątnicy w r. 1907 (wtedy oparto statystykę klin. krak. na 28 przypadkach). Śmiertelność w ostatniej nowej seryi wynosi około 15% (u innych autorów około 25%), przyczem ani razu powodem zejścia śmiertelnego nie było zakażenie otrzewnej. (Streszczenie własne).

W dyskusyi przypomina Prof. Kader główne zasady swego postępowania: sprawę uruchomienia kątnicy, bocznej anastomozy, enterotrypsyjnego odcięcia schorzałego odcinka jelit z wytworzeniem ślepych końców, zasadniczo stosowaną tamponadę rany. — Dr Murczyński podaje przebieg 4-miesięcznej choroby kobiety, przedstawionej przez Prof. Kadera (pod c) i podnosi trudności w nakłonieniu chorych do operacyi. — Prof. Kader wypowiada przekonanie, iż wszystkie przypadki kamicy żółciowej powinny być leczone wyłącznie chirurgicznie.

8) Dr J. Syrop wygłasza odczyt: **O leczeniu zębów krzywo rosnących.** Do najnowszych zdobyczy medycyny praktycznej zaliczyć należy ortodoncyę, czyli naukę o prostowaniu krzywo-rosnących zębów i nieprawidłowo rozwiniętych szczęk, nietylko dlatego, że usunięcie tych wad usuwa równocześnie zniekształcenie twarzy danego dziecka, ale że, co jest o wiele ważniejszem, wpływa bardzo korzystnie na cały dalszy rozwój dziecka. W 80% przypadków bowiem zmiany w rozwoju szczęk i zębów powikłane są ze zmianami w nosie lub gardle pod postacią wyrośli gruczołowatych, zgrubień błony śluzowej nosa, skrzywień przegrody nosowej, przerostu małżowin i migdałków i t p. Przez usunięcie tych zmian poprawiają się wprawdzie stosunki oddychania, ale tylko przejściowo, dopiero przez usunięcie zmian w szczękach i krzywych zębach następuje poprawa stała. Doświadczenie uczy, że dzieci takie, poprzednio niedokrwiste, nerwowe, o śnie niespokojnym i przerywanym, po wyleczeniu zmian w szczękach znakomicie się rozwijają.

Ortodoncya, już dawniej znana, dopiero od czasu badań amerykanina Anglego, który naukę tę oparł na ścisłych badaniach anatomicznych, histologicznych, jak i fizycznych, doszła do dzisiejszego znacznego rozwoju. Jest ona według zgodnego zdania wszystkich ortodontystów i chirurgów, dzisiaj może najściślejszą gałęzią medycyny. Dzisiaj bowiem z matematyczną ścisłością orzec możemy po dokładnem rozpoznaniu, w jaki sposób tę lub ową zmianę leczyć i jakiego wyniku spodziewać się mamy. Według zdania Anglego możemy wszystkie postacie zmian, a więc prognacyę, ortognacyę, zwarcie otwarte, zwężenie szczęki górnej i dolnej, zmiany w zwarciu, dokładnie i bez zabiegów krwawych, a tylko zapomocą prostych, ale bardzo dokładnie zrobionych przyrządów ortopedycznych i zupełnie bez bolu wyleczyć. Zdanie Anglego i późniejszych autorów, jak Case, Jacksona, Bakera, przejęli Niemcy i pod wieloma względami ulepszyli postępowanie. Zajmując się specyalnie także ortodoncyą, leczył prelegent w ostatnich latach kilkanaście przypadków, między tymi kilka bardzo powikłanych, i jak modele przed i po leczeniu pokazują, z zupełnie dodatnim wynikiem. Nietylko bowiem wejrzenie dzieci zupełnie się na korzyść zmieniło, ale przez przywrócone fizyologiczne zwarcie (zgryz) przyswajanie pokarmów jest zupełnie prawidłowe, a co ważniejsza, upośledzone poprzednio sen i oddychanie, i, co za tem idzie, rozwój klatki piersiowej, są obecnie zupełnie prawidłowe. Nadmienić należy jeszcze, że zmiany te bez leczenia ciągle się pogarszają, a dzieci takie, zmuszone oddychać przez usta, narażone są na ciągłe nieżyty krtani i oskrzeli i często zapadają na zapalenia gardła i płuc. Również niedokładne zgryzienie pokarmów wywołuje nieżyty żołądka, niedokrwistość i nerwowe bole głowy.

Najodpowiedniejszym czasem do leczenia jest wiek między 10. a 15. rokiem, i to im wcześniej, tem lepiej. Ponieważ wyleczenie jest zupełnie niebolesne, a wyniki wprost wyśmienite, jest obowiązkiem każdego lekarza chorób dzieci i specyalisty chorób nosa i gardła, każdego takiego chorego skierować do ortodentysty. (Stresz. własne).

Posiedzenie z d. 18. maja 1910.

Przewodniczący R. dw. Prof. Wicherkiewicz. — Obecnych członków 26.

I. Przewodniczący przedkłada listę składek na fundusz stypendyjny im. Augusta Witkowskiego, przysłaną przez Rektora U. J.

II. Przewodniczący odczytuje pismo Komitetu jubileuszowego Prof. Pareńskiego, wzywające do składek na fundusz dla ozdrowieńców szpitala św. Łazarza.

III. Dr Steuermark przedstawia następujących 5 przypadków chorób skórnych, leczonych w zakładzie jego **promieniami Roentgena.** 1) Chora dotknięta **twardzielą nosa** (rhinoscleroma), leczona wielokrotnie przez lat 7 zarówno zachowawczo, jak i chirurgicznie, jednakowoż bez skutku; nos chorej typowo zniekształtniony, z nozdrzy wyzierają masy tkanki nowotworowej o powierzchni guzowatej, nierównej, skrzydła nosowe chrząstkowato twarde; błony śluzowe wolne. — Wobec braku widoków jakiegokolwiek leczenia, zarówno wewnętrznego, jak i zewnętrznego, rozpoczął prelegent stosowanie promieni Roentgena, wychodząc z założenia, że promienie te wywierają działanie wybiórcze na każdą tkankę młodą, ziarninową, odznaczającą się bogactwem składników komórkowych i naczyń krwionośnych, a tem samem powinny doprowadzić do zaniku tkankę twardzielową. — Już też po pierwszych naświetlaniach guzy zaczynają się zmniejszać, również podmiotowo chora odczuwa pewną ulgę, pozbyła się bowiem uczucia świądu i pieczenia w nosie; prelegent spodziewa się, że konsekwentnie przeprowadzonem leczeniem promieniami Roentgena uda się przywrócić chorej pełną drożność obu przewodów nosowych; powołuje się przytem na publikacye z kliniki Mikulicza i Rydygiera.

2) Chory **z liszajem płaskim** (lichen ruber planus), zupełnie wyleczony; S. przedstawia przytem fotografię, przedstawiającą obraz chorobowy przed leczeniem; obecnie znajduje się duża plama barwikowa, o średnicy 15 ctm, barwy ciemno-brunatnej, o kolorycie sepii, typowym dla wyleczonego ogniska liszaja płaskiego; wyleczenie to osiągnął prelegent dwoma naświetlaniami (po $^1/_2$ dawki). Wynik należy uważać za znakomity, gdyż leczeniem arszenikowem uzyskaćby można podobny skutek dopiero przez długotrwałe stosowanie, co nie może być obojętne dla ustroju chorego, zagraża bowiem stłuszczeniem mięśnia sercowego, nabłonków nerkowych i t. d. Również nie wiedzie tak prędko do celu leczenie miejscowe maściami, które oprócz tego jest dla chorego przykre i uciążliwe. Bezwątpienia należy przyznać rentgenoterapii pierwszeństwo, jako metodzie najszybciej leczącej, zupełnie niebolesnej, ogromnie wygodnej dla chorego, a przedewszystkiem nie narażającej go na zatrucie, jak to się dzieje przy arszeniku.

3) Chory **z łupieżem czerwonym mieszkowym** (pityriasis rubra pilaris Devergie), który przeszedł już 8 kuracyi arszenikowych w najrozmaitszych formach (wstrzykiwania atoksylu, pigułki azyatyckie, rozczyn Fowlera) — wszystko bez większego skutku. Dopiero pod wpływem promieni Roentgena wysypka ustąpiła i chory przez $^1/_2$ roku był zupełnie zdrowy. Obecnie nowy nawrót choroby, który prelegent w ten sposób naświetlał, że dla kontroli poddał leczeniu tylko prawą połowę twarzy i grzbiet prawej ręki: już po jednem naświetleniu skóra zaczyna wracać do prawidłowego stanu, natomiast nienaświetlona lewa połowa twarzy i grzbiet lewej ręki są bez zmiany. — Przy tej sposobności omawia prelegent symptomatologię tej choroby, oraz rozpoznanie różniczkowe z liszajem kończystym (lichen ruber acuminatus), z którym długie lata szkoła wiedeńska tę chorobę identyfikowała pomimo klasycznych prac Besniera, Richanda i C. Boecka, domagających się oddawna uznania choroby tej za odrębną jednostkę chorobową.

4) Chora z wyleczonym **trądzikiem martwiczym** (acne necrotica) o typowem usadowieniu na granicy czoła i głowy owłosionej; obecnie pozostały blizny, podobne do blizn poospowych.

5) Chora **z hydroa vacciniforme,** bardzo rzadką chorobą skórną, stale nawracającą, przeważnie w letnich miesiącach (hydroa aestivale) pod wpływem promieni słonecznych lub ostrego wiatru, usadowioną na miejscach odsłoniętych, a więc na twarzy i rękach, a cechującą się obecnością pęcherzyków z zagłębieniem na szczycie, z których przez zakażenie wtórne od zewnątrz tworzą się krosty, podobne do krowiankowych (pustula-vaccina), a następnie strupki, po odpadnięciu których zostają blizny, podobne do blizn poospowych. Prelegent przeprowadza rozpoznanie między tą chorobą, a innemi podobnemi, w szczególności z poprzednio przedstawionym przypadkiem trądzika martwiczego, zwracając uwagę na punkta ważne pod względem różniczkowo-rozpoznawczym.

Oprócz przedstawienia powyższych pięciu chorych przytacza prelegent historyę choroby młodego chłopca, który nie mógł się zgłosić w dniu tym do demonstracyi, a wyleczony został jeszcze przed $1^1/_2$ rokiem zapomocą promieni Roentgena z 16 lat trwającego **strupnia woszczynowatego** (favus). Poprzednie leczenie epilacyą i maściami, długie lata prowadzone, było zupełnie bez skutku, dopiero zupełna epilacya całej głowy zapomocą promieni Roentgena sprowadziła zupełne wyleczenie; nowa generacya włosów jest już $1^1/_2$ roku zupełnie zdrowa i wolna od nawrotu.

Łącznie z powyższemi demonstracyami przedstawia prelegent nadto **lumierowskie fotografie** (psoriasis i pityriasis rubra pilaris) w naturalnych barwach, wykonane przez kol. Merza. (Streszczenie własne).

W dyskusyi zaznacza prym. Borzęcki, iż leczenie miejscowe liszaja płaskiego nie wiedzie do celu, natomiast systematyczne podawanie arszeniku w dawkach wysokich wywiera wpływ korzystny, chociaż powoli; że zaś podawanie wysokich ilości arsenu nie jest dla ustroju obojętne, wobec tego leczenie promieniami Roentgena stanowi wielki postęp w lecznictwie omawianej choroby. Wreszcie zapytuje prelegenta o sposób postępowania w formach rozsianych liszaja płaskiego.

Dr Steuermark odpowiada, że przy rozsianym po całem ciele liszaju płaskim naświetla kolejno jedną część ciała za drugą; przytacza przytem historyę choroby jednego z kolegów, który przez długie lata zażywał arszenik w najrozmaitszych postaciach, (w tem ponad 1000 pigułek azyatyckich) bez skutku, a potem trzema naświetleniami uwolnił go prelegent od bardzo przykrego, bardzo mocno swędzącego liszaja płaskiego. (Streszczenie własne).

IV. Inż. Stobiecki wygłasza wykład p. t. **W sprawie krajowego muzeum przyrodniczego.**

Prelegent wskazuje na wstępie, iż znaczenie muzeów przyrodniczych pojęły inne narody i kraje i nie szczędząc na ten cel znacznej ofiarności publicznej i prywatnej, pozakładały przed wielu laty u siebie muzea przyrodnicze, otaczają je opieką należytą, przyczyniając się tym sposobem do wydatnego postępu wiedzy przyrodniczej i do zainteresowania szerszego ogółu społeczeństwa przyrodoznawstwem. Szeregiem cyfrowych zestawień porównawczych wyjaśnił prelegent, jak ościenne narody uposażyły swoje muzea, — n. p. »Węgierskie Muzeum narodowe« w Budapeszcie, gdzie jest zatrudnionych 43 etatowych urzędników zawodowych i 10 praktykantów, a budżet w r. 1905 wynosił 591.132 koron, albo »Muzeum Królestwa Czeskiego w Pradze«, gdzie budżet w r. 1905 wynosił 176.952 kor. U nas pod tym względem wielkie zaniedbanie, dotychczas naród nasz nie zdołał zdobyć się na założenie takiej instytucyi.

W czasie obecnym, kiedy ruch naukowy na polu przyrodoznawstwa rozwinął się zagranicą ogromnie, a wzmaga się i u nas powoli coraz bardziej, potrzeba koniecznie instytucyi, w którejby przyrodnicy znaleźć mogli środki i fachową pomoc w opracowaniu zbiorów, nagromadzoną literaturę przyrodniczą, materyały porównawcze i zbiory.

Prelegent rozwinął obszernie zakres działalności muzeum i obraz kulturalnego znaczenia takiej instytucyi dla

narodu. Muzeum przyrodnicze krajowe w Krakowie miałoby na celu:

1. Utworzenie warsztatu pracy, gdzieby szereg zawodowych przyrodników mógł pracować nad przyrodoznawstwem i fizyografią kraju.

2. Gromadzenie środków naukowych, a w szczególności utworzenie biblioteki przyrodniczej ze wszystkich działów historyi naturalnej i urządzenie należycie wyposażonych pracowni.

3. Gromadzenie takich zbiorów przyrodniczych, które służyły badaczom za podstawę do prac naukowych, ogłoszonych drukiem; złożone w muzeum dawałyby one innym przyrodnikom materyały porównawcze i możność krytycznego sprawdzania tych prac, lub uzupełniania ich stosownie do postępu nauki.

4 Zbieranie i gromadzenie materyałów do nowych prac naukowych i do fizyografii kraju.

5. Opracowywanie tych materyałów, przy pomocy zbiorów porównawczych i nagromadzonej literatury.

6. Zestawienie dotychczasowych naszych prac fizyograficznych, przystępne dla całego świata naukowego i wykazanie, czego dotąd nie zrobiono, słowem wyznaczenie programu fizyograficznych prac na przyszłość.

7. Opracowywanie podręczników do oznaczania krajowych zwierząt, roślin i skamielin, względnie podjęcie inicyatywy w tym kierunku.

8. Zaznajamianie szerszej publiczności z przyrodą kraju naszego i ziem obcych, z postępem nauk przyrodniczych i nowemi odkryciami na tem polu, a to przez stosownie urządzone zbiory wystawowe przyrodnicze, przez wykłady i odczyty.

9. Uzmysłowienie zbiorami wszelkich działów przyrody swojskiej z dostosowaniem wiedzy przyrodniczej, obejmujące: a) Górnictwo z płodami kopalnianymi, z mapami górniczemi, przekrojami i modelami kopalń, wierceń głębokich i t. p. b) Zbiory technologiczne skał użytecznych, z próbkami kamieni, marmurów ozdobnych, iłów i glin, z próbkami wyrobów i t. p. c) Przyroda agrarna, obejmująca zbiór wszelkich ras i odmian bydła, trzody, drobiu i wogóle zwierząt domowych z preparatami i modelami, odnoszącymi się do chorób zwierząt, wszelkie odmiany i formy roślin uprawnych, zestawienie szkodników gospodarczych roślinnych i zwierzęcych z preparatami. d) Rybactwo. e) Pszczelnictwo. f) Jedwabnictwo. g) Ogrodnictwo z modelami owoców krajowych. h) Leśnictwo i łowiectwo ze szkodnikami roślinnymi i zwierzęcymi, mapą przeglądową leśną, próbkami drzew krajowych i t. p.

10. Historya medycyny z aptekarstwem i lecznictwem ludowem.

11. Opieka nad zabytkami przyrody i opieka nad ogrodami naturalnymi, jakie w kraju mogą powstać dla ochrony zabytków przyrody i mogą być oddane na rzecz krajowego muzeum przyrodniczego.

12. Inicyatywa w zakładaniu muzeów przyrodniczych prowincyonalnych po większych miastach, wspieranie ich dubletami zbiorów i oznaczanie materyałów lokalnych, zebranych i dostarczonych przez te muzea.

Dla urzeczywistnienia tej myśli niezbędne są odpowiednie środki finansowe, potrzebny jest budynek na pomieszczenie zbiorów, biblioteki i pracowni, potrzebni pracownicy zawodowi. W Krakowie znajduje się zawiązek muzeum przyrodniczego, a jest nim Muzeum komisyi fizyograficznej Akademii Umiejętności, które, gdyby się znalazło w lepszych warunkach niż obecnie, rozróśćby się mogło w muzeum, jakiego nam potrzeba. Nawiązując do tych danych, rzucił prelegent kilka myśli, zmierzających do powołania do życia takiego muzeum w Krakowie. (Streszczenie własne).

Dyskusyę odłożono do następnego posiedzenia.

V. Protokół poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto. Dr Bujak.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne d. 5. kwietnia 1910.

1) Gustaw Krukowski przedstawił 2 przypadki **rodzinnego zaniku mięśni** (dystrophia musculorum progressiva) z oddziału Dra Bregmana u chłopca 9-letniego i dziewczynki 11-letniej.

2) Kizler przedstawił trudno-hodujące się **drobnoustroje na pożywkach Cantaniego**, a mianowicie: laseczniki Ducreya (ulcus molle), dwoinki wiewiórowe, zapalenia opon, zapalenia płuc, paciorkowce. Cantani podaje następujący sposób przygotowania swego podłoża: W probówce miesza płyn, zawierający białko, np. płyn przesiękowy z jamy otrzewnej, z równą ilością gliceryny. Z tak przyrządzonego glicerolatu należy $^1/_2$—$^1/_3$ cm^3 przelać do probówki ze zwykłym agarem lub bulionem. W ten sposób przygotowane podłoża Cantaniego w pracowni naukowej warszawskiego Towarzystwa lekarskiego, dały wyniki nadzwyczaj dodatnie.

3) Kaczyński przedstawił preparaty **czerwiochów** (scolices) i część błony **bąblowca**, otrzymane drogą nakłucia próbnego i aspiracyi, oraz pęcherzyki pochodne bąblowca, znajdujące się wewnątrz dużego pęcherza w wątrobie i otrzymane już w czasie operacyi.

4) Moraczewski (ze Lwowa): **Badania nad indykanem w moczu.**

W pierwszej części odczytu omawia prelegent wpływ gruczołów, podawanych zamiast mięsa, na wydzielanie indykanu. Wpływ ten wyraża się zwiększeniem ilości indykanu, które jednak nie jest ściśle proporcyonalne do spożytej ilości gruczołów, raczej jest od ilości niezależne. Prelegent uważa wpływ gruczołów za pewnego rodzaju bodziec. W drugiej części wykładu zajął się M. sprawą tolerancyi na indol, która wyraźnie bywa zmniejszona przy niedostatecznem odżywianiu i w niektórych przypadkach zaburzeń wątroby. Tolerancya ta, mierzona ilością indolu 0,02 i badaniem zwiększenia indykanu, okazała się małą w przypadku cukromoczu na tle dnawem, natomiast była zupełnie normalna w przypadkach ciężkiej cukrzycy, choroby Basedowa i przerostu wątroby.

W dyskusyi podkreśla Anastazy Landau zmianę, jaka zaszła w poglądach prelegenta na źródła indolu w ustroju. Już w roku zeszłym Landau zwalczał twierdzenia Moraczewskiego o wewnątrzkomórkowem powstawaniu indolu i wskazywał na to, iż materyał prelegenta jest niewystarczający do obalenia powszechnie uznanego poglądu, iż indol powstaje wyłącznie w kiszce grubej, zależnie od gnicia białka. Następnie zwraca Landau uwagę, iż dobrej tolerancyi indolu, którą prelegent czyni zależną od spalania się jego w wątrobie, nie należy utożsamiać ze sprawnością wątroby. Jakkolwiek wiadomo, iż po wprowadzeniu indolu »per os« pewna część jego znika, to jednak nie jesteśmy pewni, iż winno temu jest spalanie indolu, bowiem również dobrze może on uledz zniszczeniu przez bakterye kiszkowe, a po drugie, jeżeli nawet zgodzić się z prelegentem co do utleniania się indolu, to nie wiadomo, czy czyni to wątroba. Zresztą, gdyby nawet tak istotnie było, to jeszcze ze spalania jednego produktu niepodobna wnosić o całokształcie czynności wątroby.

5) Alfred Sokołowski: **Madeira i Wyspy kanaryjskie z punktu widzenia klimatoterapeutycznego.**

Po skreśleniu właściwości klimatu Madeiry, który się odznacza przedewszystkiem równomiernością, gdyż ciepłoty zimowe z bardzo małemi wahaniami wynoszą stale 16'5 R. i po opisie pięknej flory, prelegent podaje następujące wskazania lecznicze: Przedewszystkiem pobyt na Madeirze nadaje się dla chorych z upartymi nieżytami górnego odcinka dróg oddechowych, przeważnie suchymi, dla osób niedokrwistych, wątłych, potrzebujących dużo ciepłego, łagodnego powietrza, a mało ruchu. Taksamo dla neuraste-

ników, przepracowanych, szczupłych, osób dotkniętych suchymi nieżytami oskrzeli z małym stopniem rozedmy, szczególniej dla osób starszych, potrzebujących więcej spokoju, niż ruchu. Do ujemnych stron pobytu na Madeirze należy brak spacerów po równinie, uniemożliwiających ruch osobnikom, dotkniętym choćby nieznaczną niedomogą oddechową, brak wszelkich urządzeń higienicznych dla chorych, wreszcie drożyzna i odległość od naszego kraju.

Tadeusz Wilczyński.

Towarzystwo lekarskie częstochowskie.

Posiedzenie z d. 19. lutego 1910.

Obecnych 18 członków.

I. Kol. Biegański przedstawił dziecko z charakterystycznymi objawami **tężyczki**.

II. Odczytano pracę, nadesłaną przez kol. Michałowicza z Wiednia: **O mylnem rozpoznawaniu dławca u dzieci z gruźlicą gruczołów płucnych i kręgosłupa.** (Rzecz drukowana w »Przeglądzie pedyatrycznym«).

W dyskusyi kol. Batawia oświadcza, że w rozpoznawaniu dławca pewne usługi oddać może t. zw. bezpośrednia laryngoskopia Kiliana i stosowana nawet u małych dzieci bronchoskopia. — W sprawie trudności rozpoznawczych przy gruźlicy gruczołów oskrzelowych zabierają głos kol. Biegański, Łokczewski i Rozenfeld.

III. Kol. Rozenfeld wygłosił rzecz: **O powstawaniu i leczeniu chorób serca w następstwie stwardnienia tętnic.** Choroby te pod względem rozwoju, przebiegu, objawów i wreszcie leczenia różnią się zupełnie od wad zastawkowych serca, powstających na tle gośćca i innych chorób zakaźnych. W rozpoznawaniu i rokowaniu dyagnostyka fizyczna serca często nie daje lekarzowi dostatecznych punktów oparcia. W wielu razach trzeba się kierować zaburzeniami natury czynnościowej. W etyologii, oprócz ogólnie znanych czynników, które mają być powodem stwardnienia tętnic, przypisuje Huchard pierwszorzędne znaczenie zatruciu pokarmami mięsnymi. Następstwem zatrucia jest skurcz naczyń i zwiększone ciśnienie tętnicze, objawami zaś klinicznymi są zaburzenia czynnościowe, z których najwcześniej występuje bezsenność i duszność. W leczeniu w każdym okresie choroby trzeba zawsze uwzględniać pierwiastek intoksykacyjny. Bardzo pożyteczne jest stosowanie w ciągu dłuższych okresów czasu dyety jarskiej lub wyłącznie mlecznej. Przeciw zmniejszonej sprawności nerek — systematyczne podawanie diuretyny, przeciw wzmożonemu ciśnieniu tętniczemu — nitrogliceryna, stosowana również systematycznie przez kilka lub kilkanaście dni z rzędu każdego miesiąca, naprzemian z jodkiem potasu. W razie osłabienia czynności serca — naparstnica, którą podawać można przez czas dłuższy bez żadnej obawy.

W dyskusyi brali udział kol. Rejman, Wasserthal, Łokczewski, Biegański. Dr Karol Rozenfeld.

Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Zebranie z d. 8. kwietnia 1910.

1) Prezes Radca Dr Chłapowski poświęca kilka gorących słów wspomnienia zmarłemu seniorowi lekarzy wielkopolskich ś. p. Drowi Laskowskiemu z Wągrówca, oraz ś. p. Drowi Rosińskiemu.

2) Dr Karwowski przedstawia przypadek **łuszczycy jednej dłoni,** w którym rozstrzygnięcie, czy chodzi o kiłę, sprawia pewne trudności. Mowca uważa jednak sprawę za kiłową (późniejsze leczenie swoiste potwierdziło to przypuszczenie). — Dr Szulczewski przychyla się do tego zapatrywania.

3) Dr Falgowski przedstawia preparat **ciąży jajowodowej,** operowanej przez pochwę. Chore operowane w ten sposób, daleko szybciej przychodzą do zdrowia.

Dr Pomorski przyznaje to, zapytuje jednak, dlaczego referent wyjął macicę? — Dr Falgowski: Ponieważ 41-letnia chora cierpiała poprzednio na wielkie bole w krzyżu.

4) Radca Dr Chłapowski odczytuje list prof. Dra Wicherkiewicza z Krakowa w sprawie Zjazdów międzynarodowych. Zebranie wybiera jako delegatów Zarząd.

5) Dr Szulczewski: **O stanach kurczowych w wieku dziecięcym.**

Stany kurczowe u dzieci mogą powstać przy najróżniejszych chorobach, które u dorosłych kurczów nie wywołują. Według Flechsiga każdy noworodek przychodzi na świat z niezupełnie jeszcze rozwiniętym mózgiem. Osłonka rdzeniowa dróg przewodzących i włókien nerwowych ma wtedy jeszcze poważne braki. Brak narządu hamującego, który przy kurczach gra wielką rolę. Gdzie postęp rozwoju mózgowego jest bardzo szybki, tam często małe powody wywołują silne odczyny. Często dzieci, które do 3-go roku podlegały kurczom, wyzwalają się później z tej skłonności. Ten typ jednak często później przy każdej sposobności, n. p. przy zapaleniu migdałów, oddziaływa kurczami i dzieci stają się histeryczne.

Dotąd dzielono stany kurczowe na 1) objawowe ze zmianami w mózgu, 2) bez zmian w mózgu, samoistne. Prawdopodobnie jednak jady n. p. płonicy lub błonicy grają wielką rolę bez względu na to, czy wywołały już zmiany anatomiczne w układzie nerwowym. Kurcz nie jest chorobą, tylko objawem, a więc nie może być samoistnym. Kurcze na podstawie chorób zakaźnych mają typ przerywany, odnoszą się do mięśni zewnętrznych, są połączone z utratą przytomności, bez kurczu głośni i ustępują wraz z przyczyną. Alkohol przez pokarm już wywołuje stany kurczowe, co jest dowodem skłonności do stanów kurczowych. Tak samo różne lekarstwa i trucizny. Może i przy czerwiach jelitowych nie chodzi o odruchy, lecz o jady czerwi. Mowca stanowczo odpiera twierdzenie, jakoby ząbkowanie mogło wywołać kurcze.

Drugi rodzaj stanów kurczowych (zupełnie odmienny od spazmofilii) polega na wadach układu nerwowego. Takie dzieci są z natury często nadmiernie wrażliwe i okazują objaw Chwostka i Trousseau. Tu wielką rolę odgrywa krzywica. Jeśli fosforany działają dobrze na kurcze, to dowód, że przyczyna choroby leży w krzywicy. Escherich podał zupełnie odmienną teoryę. Przypisuje on wielką rolę zołzowatości i grasicy. Erb wykazał, że w tężyczce istnieje spotęgowany odczyn nerwów ruchowych na prąd elektryczny. 20—30% chorych na padaczkę rekrutuje się z dzieci cierpiących na kurcze. Binswanger przyjmuje niezharmonizowaną równowagę ośrodków ruchowych i hamujących przy wytworzeniu się padaczki. Inni znów twierdzą, że nikt epileptykiem się nie rodzi, tylko się staje. Przyczyną sprzeczności zdań w wielu przypadkach są wywiady. Na razie rozstrzygnąć sprawy kurczów dziecięcych nie można.

W dyskusyi zaznacza Dr Adamczewski, że drgawki u dzieci właśnie nie zdarzają się w tych miesiącach, gdy się mózg rozwija. Spazmofilia istnieje; dowodzi jej wrażliwość nerwów na prąd elektryczny. Krzywica nie jest bezpośrednim powodem drgawek u dzieci. Mowca przypomina teoryę Eschericha o wpływie gruczołów przytarczycznych. Alkohol przez pokarm nie może wywołać kurczów. Stosuje się go czasem w ten sposób umyślnie (cholera infantum, pneumonia), a kurczów niema, jeśli brak spazmofilii. — Dr Gantkowski zgadza się z Drem Adamczewskim, że tam, gdzie alkohol wywołał kurcze, musiała być skaza kurczowa. Natomiast słuszne jest twierdzenie o dziedzicznem obciążeniu przez alkohol. Z własnego materyału podaje mowca z 300 przypadków 25% kurczów. Mocznica bardzo często wywołuje długotrwałe kurcze, dopiero odświeżenie krwi je powstrzymuje. — Dr Święcicki dziękuje prelegentowi za doskonały wykład. Spazmofilia jest objawem,

powstającym z różnych powodów. Zdanie to powinno się podkreślić w całej medycynie, gdzie często objaw uchodzi za chorobę. Od rozwoju chemicznego kierunku w medycynie zależeć będzie rozpoznawanie powodów. N. p. przy chorobach skórnych bardzo często powody leżą w chemicznym składzie krwi i soków. — Dr Pomorski wspomina o kilku śmiertelnych przypadkach kurczów po tracheotomii. Chodziło o dzieci, cierpiące dawniej na padaczkę. — Dr Nowakowski spostrzegał przypadek, w którym po tracheotomii po wyjęciu kaniuli następowały zawsze kurcze na podstawie histerycznej. — Dr Falgowski: Ząbkowanie jest czynnikiem etyologicznym przy kurczach tak samo, jak ciąża i przekwitanie. Często następują po ciężkich połogach kurcze toniczne. — W końcu Dr Szulczewski odpowiada na postawione zapytania i zaznacza, że podział na kurcze samoistne i objawowe jest niesłuszny; między ciążą, a ząbkowaniem zachodzą poważne różnice. Dr Adam Karwowski.

List do Redakcyi.

Tak często spotykam się w literaturze naszej z nieuwzględnianiem prac polskich, a specyalnie moich i mej kliniki, że się już do tego przyzwyczaiłem i wcale na to nie oddziaływam. Tym razem uczynię wyjątek, ponieważ chodzi tu o »salus aegroti« resp. »aegrotorum«, a nadto ponieważ jakby dla kontrastu wczoraj Prof. Gerber z Królewca prosił syna mego o przesłanie mu odnośnej jego pracy, o której właśnie mówić mam.

W Nrze 22. »Przeglądu« czytam w sprawozdaniu Towarzystwa lek. Częstochowskiego referat z przemówienia czcigodnego kol. Biegańskiego o twardzieli nosa i znajduję tam takie zdanie: »choroba... jak wykazuje doświadczenie dotychczasowe, jest nieuleczalną«. Tak było rzeczywiście do niedawna, ale syn mój już rok temu opisał w »Gazecie lekarskiej«, że leczył w klinice naszej twardziel promieniami Röntgena z dobrym skutkiem, a nawet ze stałem wyleczeniem, stwierdzonem po 5 i 6 latach; — bywają i nawroty. O pracy syna mego i wynikach jej, zasadniczo tak ważnych, nie wspomina kol. Biegański wcale, a kiedy kol. Łokczewski na nią się powołuje, »kol. Wrześniowski dowodzi, że naświetlanie może być korzystne tylko przy bardzo powierzchownem usadowieniu się twardzieli«, mimo, że syn mój dowiódł właśnie przeciwnie, iż wbrew dawniejszemu zapatrywaniu przy odpowiedniem stosowaniu promieni można i na głębsze warstwy skutecznie zadziałać. Kończę życzeniem, żeby kochani Koledzy z Częstochowy na mnie się nie gniewali, — ja im ich pominięcia prac naszych nie biorę za złe, — przyzwyczailiśmy się już do tego; — jest to cierpienie bardzo przewlekłe i niewiem, czy znajdzie się na nie promienie podobnie skuteczne, jak Roentgena na tak przewlekłą chorobę, jak — twardziel.

L. Rydygier.

Lwów, 30. V. 1910.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Ankieta w sprawie lekarzy szkolnych, urządzona przez Izbę lekarską wschodnio-galicyjską, obradowała w dalszym ciągu 6. VI. 1910. Rozpatrywano mianowicie projekt organizacyi lekarzy szkolnych dla szkół ludowych lwowskich, opracowany przez Dra Piaseckiego, oraz sprawę leczenia dzieci szkolnych przez lekarzy szkolnych. Projekt Dra Piaseckiego, zmodyfikowany według wniosków r. dw. Dra Merunowicza, polega na utworzeniu osobnej organizacyi lekarzy szkół ludowych, z osobnym lekarzem naczelnym, któryby urzędował w Radzie szkolnej miejskiej jako urzędnik etatowy, podlegający wprost tylko prezydyum miasta, a niezależny od fizykatu. Dzielnicowych lekarzy szkolnych należy na razie mianować 2 z płacą po 2000 kor. rocznie dla szkół, najgorszych pod względem sanitarnym, a dopiero stopniowo tworzyć dalsze posady. — Ankieta uchwaliła dalej na wniosek r. dw. Dra Merunowicza wyrazić opinię, że lekarze szkolni w razie choroby dziecka mają tylko pouczać rodziców, do jakiego lekarza ew. specyalisty należy się zwrócić, że natomiast leczenie uczniów przez lekarzy szkolnych ma być z wyjątkiem przypadków nagłych wyłączone. R.

Niemiecki centralny komitet badania raka obchodził 10-lecie swego istnienia. Przez ten czas zyskał on wielką liczbę członków i to także poza sferami lekarskiemi; należą do niego różne instytucye, Towarzystwa ubezpieczeń i t. p. Komitet rozsyła do lekarzy zapytania, zbiera skrzętnie statystykę, bada miejsca rakowe i t. p. Komitet założył własne pismo »Zeitschrift für Krebsforschung« i własną bibliotekę. Bada się też wyniki następowe po operacyach, częstość raka, dziedziczność i t. p. Prócz tego komitet popularyzuje wiadomości o tej chorobie, utrzymuje przytułki dla rakowatych, udziela zasiłków na badania raka. X.

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 5. VI. do 11. VI. 1910 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Grybów (Florynka 1, Piorunka 1), Jarosław (Zaleska wola 1, Nienowice 1), Jaworów (Jazów stary 3, Młyny 2, Jaworów 1), Nadwórna (Wołosów 1, Łuh 4), Rawa (Ulicko seredkiewicz 2), Przemyślany (Nowosiółka 1), Śniatyn (Wołczkowce 4, Ilińce 2), Tłumacz (Olesza 4). Dr T.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 5. VI. do 11. VI. 1910 zgłoszono przypadków: błonicy 4 † 1 (w tem obcych 3 † 1), krztuśca 1, ospy 1 † — (1 † —), płonicy 11 † 1 (4 † —), odry 1, duru brzusznego 3 † 1 (1 † 1), tężca 1 † 1 (1 † 1).

Dr Janiszewski.

Choroby zakaźne w Warszawie. Od 15. V. do 21. V. 1910 przybyło do szpitali warszawskich przypadków: ospy 12 † 4 (w całem mieście † 10), odry 6 († 2), płonicy 9 († 10), błonicy 6, róży 5 († 1), duru plamistego 22 † 3 († 1), duru brzusznego 15 † 1 († 3). (Gaz. lek. Nr 24).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło 15. VI. b. r. posiedzenie, na którem Prof. Kader, Dr Radliński i Prof. Rosner przedstawili szereg przypadków chorobowych z klinik chirurgicznej i ginekologicznej, poczem odbyła się ożywiona dyskusya. Projekt regulaminu Towarzystwa przyjęto z poprawkami, wniesionemi przez Dr Banneta. Wykład Dr Spiry odłożono na życzenie prelegenta na następne posiedzenie.

— Pierwszy Zjazd Towarzystwa okulistów polskich, zapowiedziany na r. b., został odroczony do czasu Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, t. j. do r. 1911.

— W Bóbrce otwarto 1. VI. b. r. nowy szpital publiczny w obecności marszałka kraj. Stanisława hr. Badeniego, szefa departamentu sanitarnego członka Wydziału kraj. Dra Bernadzikowskiego, inspektora szpitali Dra Lipskiego i t. d. Szpital obejmuje 60 łóżek; dyrektorem mianowany został r. c. Dr Tadeusz Gabryszewski.

— Na fundusz im. Pareńskiego dla ozdrowieńców opuszczających szpital św. Łazarza nadesłali na ręce Dyrekcyi szpitala w dalszym ciągu (do d. 6. VI. 1910): 200 kor. Dr Michał Kozłowski; po 100 kor.: Prof. Pieniążek, Prof. Bossowski, Dr Rydel, Kownacki, rodzina ś. p. Dra Mahla, Sanatoryum dla chorób piersiowych w Zakopanem, Zgromadzenie SS. Miłosierdzia w Krakowie, p. Stępińska; po 50 kor.: Drowie Hassewicz, Prof. Łazarski, Eisenberg, Ks. Górski, Pelczar, Dłuski, Wilson, Doc. Nowotny, Kropaczek, Walkowski, Gremium droguistów Galicyi zachodniej, pp. Teichmanowa, Olszewska, Myczkowski, Chronowscy, M. Koy, Wójcikiewicz; po 40 kor.: Dr J. Rosner, J. Scharf; po 30 kor.: Prof. Dobrowolski, Dr Wilczyński L., Prof. Kostanecki, pp. Rybczyńska, J. Jawornicki, W. Gablenz; po 25

kor.: Prof. Machek, p. A. Mendelsburg, Dr Chramiec, Śliwiński, Józefczyk, Balicki, Schnek, Murdzieński, Krongold, Łopaciński, Süsskind, Schaiter; po 20 kor.: Prof. Gluziński, Dr Marcisiewicz, Skobel, Prof. Baurowicz, W. Sadowski, Jaugustyn, Gałuszka, Rosenblatt, Prof. Browicz, Steuermark, Żychoń, Sawer, K. Rutkowski, Surzycki, Bulikowski, pp. Głęboccy, X. Prof. Chotkowski, pp. Janowie Golińscy, Dr Bier, S. Rogoyski, M. Sołtysik, Slósarczyk, Rudnicki, Kwaśniewski, Kopff, Doc. Seńkowski, Zeitner, Wechsler, Ebers, Junger, Borzęcki, Prof. Rencki, Cwiklicer, Kretz, Schlank, Mazurkiewicz, Prof. Piltz, Komorowski, Murczyński, Prof. Braun, Lachowicz, Many, Pilzer, Stanowski, Kurasiewicz, Prof. Szpilman, Prof. Grabowski; po 15 kor.: Dr Buzdygan, E. Münz, Jarosz, Loewy, p. z Bierkowskich Meixnerowa; 12 kor. Dr Drobner; po 10 kor.: Dr Przybylski, Owsiński, Friedwald, Rossberger, Mikucki, Dadlez, Walczyński, Fleszer, Urbanik, Hernich, S. Aronsohn, Schermant, Kalisz, Blassberg, Prof. Zuławski, Pisek, Dziewoński, Muszkiet, Michnik, Mydlarski, Nisensohn, R. Landau, Gertler, Biernacki, Gnoiński, Biesiadzki, J. Aronsohn, Berggrün, Grünhut, Oświecimski, Pluciński, Jankowski, Weinsberg, Ostafiński, Kowenicki W., Siedlecki, J. Tarchalski, Kepler, Dembowski, Prof. Panek, Prof. Fibich, Prof. Sieradzki, Prof. G. Ziembicki, Woytkowski, Bętkowski, Cercha, r. dw. Merunowicz, Doc. Droba, J. Stopczański, Skórski, Orski, Kocay, Prof. Majewski, Smoręgiewicz, Frommer, Merz, Kraszewski, Natter, Ligęza, Dyr. Krzyszkowski, Prof. Maziarski, Piątkowski, L. Berger, Jan Bednarski, Gawlik, Lic, mg. farm. Reifer, pp. Alicya, Leona i Karolina Bierkowskie; po 5 kor.: Dr Gogulski, Ruczka, Lewinter, Grzybczyk, Bilwin, Eisen, Pajączkowski, Trzaskowski, Prof. Herman, J. Bąkowski, Nartowski, Łodziński, Poźniak, D. Hirsch, W. Nowak, Woynarowski, Weisglas; 4 kor. Dr Dura; po 3 kor.: Dr Agatstein, Rafał Spira.

Ogółem wpłynęło dotąd od lekarzy 4634 kor., od rodzin po lekarzach i osób prywatnych 1912 kor., razem 6546 koron.

Warszawa. Wydział III. Towarzystwa naukowego warszawskiego odbył 2. VI. posiedzenie, na którem przedstawiono m. i. prace następujące: 1) W. Janowski: Krzywe przełykowo-przedsionkowe, zdjęte wraz z krzywą elektrokardyograficzną. 2) B. Możejko: Badania nad budową układu krwionośnego i limfatycznego minoga rzecznego. 3) J. Tur: Badania nad stadyami najwcześniejszemi rozwoju gawrona.

— Częstochowski oddział warszawskiego Towarzystwa higienicznego ogłasza w sprawie Wystawy przeciwgruźliczej w Częstochowie następującą odezwę:

»Pod hasłem »walki z gruźlicą« wre dziś gorączkowa praca w całym świecie cywilizowanym, powstają specyalne stowarzyszenia, sanatorya ludowe, muzea, liczne wydawnictwa popularne. Gruźlica nie jest dziś zagadnieniem wyłącznie lekarskiem, lecz staje się sprawą społeczną, a walka z nią obowiązkiem społecznym. Społeczeństwo musi się bronić od tej klęski, której potworne rozmiary statystyka już dawno wykazała. Nauka dowodzi, iż walka z gruźlicą jest możliwa, dziś już nie jesteśmy wobec niej bezsilni, gdyż znamy jej przyczyny i warunki jej rozwoju, a poznanie wroga daje nam możność zwalczenia go. To też obowiązek społeczny nakazuje nam rozpowszechniać to poznanie wśród najszerszych warstw ludności. Gdy każdy znać będzie grożące mu niebezpieczeństwo i sposoby możliwej wobec niego obrony, to liczba ofiar tej klęski znacznie się zmniejszy. Mając na względzie tę okoliczność, Częstochowski oddział warszawskiego Tow. higienicznego postanowił urządzić w r. b. wystawę przeciwgruźliczą we własnym gmachu, w Muzeum higienicznem. Położenie Muzeum w Parku Jasnogórskim u stóp klasztoru Jasnogórskiego, gdzie zbierają się corocznie setki tysięcy pątników, daje wyjątkową możność szerokiego spopularyzowania naszej wiedzy o gruźlicy i o środkach ochronnych wobec niej. Wystawa będzie otwarta w d. 28. lipca b. r. i trwać będzie do dnia 23. września. Jej cel będzie głównie dydaktyczny, uwzględnione więc będą objaśnienia szczegółowe wystawionych okazów. Wybrana z łona członków Częstoch. oddz. W. T. H. komisya organizacyjna zajmuje się już gromadzeniem okazów; chcąc jednak wywiązać się jak najlepiej ze swoich obowiązków, wzywa niniejszem wszystkich, którym zdrowie ogółu leży na sercu, aby mu pomogli bądź radą i wskazówkami, bądź nadesłaniem odpowiednich okazów, bądź nakoniec środkami materyalnymi. (Adres: Dr Nowak, Częstochowa, II. Aleja, Nr 33).

Dr Władysław Biegański, Dr Stanisław Nowak.

— Pismo »Zdrój Ciechociński« rozpoczęło IV. rok wydawnictwa pod nową redakcyą pp. Arnolda Bartha i Antoniego Maruszewskiego. Osobny dział stanowią w tygodniku tym »Echa druskienickie«.

— Na Litwie i Rusi ma być, według obliczeń posła Żukowskiego (podanych w gazecie »Riecz«), lekarzy Rosyan 658, Żydów 483, Polaków 406.

Z różnych stron. W celu możliwego udogodnienia pobytu podczas V. międzynarodowego Zjazdu położników i ginekologów w Petersburgu (22—28 września n. s. r. b.) miejscowy Związek polski lekarzy i przyrodników utworzył osobny komitet pod przewodnictwem Dra Eugeniusza Marcinkiewicza (Karawannaja 20), który, między innemi, zajął się sprawą odpowiedniego ulokowania mających przybyć rodaków. Życzący sobie skorzystać z tej sposobności, zechcą się zgłosić pod wyżej wskazanym adresem.

— Towarzystwo lekarskie wiedeńskie (k. k. Gesellschaft der Aerzte, IX. 3. Frankgasse 8) ogłasza konkurs im. Dra M. Goldbergera z nagrodą 2000 kor. za najlepszą pracę na temat: »Biologiczne podstawy wtórorzędnych cech płciowych«. O nagrodę ubiegać się mogą lekarze z Austryi i Niemiec. Prace muszą być napisane w języku niemieckim i nadesłane do prezydyum Towarzystwa z zachowaniem zwykłych form konkursowych najdalej do 15. maja 1912. (Gdyby nie nadeszła żadna praca godna nagrody na temat konkursowy, to może być nagrodzona najlepsza praca z zakresu nauk lekarskich, na inny temat, ogłoszona w ostatniem trzechleciu, lub nadesłana w rękopisie do prezydyum Towarzystwa).

Powołani: Patolog Prof. Aschoff z Fryburga do Würzburga, okulista Prof. Dalén z Lund do Stokholmu.

Zmarli: Dermatolog Prof. Pick w Pradze.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w maju 1910.

Gazeta lek. Nr 18—21. Cybulski (dok.). — Kaufman M.: O wielokrotnem pęknięciu sklepienia pochwowego podczas porodu. — Bychowski: W sprawie cukromoczu u ciężarnych. — Lichtenstein: O samozatruciu w chorobach skórnych. — A. Sokołowski: O t. zw. gorączce maltańskiej. — Bernhardt: Ś. p. Antoni Elzenberg. — Koelichen: O zapaleniu surowiczem opon mózgowych i wodogłowiu pierwotnem nabytem. — Tumpowski: Przypadek stwardnienia wieloogniskowego z wybitnem zajęciem nerwu trójdzielnego. — Wachtel H.: O działaniu żelazicyanku potasowego na krwinki. — Załuska Jan.: W sprawie powstawania gnilca sporadycznego.

Medycyna i Kronika lek. Nr 18—21. Wasserthal: Uwagi o balneologicznem leczeniu chorób narządów moczowych. — Messing: Ruchy atetotyczno-pląsawicze w przebiegu syfilisu mózgowo-rdzeniowego. — W. Sterling: Antoni Elzenberg (życiorys). — Ganz: O leczeniu gruźlicy płuc zapomocą substancyi uodporniających (IK) Spenglera. — Endelman: Leczenie cierpień dróg nosowo-łzowych przy pomocy drenowania stałego. — Sterling Wł.: Padaczka i stany pokrewne. — Grundzach: O przepuklinie nadbrzusznej ze stanowiska internisty.

Tygodnik lek. Nr 17—20. Biernacki: Sól kuchenna a przemiana potasu. — Marischler, Reichenstein i Schneider: Wpływ dyety skąpej w białko i kalorye na wydzielanie siarki obojętnej. — Studziński: W sprawie fizyologicznego działania wyciągu z nadnerczy. — Orzechowski: O anatomicznej dyspozycyi układu nerwowego. — Wrzosek: 1) Stefan Gaden, lekarz nadworny carów moskiewskich. 2) Życie płciowe studentów uniw. moskiewskiego. — Kaufman (c. d.). — Brejter: O tamponowaniu macicy po porodzie sposobem Dührssena i o zastosowaniu zapobiegawczem tegoż zabiegu.

Nowiny lek. Nr 5. Bogdanik: O opatrunku ustalającym krochmalnym. — A. Puławski (dok.). — Malinowski: Choroby weneryczne a małżeństwo. — Stasiński: Przypadek przemijającej ślepoty, wzgl. niedowidzenia po zażyciu chininy. — W. Chodźko (c. d.).

Pamiętnik Tow. lek. warsz. Z. I. Dłuski i Rozpędzihowski: Badania krwi według metody Arnetha wogóle i specyalnie w gruźlicy. — Giedroyć: Źródła biograficzno-bibliograficzne do dziejów medycyny w dawnej Polsce.

Postęp okul. Nr 4—5. Namysłowski: Promieniowce z ludzkiej rogówki.

Przegląd chirurgiczny i ginekolog. Z. III. Pietkiewicz: Przypadek wypadnięcia przez cewkę moczową torbieli ujścia moczowodu u kobiety 30-letniej. — Marcinkowski: O zabiegu Phelpsa.

Zdrowie. Nr 5. J. Jaworski: O stosunku uczonych polskich do kongresów naukowych międzynarodowych oraz o potrzebie udziału naszego w kongresach takich. — Malewski: O dyetetycznem leczeniu chorych w zakładzie leczniczym w Grodzisku. — Dobrzyński (dok.).

Przegląd higien. Nr 4. Friedberg: Stosunki zdrowotne przy przeróbce włosienia, szczeci i pierza w Brodach.

Głos lekarzy. Nr 9—10. Zaremba: Lekarze rządowi, a praktyka prywatna. — Mikołajski: 1) Krakowskie Towarzystwo ratunkowe. 2) Ankieta w sprawie lekarzy szkolnych. 3) O organizacyi lekarzy. 4) Rozporządzenie wykonawcze do ustawy emerytalnej dla lekarzy okręgowych. 5) Zjazd lekarzy słowiańskich w Sofii. — Opinia kraj. Rady zdrowia w sprawie lekarzy szkolnych w seminaryach nauczycielskich. — Piasecki: Projekt organizacyi nadzoru lekarskiego nad szkołami miejskiemi w m. Lwowie.

Kronika dent. Nr 5. Krakowski: Czy wyjmowanie zębów wskazane jest u ciężarnych? — Gelbard: Z dziedziny rentgenografii dentystycznej.

Redaktor odpowiedzialny:

Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Digastrophan, nowy środek sercowy. Dr O. Bölke, kierownik wewn. oddz. szp. miejsk. w Raciborzu. (Ther. d. Gegenw. 1910. Nr 4).

Usiłowania i próby dokładnego i jednostajnego dawkowania silnego działania naparstnicy na serce, osiągły nowy postęp przez stworzenie digastrofanu przez firmę Goedecke & Co. w Berlinie. Inicyatywa pochodzi od Dra Bölke, kierownika wewnętrz. oddz. miejsk. szp. w Raciborzu. Nie posiadaliśmy dotąd wyciągów stałych ze strofantusa i naparstnicy z pełnowartościowem działaniem. Aby uniknąć utraty istoty działającej obrano przy digastrofanie taką drogę: ze 100 części fol. digitalis i 50 części sem. strophanti sporządzono w sposób w farmakopei przyjęty extr. fluidum. To wyparowuje się w próżni przy ciepłocie nie przekraczającej 40⁰, tak, iż otrzymana pozostałość stała zawiera stosunek ziół. Każdy kołaczyk zawiera dokładnie 0·1 gr. fol. digital. i 0·05 sem. strophanti o tak pełnem i stałem działaniu, jakiej towar surowy nigdy okazywać nie może.

Przy łączeniu naparstnicy ze strofantusem kierowano się tą myślą przewodnią, że strofantus w pewnem znaczeniu łagodzi działanie zbiorowe (kumulatywne) naparstnicy i że zestawienie dwu środków sercowych, o niezupełnie jednakiem działaniu, wywoła lepszy wynik leczniczy.

Obok tych czystych kołaczyków digastrofanowych sporządzono do pewnych celów (wzmożenie moczenia) — także kołaczyki, zawierające obok 0·1 gr. digital. i 0·5 strofant. jeszcze 0·2 gr. octanu sodowego (digastrophan. diuretic. No I) względnie coffein — natr. acetic. (digastrophan. diuretic. Nr II). Środek sercowy i moczopędny mogą tu zatem w sposób najwygodniejszy w jednym kołaczyku być podawane.

Bölke wypróbował nadzwyczaj starannie i dokładnie sposób działania digastrofanu. Z początku stwierdził szybkie działanie krzepiące na wyosobnione serce zwierząt zimnokrwistych, następnie na 10 zdrowych, silnych mężczyznach, a potem próbował dokładnie przetworu tego u wszystkich odpowiednich chorych na serce i ze zmianami w naczyniach, wśród dokładnych zapisków co do ciśnienia, krzywej tętna, liczby tętna i napięcia, jakoteż co do wydzielania moczu. W ciągu 10 miesięcy leczono 85 przypadków, a mianowicie 44 organicznych wad zastawkowych, 18 schorzeń mięśnia sercowego, 1 zrost worka osierdziowego, 3 przypadki ciężkich zaburzeń w pracy serca wskutek zmiejszenia się miejsca w klatce piersiowej i 19 przypadków znużenia serca przy ostrych chorobach zakaźnych, szczególnie przy durze brzusznym.

Praca Bölkego przynosi dalej szereg pouczających przypadków z licznemi krzywemi tętna i ciśnienia krwi, których opis z powodu braku miejsca jest tu niemożliwy, a które zasługują na dokładne przestudyowanie. Bölke wyraża się tak o działaniu tego nowego środka sercowego: Podniesienie głębokości i zmniejszenie liczby uderzeń serca, zniknięcie arytmii w największych rozmiarach. Ciśnienie krwi (mierzone według Riva-Rocciego z manszetem Recklinghausena) podnosi się stale i odpowiednio do dobrego działania naparstnicy. Spostrzeżono również przy leczeniu kilku przypadków schorzeń mięśnia sercowego zachowanie się, oznaczone jako parodoks przez niektórych autorów — podwyższone ciśnienie krwi przy nadzwyczaj małej fali tętna; wśród leczenia nastąpił powrót do warunków normalnych, t. j. pomimo wzmocnienia tętna i zmniejszenia liczby uderzeń ze znikającą arytmią obniżyło się pierwotnie podniesione ciśnienie krwi w kilku przypadkach z powodu poprawy pracy serca do poziomu prawidłowego. Wraz z poprawą czynności serca stwierdzano stale podniesienie się wydzielania moczu do ilości prawidłowej, względnie ponad nią, a dało się ono jeszcze przez podawanie »digastroph. diureticum« powiększyć. Podkreślić należy przy leczeniu digastrofanem szybkie wystąpienie i stosunkowo długie trwanie działania, dwa czynniki o wielkiej wartości leczniczej. Nerządy trawienia znoszą digastrofan dobrze, nawet przy ciężkich chorobach zakaźnych; nie wywiera on działania szkodliwego, szczególnie na nerki.

Dziennie 3 razy po 1 kołaczyku wystarcza w większości przypadków: gdzie tego potrzeba, podnoszą 4 kołaczyki działanie i bywają dobrze znoszone. Hr. W.

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

Ogłoszenie płatne.

(Naśladownictwo zastrzeżone).

I. Zdrojowiska krajowe:

Iwonicz.

Dr **Turzański Grzegorz Jarosław**, lekarz zakładowy.

Krynica.

Dr **Cercha Maksymilian**, („Domek Szwajcarski“).

Dr **Dębicki Klemens**, „Pod Jeleniem“.

Dr **Lewicki Stanisław**, b. asystent kliniki położ. ginek. Uniwersytetu lwowskiego.

Rabka.

Dr **Lang Otokar**, Willa „pod Luboniem“.

Dr **Supiński E.**, lekarz zdrojowy.

Szczawnica.

Dr **Hammerschlag Rudolf.**

Dr **Gorski Xawery**, b. lekarz zakładowy (zimą w **Abacyi**).

Dr **Kołączkowski**, ord. i prowadzi pensyonat hidropatyczny.

Dr **Kruszyński Kazimierz**, Radca cesarski.

Truskawiec.

Dr **Pelczar Zenon.**

Dr **Praschil Tadeusz**, lekarz zakładowy.

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Bad Hall (w górnej Austryi).

Dr **Feuerstein Leon**, Villa „Söllradl“.

Baden pod Wiedniem.

Dr **Kümmerling Henryk**, lekarz zdrojowy, Renngasse 3.

Cieplice Trenczyńskie.

Dr **Filipkiewicz Stefan**, lekarz zakładowy.

Franzensbad.

Dr **Przybylski Stan.** Palast Hotel. Wejście od Kirchenstr.

Dr **Steinsberg Leopold**, we własnym zakładzie leczniczym, (Willa Dra Steinsberga).

Dr **Zeitner Józef**, Kirchenstr. Villa „Stadt Paris“.

Gleichenberg.

Dr **Bulikowski**, Radca ces., Villa „Höflinger“ IV.

Karlsbad.

Dr **Obmiński Ksawery**, objął od 1 czerwca b. r. zakład dla elektr., wibracyi i masażu po śp. Drze Kaufmanie. „Maltaserritter“.

Kissingen (w Bawaryi).

Dr **Chłapowski F.**, Radca san. Prinzregentenstr. 1, tamże pensyonat dyetetyczny własny.

Dr **Maciejewski**, Sanatorium „Quo vadis“ Ludwigstr. 16.

Doc. Dr **Modrakowski J.**, Villa „Elsa“.

Marienbad.

Dr **Eichhorn Ferdynand**, ord. jak dotychczas Dom „Mozart“.

Dr **Jasinicka Marya**, Schloss Heilbronn, Kaiserstrasse.

Dr **Kwiatkowski Stanisław Benedykt**, ordynuje od 1 maja do 1 października „Haus Hamburg“.

Dr **Z. Szczepański**, od 20 maja „Haus Schiller“.

Rok XLIX. Kraków, dnia 25. czerwca 1910. Nr 26.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z pracowni chemicznej Prof. Hantscha w Lipsku.

Nowe źródło alkaliczno-słone jod zawierające w Słonem pod Tarnowem.

Podał

Dr W. Skórczewski.

Dwie mile od Tarnowa leży wieś Słone, a obok niej, w poblizkim, drzewami zarośniętym wąwozie wytryska źródło, którego rozbiór poniżej podaję. Jestto okolica w solanki i wody gorzkie obfita, niestety jednak niewyzyskane. Zwłaszcza w pobliskim Bieśniku istnieje cały szereg źródeł mineralnych n i e u j ę t y c h i chemicznie nie badanych. A przecież byłaby to rzecz nietylko dla znajomości sił naszej przyrody ciekawa, lecz mogłaby się przedsiębiorcy sowicie opłacić.

Również i źródło, którego wodę rozbierałem, n i e j e s t u j ę t e, a wypływ jego jest od dawnych czasów przez wbicie głębokiej rury żelaznej upośledzony. Prawdopodobnem byłoby przypuszczenie, że chodzi tutaj o zarzuconą warzelnię soli. Gdyby ono było prawdziwe, trzebaby przypuszczać, że źródło było dawniej znacznie obfitsze i że ujęcie jego obecne ma widoki znacznego powiększenia jego wypływu. Po możliwie dokładnem odprowadzeniu wody opadowej została woda mineralna zebrana do flaszek 5-litrowych i balonu o 50 l. pojemności, gumowymi korkami szczelnie zamknięta i przesłana do Lipska.

Wydajność źródła około 20 l. na minutę [1]). Ciepłota wody w zdroju 9° C. przy ciepłocie powietrza 7° C. Przeźroczystość wody pozostawia nieco do życzenia. Przy dłuższem staniu można zauważyć zmętnienie. Przy gotowaniu powstaje osad żółtawy, niezbyt obfity. Papierki lakmusowe różowe w wodzie tej zanurzone barwią się na niebiesko, kurkumowe na słabo brunatno. Po dodaniu kwasu solnego występuje skąpy osad; z amoniakiem słabe zmącenie; z azotanem srebrowym biały osad, ze szczawianem amonowym niezbyt obfity strąt. Po zmieszaniu z żelazicyankiem potasu występuje słabo zielone zabarwienie. Z cynkiem, skrobią, jodkiem potasu i rozcieńczonym kwasem siarkowym zniebieszczenie nie następuje (nieobecność kwasu azotawego). Z difenylaminem i zgęszczonym kwasem siarkowym występuje natychmiast zabarwienie niebieskie. Odczynnik Nesslera wody tej nie barwi na brunatno.

Rozbiór jakościowy wykazał obecność następujących zasad: sodu, potasu, wapnia, baru, magnezu, glinu, żelaza i manganu (śladów litu); dalej obecność kwasów: siarkowego, węglowego, krzemowego, solnego, jodo- i bromowodorowego (ślady kwasu fosforowego).

Rozbiory jakościowy i ilościowy wykonywałem według podręczników: Freseniusa: »Einleitung zur Qualitativen u. Quantitativen Analyse«. Tiemana i Gärtnera: »Handbuch der Untersuchung der Wasser«, jakoteż F. Treadwella: »Kurzes Lehrbuch der analytischen Chemie«.

C y f r y o r y g i n a l n e.

1. Oznaczenie chloru	na 1 litr
a) 50 cm^3 wody dało 0,3347 chlorku, bromku i jodku srebra, co odpowiada na litr	= ‰ 6·694000
b) 50 cm^3 wody dało 0,3391 chlorku, bromku i jodku srebra, co odpowiada na litr	6·782000
Średnio	6·738000

Jeśli odejmiemy od powyższej sumy jodowi i bromowi przypadające związki srebrowe:

dla bromku srebra wedł. 2	0·017561	
» jodku srebra » 2	0·007975	
Razem		0·025536
Pozostaje		6·712464
W tem wolnego chloru		1·660555

2. Oznaczenie jodu i bromu.

a) 5 l. wody dały tyle wolnego jodu rozpuszczonego w dwusiarczku węgla, iż aby go zamienić na jodek sodowy zużyto 33·02 cm^3 tiosiarkanu sodowego w rozczynie, którego 28·6 cm^3 odpowiadało 0·0191 jodu. To znaczy w 1 litrze jodu	0·004410
b) 30 l. wody dały tyle jodu, iż zużyto tegoż rozczynu tiosiarkanu sodowego 188·75 cm^3. Co odpowiada	0·004201
Średnio	0·004311
Jako jodek srebra	0·007975
c) Rozczyn wodny z 2. a) po uwolnieniu od jodu strącony azotanem srebra dał 0,1953 chlorku i bromku srebra. 0,1850 tegoż topione w strumieniu chloru zmniejszyło swój ciężar o 0·0197, co odpowiada 0·083175 bromku srebra, a w całości (0,1953) 0,087805 w litrze	0·017561
bromu	0·007473

3. Oznaczenie kwasu siarkowego.

a) 2 l. wody dało 0·03402 siarkanu baru w 1 litrze	0,017010
b) 1 l. wody dał 0·01704 siarkanu baru w 1 litrze	0,017040
Średnio	0·017025
odpowiada SO_4	0·007006

[1]) Pomiar właściciela.

4. Oznaczenie kwasu węglowego.

a) 250 gr. wody wywiązało w przyrządzie Classena 0,3241 gr. bezwodnika węglowego zważonego w rurkach wypełnionych wapnem sodowym 1,296400

b) 250 gr. dało podobnież 0·2955 1,182000

Srednio 1,239200

5. Oznaczenie kwasu krzemowego.

a) 2 l. wody dało 0,0338 kw. krzemowego w litrze 0,016900
b) 4 l. wody dalo 0·0667 kw. krzemowego 0,016675

0·016787

6. Oznaczenie kwasu azotowego.

500 cm³ wody dało po uwolnieniu bezwodnika kwasu azotowego 0·27 cm³ N_2O_5 co odpowiada 0,001300 (skontrolowane mianowanym rozczynem indyga).

7. Oznaczenie wapnia.

a) przesącz z 13. a) (2 l. wody) strącono szczawianem amonu, jako CaO zważony 0,064 0,032000

b) przesącz z 13. b) (4 l. wody) strącony szczawianem amonu, jako CaO zważony 0,1265 0,031625

Srednio 0,031812

Po odjęciu SrO według 15. 0,004405

Pozostaje 0,027407

Co odpowiada wapniowi 0,019589

8. Oznaczenie wapnia pozostającego w rozczynie po wygotowaniu.

1 l. po jednogodzinnem gotowaniu i odsączeniu strącono wapń szczawianem amonowym, zważono jako CaO 0,015200
Po odjęciu SrO 0,004405

0·010795

Co odpowiada wapniowi 0·007715
Wapń wypadający przy gotowaniu 0·011874

0·019589

9. Oznaczenie magnezyi.

a) przesącz z 7 a) (2 l. wody) po strąceniu wapnia dostarczył 0·0865 fosforanu magnezowego 0·043250

b) przesącz z 7 b) (4 l. wody po strąceniu wapnia dostarczył 0,1970 fosf. magn. 0·049250

Srednio 0·046250
odpowiada magnezowi 0·010106
» magnezyi 0·016754

10. Oznaczenie chlorków potasowców.

a) 200 cm wody dało 0·8269 chlorków potasowców 4·134500
b) 200 cm wody dało 0·7985 chlorków potasowców 3·992500

Srednio 4·063500

11. Oznaczenie potasu.

a) z otrzymanych w 10. b) chlorków strącono potas jako chlorek platynowo potasowy 0,2730 1·365000

b) 50 cm wody po oznaczeniu chlorków potasowców dały 0,0723 chlorku platynowo-potasowego 1·446000

Srednio 1·405500
w tem potasu 0·226152
chlorku potasu 0·431251

12. Oznaczenie tlenku żelazowego.

a) przesącz z 5. a) (2 l. wody) dał 0,0045 tlenku żelazowego (Fe_2O_3) 0·002250

b) przesącz z 5. b) (4 l. wody dał 0·0086 tlenku żelazowego 0.002150

Srednio 0·002200
jako tlenek żelazowy (FeO) 0·001979

13. Oznaczenie tlenku manganowego.

a) Przesącz z 12. a) (2 l. wody) dał 0,0026 siarkanu manganowego 0·001300
co odpowiada MnO 0·000612

b) Przesącz z 12. b) (4 l. wody) dał 0,0025 tlenku manganowo-manganowego (Mn_3O_4), co odpowiada 0,002325 tlenku manganowego (MnO) 0·000581

Srednio 0·000596

14. Oznaczenie baru.

30 l. wody dało 0,0217 siarkanu baru co odpowiada 0·000723
w tem baru 0·000425

15. Oznaczenie strontu.

W przesączu z 14 otrzymano 0,2342 siarkanu strontu 0·007810
odpowiada strontu 0·003725
SrO 0·004405

16. Oznaczenie fosforanu glinu.

a) przesącz 12. a) dał 0,0008 fosforanu glinu 0·000400

b) w przesączu 14. strącono żelazo jako sól zasadową i oznaczono fosforan glinu 0,0091 0·000303

Srednio 0·000351

17. Oznaczenie sodu.

Chlorków potasowców otrzymano (10) 4·063500
po odjęciu chlorku potasu (11) 0·431251

chlorku sodu 3·632249
w tem sodu 1·429041

18. Sucha pozostałość.

a) 100 gr. wody	0·410900		
b) » » »	0·408000		
c) » » »	0·413000		
	0·410630	w 1 litrze	4·106300

II. Obliczenie rozbioru.

a) Siarkan baru.

Baru znaleziono 0·000425
wiąże SO_4 0·000298

Ba SO_4 0·000723

b) Siarkan strątu.

Strontu znaleziono 0·003725
wiąże SO_4 0·004085

Sr SO_4 0·007810

c) Siarkan wapnia.

SO_4 znaleziono	0·007006		
z tego związane z barem	0·000298		
ze strontem	0·004085		
	0·004383	pozostaje	0·002623
		łączy się z wapniem	0·001094
		Ca SO_4	0·003717

d) Bromek magnezu.

Bromu znaleziono 0·007473
wiąże magnezu 0·001137

Mg Br_2 0·008610

e) Jodek magnezu.

Jodu znaleziono 0·004311
wiąże magnezu 0·000413

Mg I_2 0·004724

f) Chlorek wapnia.

Wapń nie wypadający przy gotowaniu 0·007715
z tego w połączeniach z kwasem siarkowym 0,001094
pozostaje 0·006621
wiąże chloru 0·011713

Ca Cl_2 0·018334

g) Chlorek potasu.

Potasu znaleziono 0·226152
wiąże chloru 0·205099

KCl 0·431251

h) Chlorek sodu.

Chlor obecny	1·660555		
z tego w połączeniu z wapniem	0·011713		
» » z potasem	0·205099		
	0·216812	pozostaje	1·443743
		wiąże sodu	0·936381
		Na Cl	2·380124

i) Azotan sodu.

Bezwodnik kwasu azotowego N_2O_5 obecny		0·001300
wiąże Na_2O		0·000750
	$(NaNO_3)_2$	0·002050

k) Węglan wapnia.

CaO wypadający przy gotowaniu		0·016612
wiąże bezwodnika węglowego		0·013031
	$CaCO_3$	0·029643

l) Węglan sodowy.

Sód obecny	1·429041		
związane z chlorem	0·936581		
pozostaje	0·492460		
odpowiada Na_2O	0·664020		
związane z N_2O_5	0·000753		
		pozostaje	0.663267
		wiąże bezwodnika węgl.	0·470705
		Na_2CO_3	1·133972

m. Węglan magnezu.

magnez obecny	0·010106		
z tego związany z bromem	0·001137		
» » z jodem	0·000413		
Razem	0·001550		
Pozostaje	0·008556		
Jako magnezya MgO			0·014184
wiąże bezwodn. węgl.			0·015479
		$MgCO_3$	0·029663

n. Węglan żelaza.

tlenek żelazowy FeO obecny		0·001979
wiąże bezwodn. węgl.		0·001212
	$FeCO_3$	0·003191

o. Węglan manganu.

tlenek manganowy MnO obecny		0·000596
wiąże CO_2		0·000369
	$MnCO_2$	0·000965

p. Krzemionka obecna SiO_2 0·016787

r. Fosforan glinu $Al_2(PO_4)_2$ 0·000351

s. Kwas węglowy.

obecny			1·239200
z tego związane z wapniem	0·013031		
» » z sodem	0·470705		
» » magnezem	0·015479		
» » z FeO	0·001212		
» » z MnO	0·000369		
		razem	0·500796
		Pozostaje	0·738404
Z tego związane jako dwuwęglany			0·500796
Kwas węglowy wolny			0·237608

III. Sprawdzenie rozbioru.

Otrzymane zasady przeliczone na siarkany dają następujące cyfry:

Znaleziono:

Na: 1.429041 jako Na_2SO_4	4·413562
K: 0,226152 jako K_2SO_4	0·539839
Ba: 0,000425 jako $BaSO_4$	0·000723
Sr: 0,003725 jako $SrSO_4$	0·007810
Ca: 0,019589 jako $CaSO_4$	0·066531
Mg: 0,010106 jako $MgSO_4$	0·050027
FeO: 0,001979 jako Fe_2O_3	0·002200
MnO: 0,0,000596 jako $MnSO_4$	0·001269
SiO_2	0·016787
$Al_2(PO^4)_2$	0·000351
Razem	5·099099
Otrzymano bezpośrednio siarczanów	5·068000

IV. Zestawienie rozbioru.

a) węglany pojedyńcze, sole bez wody krystalicznej

	W 1000 częściach wody części
Chlorek sodu Na Cl	2·380124
Chlorek potasu KCl	0·431251
Chlorek wapnia $CaCl_2$	0·018334
Bromek magnezu $MgBr_2$	0·008610
Jodek magnezu MgI_2	0·004724
Siarkan wapnia $CaSO_4$	0·003717
Siarkan strontu $SrSO_4$	0·007810
Siarkan baru $BaSO^4$	0·000723
Azotan sodu $NaNO_3$	0·002050
Węglan sodowy Na_2CO_3	1·133972
» wapnia $CaCO_3$	0·029643
» magnezu $MgCO_3$	0·029663
» żelaza $FeCO_3$	0·003191
» manganu $MnCO^3$	0·000965
Kwas krzemowy SiO_2	0·016787
Fosforan glinu $Al_2(PO_4)_2$	0·000351
	4·071915
Sucha pozostałość	4·103300
Kwas węglowy w dwuwęglanach	0·500796
Kwas węglowy wolny	0·237608
Suma wszystkich składników	4·810319

Slady: litu, kwasu fosforowego.

b) węglany, jako dwuwęglany, sole bez wody krystalicznej

	W 1000 częściach wody części
Chlorek sodu Na Cl	2·380124
Chlorek potasu KCl	0·431251
Chlorek wapnia $CaCl_2$	0·018334
Bromek magnezu $MgBr_2$	0·008610
Jodek magnezu MgI_2	0·004724
Siarkan wapnia $CaSO_4$	0·003717
Siarkan strontu $SrSO_4$	0·007810
Siarkan baru $BaSO_4$	0·000723
Azotan sodu $NaNO_3$	0·002050
Dwuwęglan sodu $(Na_2O(CO_2)_2)$	1·604677
Dwuwęglan wapnia $(CaO(CO_2)_2)$	0·042674
Dwuwęglan magnezu $(MgO(CO_2)_2)$	0·045142
Dwuwęglan żelaza $(FeO(CO_2)_2)$	0·004403
Dwuwęglan manganu $(MnO(CO_2)_2)$	0·001334
Kwas krzemowy SiO_2	0·016787
Fosforan glinu $Al_2(PO_4)_2$	0·000351
	4·572711
Kwas węglowy wolny	0·237608
	4·810319

Rozbiór powyższy wykazuje, iż źródło w Słonem jest słabą solanką (0·24%), zawierającą niezbyt małe ilości węglanu sodu i magnezu (0·12%) i stosunkowo do koncentracyi nie skąpe ilości bromku i jodku magnezu. Wreszcie ilość soli potasowych (0·04%) nie będzie bez znaczenia dla wartości leczniczej tej wody. Według mego mniemania wartość wody tej leży w jej stosunkowo znacznej zasadowości przy niewielkiej zawartości soli kuchennej. Z tego również powodu zwiększają swą wartość sole jodowe i bromowe, których tutaj znacznie mniej znajdujemy, niż w Rabce lub Iwoniczu. Stosunek ten jednak przesuwa się korzystnie, jeśli uwzględnimy stężenie wody. Gdyby go wyrazić ułamkiem, którego licznik i mianownik będą stanowić ilość soli kuchennej i jodowej, otrzymamy dla Rymanowa $\frac{8,000}{0,024} = 333$, dla Rabki $\frac{22,80}{0,0456} = 500$, dla wody ze Słonego $\frac{2,380}{0·0047} = 506$, przyczem dla Słonego przyjęliśmy niekorzystne dla

obliczenia związki jodu magnezowe. Z tych też powodów uważałbym wodę ze Słonego za odpowiednią do podawania w częstych dawkach i większych nieco ilościach. Wskazań szczegółowych omawiać nie mam zamiaru, sądzę jednak, że głównie stosowaćby ją należało u dzieci zołzowych, zwłaszcza w zołzowych nieżytach dróg oddechowych. Nie mała stosunkowo ilość węglanu sodowego znalešćby mogła w ten sposób wyzyskanie swej wartości.

Wobec pracy nad wodą w stanie nieujętym, nie mając dostatecznej gwarancyi czystości wody (obecność azotanów) i nie mogąc wyłączyć możliwości jej rozcieńczenia wodą gruntową, stwierdzić muszę, iż ujęcie źródła, które prawdopodobnie niedługo nastąpi, może niejedno zmienić w składzie wody na jej korzyść.

Problemat dziedziczności w patologii.

(Podług wykładu na uroczystem posiedzeniu Wydziału lekarskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu w dniu 17. kwietnia 1909).

Napisał

Prof. Dr Karol Klecki.

(Ciąg dalszy).

Jak wiadomo, potomstwo rodziców kiłą zakażonych nie zawsze jest dotknięte kiłą wrodzoną. Z biegiem czasu, zwłaszcza przy swoistem leczeniu kiły, w miarę jak sprawa kiłowa u rodziców słabnie, wzrasta prawdopodobieństwo utrzymania przy życiu oraz w zdrowiu ich potomstwa. To też potomstwo rodziców, dotkniętych kiłą, okazuje zazwyczaj pewne charakterystyczne zachowanie się, ujęte przez Kassowitza oraz Didaya jako reguła, od której zdarzają się jednak wyjątki, a mianowicie najpierw zachodzą poronienia, potem rodzą się dzieci nieżywe, potem dzieci żywe lecz kiłą wrodzoną dotknięte, w końcu zaś, często już po trzech latach, dzieci zdrowe. W kile wrodzonej zmiany patologiczne występują bądź zaraz po urodzeniu się dziecka, bądź też po upływie pewnego czasu, wynoszącego zazwyczaj kilka tygodni, niekiedy zaś dopiero po upływie bardzo długiego czasu, bo po 15—20 latach (lues congenita tarda). Zmiany te albo występują jako swoiste zmiany kiłowe, albo też sprowadzają upośledzenie rozwoju cielesnego i umysłowego dziecka, niekiedy upośledzenie rozwoju i zaburzenia odżywcze poszczególnych narządów i tkanek, a stąd różne nieprawidłowości i potworności; zmiany takie spotyka się najczęściej w czaszce, mózgu i jego oponach, kręgosłupie, miednicy, oku i uchu, oraz narządach płciowych. U dzieci takich cały ustrój jest przytem zwykle wielce osłabiony i łatwo ulega różnym chorobom; zapalenie opon mózgowych, różne postacie drgawek, krzywica, zołzy, gruźlica i inne choroby zakaźne łatwo powstają u takich osobników.

Do niedawna przypuszczano, że w niektórych przypadkach, a mianowicie, gdy ojciec jest zdrowy, a tylko matka jest zakażona kiłą, dziecko może nie tylko nie okazywać żadnych zmian patologicznych, ale nawet posiadać pewną odporność na zakażenie kiłą. (Prawo Profety). W ostatnich czasach pokazało się, że pogląd ten był mylny.

Czy trąd jest chorobą, której zaczątki mogą być przekazane dziedzicznie potomstwu przez rodziców, jest pytaniem jeszcze nie rozstrzygniętem. Nie ulega wątpliwości, że dzieci rodziców trędowatych mogą być zdrowe, a nawet być odporne na zakażenie trądem. Z drugiej zaś strony znane są przypadki określane przez autorów, którzy je podali, jako trąd dziedziczny, jako to 2 przypadki Bibba i jeden przypadek opisany przez Zeferiniego Falcao, w których dzieci matki trędowatej, przeniesione zaraz po urodzeniu daleko od matki do okolicy wolnej od trądu, po 20—27 latach na trąd zapadały. I w okolicach, w których trąd panuje, dzieci trędowatych zapadają na tę chorobę zwykle dopiero po upływie dłuższego czasu od urodzenia, co najmniej po upływie lat kilku; trąd u noworodków zdarza się wprawdzie w rodzinach trędowatych, ale bardzo rzadko. U dzieci rodziców trędowatych, które same chorobą tą nie są dotknięte, występują często różne zaburzenia odżywienia, wady rozwoju i zniekształtnienia.

Znaną jest rzeczą, że różne choroby zakaźne, które grasują przez długi przeciąg czasu w pewnym kraju, z biegiem czasu słabną, zawleczone zaś do krajów, których ludność była dotąd od tych chorób wolna, występują z wielką siłą. Tak np. odra, u eskimosów zwykle śmiertelna, ospa, płonica, mająca w Wielkiej Brytanii do dziś dnia przebieg zwykle ciężki, kiła, niezmiernie złośliwa w wielu koloniach egzotycznych, dokąd ją zawlekli europejczycy, w Europie środkowej z biegiem czasu znacznie osłabły. Możnaby tłómaczyć zjawisko to przez osłabienie zarazków, jednakże ta okoliczność, że takie zarazki, przeniesione na grunt świeży, złośliwość swą odzyskują, przemawia raczej za tem, że z pokolenia na pokolenie może się przekazywać pewne uodpornienie na niektóre choroby zakaźne i że to uodpornienie może z biegiem czasu wzrastać.

Podobnie, jak w powyżej przytoczonych chorobach zakaźnych, w których działanie szkodliwe zarazków na ustrój sprowadza się głównie do zatrucia ustroju przez wytwory danych zarazków, — także i w wielu innych zatruciach ustroju stan patologiczny ustroju rodziców odbija się, niekiedy nawet bardzo wybitnie, na potomstwie.

Wprawdzie posiadamy pewne wskazówki, że i chwilowe, ostre zatrucie rodziców, wywrzeć może szkodliwy wpływ na potomstwo, jednakże głównie wchodzą tu w rachubę zatrucia przewlekłe różnymi jadami, wśród których najpospolitszym jest alkoholizm przewlekły, czyli opilstwo. Nałóg ten, występujący w przeważnej części przypadków u osobników dziedzicznie obciążonych czy to alkoholizmem przodków, czy też ich chorobami nerwowemi lub umysłowemi, wywiera szkodliwy wpływ na potomstwo zarówno wówczas, gdy podlega mu ojciec, jak również, gdy mu podlega matka. Według Rybakowa alkoholizm dziedziczny łatwiej przechodzi na potomstwo z ojca, niż z matki; Ladame zaś twierdzi, że skutki alkoholizmu przewlekłego odbijają się na potomstwie silniej, gdy matka jest pijaczką, jak wówczas, gdy ojciec jest opojem. Fatalne skutki dla potomstwa, jakie sprowadza opilstwo rodziców, tem większe mają praktyczne znaczenie, że w rodzinach alkoholików ilość zastąpień jest wogóle większa, niż w innych rodzinach, co przypisać należy działaniu alkoholu podniecającemu sferę płciową. U potomstwa alkoholików występują często zaburzenia odżywcze ustroju, upośledzenie wzrostu i rozwoju różnych narządów, stąd infantylizm, asymetrye czaszki, mózgu, wątłość narządów płciowych, niezdolność kobiet do karmienia, na co kilka lat temu zwrócił uwagę Bunge, zmiany uwłosienia, upośledzenie inteligencyi, idyotyzm; układ nerwowy jest zwykle nadmiernie pobudliwy, stąd łatwo powstają różne postacie drgawek, zwłaszcza padaczka występuje tu niezmiernie często; mózg okazuje niezmiernie wielką wrażliwość na działanie alkoholu, wskutek czego osobniki dziedzicznie alkoholizmem obciążone wogóle bardzo źle znoszą wyskok. Złe instynkty, perwersye płciowe, skłonność do zbrodni i samobójstwa, wogóle niższość moralna idzie u takich osobników często w parze z niższością fizyczną i umysłową. Opilstwo okresowe najczęściej spotyka się u osobników dziedzicznie alkoholizmem obciążonych; u takich ludzi powstają często i inne postacie obłędu. W dzieciństwie często przechodzą oni zołzy, a w wieku młodzieńczym stają się ofiarą gruźlicy.

Szkodliwy wpływ alkoholu na zarodka, oraz na potomstwo osobników, przewlekle zatrutych tą trucizną, był także przedmiotem badań doświadczalnych. Féré wykazał, że u piskląt, wyklutych z alkoholizowanych jaj kurzych,

często zdarzają się różne potworności, a Mairet i Combemale stwierdzili u szczeniąt, rzuconych przez suki przewlekle alkoholem zatruwane, różne wady i zatrzymanie rozwoju, oraz występowanie drgawek podobnych do padaczkowych.

Szkodliwy wpływ przewlekłego zatrucia rodziców innymi jadami na potomstwo jest znacznie mniej zbadany, niż skutki alkoholizmu. Najwięcej jeszcze wiadomo w tym względzie o zatruciu ołowiem, które działa na potomstwo zarówno z ojca, jak i z matki. Według St. Paula, gdy matka cierpi na chroniczną ołowicę, zdarzają się często obumarcie płodu i poronienia, porody przedwczesne, oraz zachodzi wielka śmiertelność dzieci urodzonych w czasie właściwym. U dzieci takich łatwo występują drgawki; często spotyka się u nich idyotyzm, infantylizm, oraz różne wady rozwojowe. Zatrucie przewlekłe fosforem, rtęcią, morfiną, kokainą i eterem również odbija się szkodliwie na potomstwie; gdy zaburzenia, wywołane przez zatrucie do znacznego dojdą stopnia, powstaje niepłodność.

Byłoby rzeczą niezmiernie doniosłą poznanie skutków, jakie sprowadzają dla potomstwa różne postacie samozatrucia rodziców, jakie w różnych chorobach przewlekłych powstają; atoli w tej mierze nie posiadamy jeszcze prawie żadnych wiadomości.

Według wielu badaczów, późniejszy wiek rodziców ma szkodliwie odbijać się na zdrowiu potomstwa; znane są jednak liczne przykłady, świadczące, że nie zawsze tak bywa.

Telegonia. W ścisłym związku z dziedzicznością jest niezupełnie jeszcze jasna sprawa t. zw. telegonii czyli impregnacyi. Polega ona na tem, że matka przekazuje potomstwu pewne cechy czy własności, których ani sama, ani ojciec potomstwa nie posiada, a jakie natomiast posiadał ten osobnik, który matkę poprzednio zapładniał.

Zjawisko to spostrzega się często u zwierząt, zwłaszcza u psów myśliwskich czystej rasy; gdy sukę taką pokryje pies innej lub mieszanej rasy, szczenięta miotów późniejszych, pochodzące od psa równie czystej i tej samej rasy, co i suka, okazują często cechy psa, który poprzednio był sukę pokrył. Znanym jest przykład, w którym klacz jeden raz pokryta zebrą, a potem kryta pełnej krwi arabem, jeszcze w dwu lęgach rzuciła źrebięta zebrowate.

U ludzi znane są przypadki, w których kobieta biała, która miała była dziecko z murzynem, rodziła potem z ojca białego dzieci o czarnem zabarwieniu skóry. Podobnie, jak cechy prawidłowe, mogą się przekazywać także i cechy patologiczne, zarówno morfologiczne, jako też i czynnościowe. Opisano przypadki, w których kobieta, owdowiała po mężu dotkniętym wadliwem umieszczeniem ujścia cewki moczowej czyli t. zw. spodniactwem (hypospadiasis), lub też cierpiącym na padaczkę, jakkolwiek sama od tych zaburzeń była wolna i pochodziła z rodziny, w której cierpienia te się nie zdarzały, z drugim mężem, również zdrowym i ze zdrowej pod danym względem pochodzącym rodziny, miewała dzieci dotknięte czy to spodniactwem, czy też padaczką.

Skutki blizkiego pokrewieństwa rodziców dla potomstwa. Ze sprawą dziedziczności patologicznej łączy się również niezupełnie jeszcze wyświetlona sprawa wpływu, jaki wywiera zbyt blizkie pokrewieństwo rodziców na zdrowie potomstwa. Jak wiadomo, kościół katolicki zabrania związków małżeńskich wśród krewnych aż do 4-go stopnia pokrewieństwa, a prawodawstwo różnych krajów zawiera podobne zakazy. Motywem do takiego ograniczenia były niewątpliwie obok względów na potomstwo przedewszystkiem względy natury moralnej. Pomijając kazirodztwo, związki małżeńskie wśród blizkich krewnych, jak to twierdzi Effertz, zostały zakazane głównie dlatego, by uniknąć nadmiernego spotęgowania się miłości, co przez dołączenie się miłości płciowej do miłości rodzinnej nastąpićby mogło, a co prowadziłoby do ubóstwiania istoty ziemskiej.

Co się zaś tyczy wpływu blizkiego pokrewieństwa rodziców na rozwój i zdrowie potomstwa, pogląd na tę sprawę nie jest jeszcze ustalony.

Niektórzy autorowie wyrażają zapatrywanie, że wpływ taki nie jest szkodliwy, a są nawet i tacy, którzy twierdzą, że przez zbytnie mieszanie się (promiscuitas), czyli łączenie się różnych, nie spokrewnionych ze sobą osobników, dobre cechy rodziców zatracają się u potomstwa. Na poparcie poglądu o nieszkodliwości blizkiego pokrewieństwa rodziców przytacza się przykłady z hodowli zwierząt domowych, oraz przykłady znanych a nawet wybitnych jednostek, które z takich związków pochodziły i na tem bynajmniej nie ucierpiały. Voisin przytacza gminę Batz w departamencie Dolnej Loary, liczącą obecnie około 30.000 osób, która powstała notorycznie z kilku rodzin, tak, że wszystkie związki małżeńskie w gminie tej zachodzą pomiędzy blizkimi krewnymi, a żadnych złych następstw to nie sprowadza. Inni opierają się na faktach, zaczerpniętych z życia różnych dzikich narodów, gdzie nawet kazirodztwo złych skutków dla potomstwa ma nie sprowadzać. Effertz opisuje stosunki, panujące w tym względzie w niektórych górskich okolicach Meksyku, gdzie w czasie żniwa, odbywającego się zazwyczaj w odległych od domu parcelach, ojciec rodziny zabiera ze sobą do pomocy córkę, ażeby uniknąć oddania połowy zbioru pomagającej mu w sprzęcie obcej kobiecie, jak to prawo tameczne orzeka; w tych warunkach ojciec częstokroć zapładnia córkę, potomstwo zaś ma być zupełnie zdrowe; charakterystyczną przytem jest rzeczą, że kazirodztwo to ma się odbywać za wiedzą i zgodą żony, względnie matki, jako uświęcone miejscowym zwyczajem. Effertz podnosi, że takie kazirodztwo może być nieszkodliwe ze względu na potomstwo dlatego, że ojciec z córką mają tylko pół krwi wspólnej, gdy tymczasem brat z siostrą mają całą krew wspólną, co oczywiście w wiadomym kierunku musi działać znacznie szkodliwiej. Pół krwi wspólnej, tak jak ojciec z córką, mają wuj z siostrzenicą, a związki pomiędzy takimi krewnymi zdarzają się i nie odbijają się źle na potomstwie.

Inni autorowie stoją na tem stanowisku, że skutki blizkiego pokrewieństwa rodziców dla potomstwa zależą głównie od doboru rodziców. Wyniki takich związków mogą według tego poglądu być dobre wówczas, gdy rodzice żadnych wad nie mają, a same tylko dobre cechy, które podówczas w potomstwie się sumują. Samo pokrewieństwo bowiem rodziców, jak twierdzi Raynaut, może w potomstwie tylko potęgować wady rodziców, nie może jednak ich tworzyć.

Większość atoli badaczów jest zdania, że blizkie pokrewieństwo rodziców niemal zawsze źle się odbija na potomstwie, choćby z tego względu, że jest rzeczą niezmiernie rzadką, by rodzice istotnie żadnych wad cielesnych, choćby ukrytych, nie przedstawiali; takie zaś wady, jak mówi znany fizyolog Paweł Bert, potęgują się w potomstwie do kwadratu.

Hodowla zwierząt domowych, w której w danym kierunku wiele doświadczeń przeprowadzono, wskazuje, że u zwierząt, dla utrzymania czy spotęgowania pewnej pożądanej własności, można łączyć zwierzęta o krwi bardzo pokrewnej tylko do pewnej granicy i że przytem często powstałe stąd osobniki są wogóle słabe, mało odporne na różne czynniki szkodliwe, a nadto że ich zdolność płciowa słabnie. Spostrzeżenia, poczynione już dawno na ludziach świadczą, że u potomstwa blizkich krewnych występują częściej, niż u innych osobników różne wady rozwojowe, jako to bielactwo, warga zajęcza, wilcza paszcza, głuchoniemota, niezdolność płciowa, matołectwo, różne choroby umysłowe, zołzy, krzywica, pląsawica, padaczka, oraz że takie osobniki często umierają w młodym wieku.

Zwyrodnienie dziedziczne. Z powyższego przedstawienia wynika, że w stosunkach patologicznych wady czy zaburzenia rodziców niezawsze wywołują u potomstwa zmiany identyczne czy podobne, a że natomiast u potomstwa alkoholików, chorych na kiłę, gruźlicę, czy psychopatów, często zachodzi t. zw. transformizm stanu patologicznego rodziców.

To też u takich osobników spotyka się częstokroć różne znamiona patologiczne, które dla cierpienia rodziców charakterystyczne nie są, a które świadczą tylko o tem, że dany osobnik, dziedzicznie chorobą rodziców obciążony, jest osobnikiem zwyrodniałym. Znamiona tego zwyrodnienia mogą być anatomiczne, fizyologiczne, psychologiczne i socyologiczne.

Znamiona anatomiczne zwyrodnienia dziedzicznego stanowią zniekształtnienia czaszki, jako to nizkie lub pochylone w tył czoło, co powstaje przez zbyt wczesne skostnienie szwu strzałkowego i wieńcowego, zniekształtnienia i asymetryc twarzy, nadmierne występowanie szczęki górnej lub dolnej, spłaszczenie sklepienia podniebienia, nieprawidłowości zębów, skrzywienie kręgosłupa, zrost 1-go kręgu szyjnego z potylicą, wzrost olbrzymi lub karli, krótkość palców, warga zajęcza, wilcza paszcza, rozszczepy kręgosłupa, nadmierne uwłosienie u kobiet, a zbyt słabe u mężczyzn, upośledzenie rozwoju narządów płciowych, późne zstępowanie jąder, brak jąder lub monorchizm, zatrzymanie rozwoju macicy, niedrożność pochwy, stulejka, zniekształtnienia tęczówki, zmiany barwikowe naczyniówki i siatkówki, daltonizm, nadmierna bystrość wzroku, nieprawidłowy rozwój uszu, nierówność uszu, przyrośnięcie płatka usznego, nieprawidłowości ślimaka, zaburzenia rozwojowe mózgu, przerost móżdżku, znamiona barwikowe, wystąpienie sutków u mężczyzn, oraz wogóle znamiona feminizmu u mężczyzn, a maskulinizmu u kobiet.

Znamiona fizyologiczne zwyrodnienia dziedzicznego stanowią opóźnienie w chodzeniu i mówieniu dziecka, niemota, głuchoniemota, jąkanie się, zezowanie, idyotyzm, niekiedy zaś wielka inteligencya w jednym kierunku, połączona z brakiem wszelkiej inteligencyi w innych kierunkach, somnambulizm, mimowolne oddawanie moczu, aerofagia, przeżuwanie zwróconych z żołądka pokarmów, zaburzenia wzroku, słuchu, bezsenność, różne choroby nerwowe, niepłodność.

Znamiona psychologiczne stanowią brak zmysłu moralnego i impulsywność, którym często towarzyszy onychofagia i trichofagia, różne perwersye płciowe, jakoto onanizm, erotomania, ekshibicyonizm, oraz różne psychozy, połączone często ze skłonnością do samobójstwa. Wiele takich osobników wielkie upodobanie znajduje w tatuowaniu się.

W końcu za znamię socyologiczne zwyrodnienia dziedzicznego niektórzy badacze uważają utratę zdolności do życia zbiorowego, do czego zanik zmysłu moralnego osobniki zwyrodniałe doprowadza.

Zwyrodnienie dziedziczne wywołuje zwykle niepłodność, co sprawia, że zwyrodniały ród wygasa.

Istota dziedziczna. Przedstawione powyżej fakty, świadczące, że nietylko w stanie prawidłowym, ale i w stanach patologicznych pewne cechy i własności rodziców odbijają się na potomstwie, stały się przedmiotem licznych dociekań biologów i lekarzy, którzy starali się z różnych stron rzucić nieco światła na niewyświetlony dotychczas problemat dziedziczności. Podstawę tych dociekań stanowiły stosunki morfologiczne, zachodzące przy powstawaniu z plazmy rodziców nowych ustrojów; opierając się na nich, budowano hipotezy i przeróżne przeprowadzano doświadczenia.

Jak wiadomo, mnożenie się u istot jednokomórkowych odbywa się przez podział ustroju macierzystego na nowe osobniki; u wielu takich tworów co jakiś czas komórka macierzysta zlewa się przed podziałem z inną podobną komórką.

U tworów wielokomórkowych ze zróżnicowanemi komórkami rozrodczemi potomstwo powstaje z tych komórek, mianowicie ze substancyi jajka i plemnika, który jajko zapładnia. Wybitną rolę odgrywa w tym akcie substancya jądrowa, mianowicie substancya chromatynowa zarówno plemnika, jakoteż i jajka, której zmiany morfologiczne, dla badań mikroskopowych dostępne, skupiły na sobie uwagę badaczów. Substancya chromatynowa przy podziale komórki rozpada się na pewną ilość ciał nitkowatych, t. zw. chromosomów, których ilość dla wszystkich komórek danego gatunku jest stała. Wyjątek stanowią atoli komórki rozrodcze, które przy dojrzewaniu przed zapłodnieniem tracą połowę chromosomów, tak że po ich połączeniu się powstaje znów komórka o właściwej dla danego gatunku ilości chromosomów. Ta redukcya chromatyny w komórkach rozrodczych odbywa się w plemniku przez dwukrotny podział, w jajku zaś przez wydalenie dwu mas chromatyny, t. zw. ciałek biegunowych. Przez zlanie się zredukowanych mas chromatynowych męzkich i żeńskich, przyciągniętych jakby przez siłę magnetyczną przez t. zw. centrosomy, powstaje w zapłodnionem jajku jądro zupełne, w którem cząstki, pochodzące z plemnika, są dokładnie zmieszane z cząstkami, pochodzącemi z jajka. Każda komórka pochodna zapłodnionego jajka, powstała przez jego podział, otrzymuje chromatynę pochodzącą z plemnika i z jajka i to po połowie, i to z każdego chromosomu zarówno męzkiego jakoteż i żeńskiego dostaje się jej jednakowa ilość chromatyny. Ta okoliczność tłómaczy występowanie u potomstwa dwu osobników własności i cech niejako mieszanych, przejętych w części od ojca, w części od matki. Ponieważ zaś przed zapłodnieniem jajka przez plemnik w komórkach rozrodczych istota chromatynowa redukuje się do połowy, nie wszystkie cechy każdego z rodziców muszą przejść na potomstwo.

Ze wszystkich komórek pochodnych zapłodnionego jajka, które z biegiem czasu różnicują się na komórki różnej wartości i obejmują różne czynności fizyologiczne, jedne tylko komórki rozrodcze obdarzone są własnością, przez połączenie komórki męzkiej z żeńską, czyli zapłodnienie jajka przez plemnik, wytworzenia zaczątka nowego ustroju, posiadającego cechy rodziców. A zatem te komórki w sprawie dziedziczności główną muszą odgrywać rolę. To też dla wytłómaczenia zjawiska dziedziczności Jäger, a potem Nussbaum wyrazili pogląd, że w szeregu pokoleń komórki rozrodcze posiadają pewną ciągłość; gdy zaś spostrzeżenia, poczynione nad powstawaniem potomnych ustrojów, pogląd ten obaliły, Weismann w r. 1885 postawił tezę o ciągłości nie komórek rozrodczych, ale pewnej części plazmy ich jądra, którą nazwał plazmą zarodkową w przeciwstawieniu do pozostałej części plazmy, mianowicie jej części osobowej, z której wszystkie niejako osobiste tkanki ustroju powstają. Według Weismanna owa plazma zarodkowa zawiera w sobie właściwą istotę dziedziczną; przy podziale chromosomów w zapłodnionem jajku istota ta oddziela się od pozostałej części plazmy na zawsze i odkłada się w tych jego częściach, z których powstają później komórki rozrodcze. W ten sposób owa istota dziedziczna stanowić ma pewną masę ciągłą w szeregu pokoleń, niejako nieśmiertelną.

Znaczenie różnych składników zapłodnionego jajka dla dziedziczności. Według przytoczonego poglądu Weismanna plazma zarodkowa, a względnie istota dziedziczna, jest ściśle związana z istotą chromatynową, a więc ze substancyą jądra zapłodnionego jajka. Pogląd ten opierał się głównie na badaniach doświadczalnych, w których sztucznie uszkadzano różne części zapłodnionego jajka i badano potem rozwój powstałego zeń ustroju. Na podstawie takich badań doszedł mianowicie W. Roux do wniosku, że zapłodnione jaja żab znoszą bez szkody znaczne utraty protoplazmy, że istota dziedziczna związana jest przeto głównie z istotą jądrową jajka. Powyższy pogląd wyrażali później także i inni badacze, jakoto Flemming, Rauber, Verworn, Nussbaum, Klebs, Balbiani i in. Doświadczenia nad odradzaniem się części sztucznie uszkodzonych tworów jednokomórkowych wskazywały również, że do odradzania się sama protoplazma nie wystarcza, a że do powstania z części uszkodzonej komórki nowego ustroju potrzeba, by zawierała ona choćby małą tylko cząstkę substancyi jądrowej. Pogląd o głównej roli, jaką ta substancya odgrywa w sprawie dziedziczności, opierał się także na tym fakcie, że

u zwierząt wyższych przy zapłodnieniu jajka wchodzi do jego substancyi bardzo mało protoplazmy plemnika, a głównie jego substancya jądrowa, to zaś wystarcza do przekazania potomkowi cech ojcowskich.

Późniejsze badania pokazały atoli, że nietylko substancya jądrowa, ale i protoplazma komórek rozrodczych w odradzaniu się, oraz w dziedziczności ważną odgrywa rolę. Podstawowe badania w tym względzie przeprowadzili Boveri oraz Delage, którzy wykazali, że zarodek może powstać z części jajka, pozbawionej jądra po zlaniu się jądra plemnika z masą cytoplazmy jajka. Fick wykazał w badaniach przeprowadzonych na aksolotlu, że i protoplazmatyczna część plemnika przy zapłodnieniu ważną odgrywa rolę. Spostrzeżenia te wskazywały, że istotę dziedziczną zawiera nietylko substancya jądrowa, ale cała komórka rozrodcza. Poźniejsze badania braci O. i R. Hertwigów oraz Driescha nad zapładnianiem cząstek bezjądrowych jaj jeżowców przemawiały również za tem, że dla dziedziczności nietylko jądro, ale i protoplazma komórek rozrodczych wielkie ma znaczenie. Najjaśniej wynika to z badań Godlewskiego, przeprowadzonych w Krakowie nad szkarłupniami, a ogłoszonych w r. 1905; Godlewski zapładniał cząstki jaj jeżowców, nie zawierające z wszelką pewnością substancyi jądrowej, plemnikami liliowca gatunku »Antedon rosacea«. Przy takiem krzyżowaniu tworów, należących do dwu odrębnych rodzin, rozwój tworu, powstałego z zapłodnionego jaja, jest upośledzony; w danym przypadku dochodził on tylko niekiedy do okresu, stanowiącego t. zw. »gastrula«, a względnie »pluteus«; przytem w tworzeniu mesenchymy i larwy twór taki okazywał typ matczyny, jakkolwiek jajo, z którego pochodził, było pozbawione jądra. Badania te dowodzą przeto, że dla pierwszych okresów rozwoju szkarłupnia daje miarę protoplazma jaja, nie zaś jego jądro. W r. 1906 wyraził Loeb zapatrywanie, że to, co jajko zawiera preformowanego z zarodka, mieści się nie w jego jądrze, ale w protoplazmie. Przytoczone nowsze badania i poglądy biologów nie potwierdzają przeto jednej z kardynalnych tez teoryi Weismanna, mianowicie, że masa dziedziczna, względnie plazma zarodkowa Weismanna jest zawarta tylko w substancyi jądrowej komórek rozrodczych.

(C. d. n.).

Z oddziału i kliniki laryngologicznej Prof. Pieniążka w Krakowie.

Dwieście siedemdziesiąt trzy przypadki twardzieli

leczone w latach 1894—1910

podał

Dr Antoni Pachoński
asystent kliniki.

(Ciąg dalszy).

Z 273 przypadków twardzieli wogóle, była krtań zajęta w 223, zatem tylko u 50 chorych była krtań wolna od zmian. Rozmieszczenie nacieków twardzielowych przedstawia się w tych 223 przypadkach następująco: 78 razy nacieki usadowiły się tylko w okolicy podgłośniowej, jako t. zw. »Chorditis vocalis hypertrophica inferior«; w 82 zajęte były struny i okolica podgłośniowa, w 37 cała krtań t. zn. wraz z wejściem (aditus), z których w 10 rozlała się twardziel na całą krtań w ciągu obserwacyi klinicznej, występując pierwotnie jako »Chorditis vocal. hypertr. infer.« i dopiero w dalszym ciągu przenosząc się na inne części. Dokonywało się to stosunkowo bardzo powoli, jak n. p. w jednym przypadku po 11 latach; najkrótszy zaś przeciąg czasu wynosił 19 miesięcy. Tylko w pozostałych 26 przypadkach nie było nacieków pod głośnią, a przypadki te dzielą się, jak następuje:

Struny prawdziwe	9
struny rzekome	3
struny prawdziwe i rzekome	12
struny rzekome i wejście do krtani	1
wszystkie struny i szypułka nagłośni	1
razem	26

Jak to z przytoczonych liczb widać, okolica podgłośniowa krtani niemal z reguły stanowi punkt wyjścia twardzieli krtani. Nacieki twardzielowe, jakie się tu rozwijają, przedstawiają się początkowo jako nieregularne zgrubienia pod strunami głosowemi, czasem nawet jako pewna tylko falistość ścian bocznych, która przechodzi w wyraźniejszą już wyniosłość pod przednim kątem strun głosowych. Kiedyindziej, i to najczęściej, nacieki przybierają postać wałków, poduszek lub przeciwnie cienkich listewek (postać starsza, w której dokonuje się już przemiana włóknista), biegnących pod strunami głosowemi wzdłuż ich przebiegu i zaginających się czasami sierpowato na stronę przeciwną po ścianie tylnej lub przedniej. Wałki te mogą być wykształcone albo całkowicie, albo tylko częściowo, a w tym drugim przypadku widzimy je zawsze pod przednimi końcami strun głosowych, i nieraz możemy śledzić ich rozrastanie się ku tyłowi, aż ku przyrostkom głosowym (processus vocales) chrząstek nalewkowatych. Z reguły występują one symetrycznie pod obu strunami, a tylko wyjątkowo po jednej stronie, w naszych przypadkach n. p. 4 razy. Przeważnie bywają oddzielone od strun głosowych mniej lub więcej wyraźną bruzdą, rowkiem, i wówczas pozostają nieruchome i nie postępują za ruchami fonacyjnymi strun głosowych, mało wpływając na sam dźwięk głosu mimo, że zwężając nieraz znacznie światło krtani, wywoływać mogą silną duszność. W innych przypadkach naciek podgłośniowy rozkłada się płasko i skośną płaszczyzną przechodzi na dolną powierzchnię strun, które wówczas zlewają się zupełnie z naciekiem tak, że czasem dopiero tylko przy wydawaniu wysokich tonów zaznacza się ich brzeg, jako wązki i cienki rąbek. Z powodu najsilniejszego rozrostu i naturalnego zbliżenia pod przednimi końcami strun głównych, wałki twardzielowe stykają się często w tem miejscu, a następnie łatwo zlewają się i zrastają ze sobą i w ten sposób wytwarza się pletwa. Pletwa taka skraca głośnię od przodu nieraz o dwie trzecie jej naturalnej długości tak, że pozostaje tylko trójkątny otwór między tylnymi końcami strun, względnie wałków. Przez rozrost nacieków twardzielowych, silniejszy w głębi, niż bezpośrednio pod strunami głosowemi, układa się pletwa terasowato, wytwarzają się schody, spadające od przodu w dół ku tyłowi do wolnego otworu głośni. W ten sam sposób także wytwarzać się mogą dwie pletwy, jak to było w jednym przypadku, gdzie pod lekko nierównemi strunami prawdziwemi usadowiła się jedna pletwa mniejsza, oddzielona od strun wyraźnym rowkiem, a pod nią w pewnym odstępie druga, cieńsza, ale znacznie dalej ku tyłowi sięgająca.

Rzadko stosunkowo przechodzi naciek twardzielowy w tem miejscu na tylną ścianę krtani. Jeśli to nastąpi przy równoczesnem istnieniu wałków, otrzymujemy wówczas naciek okrężny, który wytwarza pierścień podgłośniowy (12 przypadków), przy istnieniu zaś pletwy w przednim kącie, powstaje błona (diaphragma, — 6 przypadków) z małym otworkiem, czasami wielkości groszku, położonym zazwyczaj więcej ku tyłowi. W innych przypadkach wytwarza twardziel na tylnej ścianie krtani guzy różnej wielkości (7 razy), które same mogą wywoływać znaczne zwężenie głośni i utrudnienie oddechu przez to, że powietrze może dostawać się tylko przez niewielki otworek w przednim kącie krtani. Ogółem, pomijając 37 przypadków, w których cała krtań była twardzielą dotknięta, znaleziono zmiany na tylnej ścianie tylko w 30 przypadkach. O ile podgłośniowe nacieki twardzielowe, oddzielone od strun głównych rowkiem, nie wpływają na ruchomość strun, to nacieki tylnej ściany prawie zawsze ją upośledzają, a to przez blizkie sąsiedztwo ze stawami między chrząstkami nalewkowatemi, a tarczą chrząstki pierścieniowatej, a także jako zapora mechaniczna, nie dozwalająca na zbliżenie się do siebie obu wyrostków głosowych chrząstek nalewkowatych.

Przez rozrastanie się nacieków podgłośniowych, choćby nawet zupełnie nie upośledzających ruchomości chrząstek nalewkowatych i strun głosowych, następuje z biegiem czasu tak znaczne ścieśnienie światła krtani, że wprost nadziwić się nie można, iż chory nietylko nie udusił się, ale nawet przy spokojnem zachowywaniu się i przy spokojnym oddechu okazuje w stosunku do zwężenia światła krtani nieproporcyonalnie małą duszność, gdy przy innych chorobach, które dają czasem podobny obraz wziernikowy, — n. p. przy zapaleniu podśluzowem krtani (laryngitis submucosa), zapaleniu ochrząstnej (perichronditis cricoidea), naciekach gruźliczych, kiłowych, nowotworowych, — już przy znacznie mniejszem zwężeniu światła duszność osiąga taki stopień, że stanowi wskazanie życiowe do otwarcia tchawicy. Ta niestosunkowo mała duszność służy nam nawet do celów rozpoznawczych wobec twardzieli tchawicy. Przy pewnem rozmieszczeniu nacieków twardzielowych krtani, zwłaszcza przy takiem ułożeniu krtani u niektórych ludzi, że u nich nawet wśród stosunków prawidłowych bardzo trudno obejrzeć tchawicę w obrazie lusterkowym, jeżeli znajdujemy nieznaczne zwężenie krtani, a znaczną duszność, to mimo, iż tchawicy samej w lusterku obejrzeć nie można, przyjmujemy, że przyczyna zwężenia i duszności leży głębiej, poniżej krtani. Słuszność tego rozumowania można zawsze potwierdzić przez tracheoskopię lub bronchoskopię, dla których właśnie taki obraz lusterkowy stanowi wskazanie i dla ustalenia rozpoznania i dla leczenia.

Niestosunek między rozmiarami zwężenia, a dusznością znajduje swe wytłómaczenie w bardzo powolnem rozrastaniu się twardzieli. Dokonywa się to powoli, nieraz dopiero w ciągu szeregu lat tak, że chory zadziwiająco się do tego przystosowuje; natomiast przy wszystkich wyżej wspomnianych chorobach, nawet przy najpowolniej rozwijającym się nowotworze, zwężenie wytwarza się znacznie szybciej, a przez to, chociaż mniejsze, nie znajduje wyrównania w przyzwyczajeniu się chorego.

Postępując w górę, zajmuje twardziel stopniowo struny głosowe prawdziwe i rzekome, fałdy i chrząstki nalewkowate i nagłośnię, czego jednak nie należy rozumieć w ten sposób, aby rozwój ten następował tylko przez ciągłość (per continuitatem), gdyż często spotykamy obrazy, które wcale tej ciągłości nie odpowiadają. Może być zajęte tylko wejście do krtani, a cała reszta krtani nie, albo wejście i okolica podgłośniowa z pominięciem strun głosowych, lub struny rzekome i podgłośnia, a prawdziwe mogą być najzupełniej prawidłowe. W jednem miejscu n. p. pod głośnią możemy mieć naciek rozlany, stary, zbity, blado-szary, a na strunach rzekomych lub na szypułce nagłośni świeże bladoróżowe, miękkie guziczki twardzielowe.

Struny głosowe prawdziwe ulegają twardzieli najczęściej na swej dolnej powierzchni, na którą nacieki podgłośniowe stopniowo przechodzą. Struna głosowa, początkowo wyraźnie oddzielona od nacieku pod nią leżącego, cienka, barwy ścięgna, dobrze ruchoma, zaczyna dolną swą powierzchnią zlewać się z naciekiem, traci swą barwę, a z czasem zlewa się z naciekiem tak, że jej zupełnie już od niego odróżnić nie można. Brzeg struny, w warunkach prawidłowych gładki, równy, traci te cechy, staje się lekko ząbkowanym. Innym razem mimo wyraźnego rowka między struną, a naciekiem podgłośniowym, struna wygląda więcej mięsisto. Z powodu nacieku staje się grubszą, rozlanie zaczerwienioną, nierówną, jakby chropowatą, a czasami występują na niej odosobnione guziczki bladoróżowej świeżej tkanki twardzielowej. I znowu możemy tu spotkać tosamo, co i przy wałkach podgłośniowych, że obie struny stykają się ze sobą stale, a więc i przy oddechu, a nie tylko przy wydawaniu głosu i taksamo, jak wałki, mogą się ze sobą zlepić, zrosnąć i wytworzyć pletwę (u nas 3 przypadki) w przednim kącie. Naturalnie przy takich zmianach strun samych zostaje nietylko oddech, ale i głos znacznie upośledzony. Chrypka potęguje się wówczas aż do zupełnego bezgłosu. Wskutek zgrubienia strun prawdziwych zbliżają się one znacznie do strun rzekomych, zatoka Morgagniego zostaje tak ścieśniona, że nieraz nawet po rozcięciu krtani (laryngofissura) przy bezpośredniem oglądaniu ledwie się zaznacza, a znika zupełnie, jeśli zleją się ze sobą nacieki struny prawdziwej i rzekomej. A jak to do skutku przychodzi, jak stopniowo się dokonywa, możemy nieraz śledzić, gdyż często po obu stronach postępuje ta sprawa nierównomiernie. Po lewej n. p. zlanie się już nastąpiło, a po prawej rozdział jest całkiem utrzymany, albo dopiero się zaczyna, zazwyczaj od przednich końców strun, na co wskazuje również zatoka Morgagniego, widoczna n. p. tylko w tylnej połowie.

Do wyjątków należy jednostronne występowanie sprawy w tym okresie i w naszej klinice spostrzegano je tylko u jednego chorego, u którego struny lewe (prawdziwa i rzekoma) po zlaniu się ze sobą wytworzyły płaski guz, sięgający więcej niż do linii środkowej krtani, a struny prawe przynajmniej były najzupełniej prawidłowe dla badającego oka.

Nacieki strun głosowych rzadko tylko występują w postaci ogniskowej jako guziczki, a już wyjątkowo jako większy guz; prawie z reguły występują one w postaci rozlanej, jednostajnej, co wyraźnie daje się spostrzegać, zwłaszcza na strunach wrzekomych. Kąt, wytworzony przez ich górną powierzchnię i ścianę krtaniową fałdu nalewkowo-nagłośniowego wyrównuje się, a nawet zanika, a między

ich wolnymi brzegami występuje nowa ukośna płaszczyzna, wytworzona przez naciek. Przy zlaniu się strun prawdziwych z naciekami podgłośniowymi spostrzegamy jeszcze niezbyt rzadko inne ciekawe zjawisko, a mianowicie struny prawdziwe, jakby wmurowane w naciek twardzielowy, zostają przezeń zupełnie unieruchomione. Głośnia, między niemi zawarta, nie zmienia swych wymiarów w czasie fonacyi, struny pozostają stale w większem lub mniejszem odchyleniu, a chory wydaje głos za pomocą strun rzekomych, które przez silne działanie mięśni przyciągających zostają doprowadzone do linii środkowej. Naturalnie już z przyczyny samej różnicy w budowie histologicznej strun rzekomych, a także i dla nadmiernego wysiłku mięśniowego jestto głos nieczysty, ochrypły, ale o charakterze różnym od głosu fistułowego, jaki powstaje wówczas, kiedy wydają głos wprawdzie więzadła prawdziwe, ale nie dochodzące do linii środkowej i pozostawiające między sobą owalną szczelinę.

Dużo przykrzejszą staje się cała choroba przez zajęcie także wejścia do krtani, t. j. chrząstek nalewkowatych, fałdów nalewkowo-nagłośniowych i samej nagłośni. Z reguły twardziel zajmuje tu tylko powierzchnię krtaniową, t. j. tę, która leży od strony światła krtani, pozostawia zaś wolną od zmian powierzchnię, zwróconą ku gardłu, tak że tylko raz jeden wśród tylu naszych przypadków spostrzegano zajęcie językowej powierzchni nagłośni, z której naciek przechodził na fałdy nagłośniowo-gardłowe (plicae pharyngo-epiglotticae). Najczęściej sadowią się nacieki u nasady nagłośni na jej szypułce, wytwarzając tu rozlane zgrubienie, pofałdowanie błony śluzowej lub nieregularne wały. Z szypułki przechodzi naciek na struny rzekome, fałdy nalewkowo-nagłośniowe i t. d. Przez kurczenie się nacieków, zwłaszcza fałdów nalewkowo-nagłośniowych, zostaje nagłośnia silnie na krtań pochylona. Chrząstki nalewkowate, pociągnięte ku przodowi, odchylają swą tylną, gardłową powierzchnię i tylko nią odbijają się w lusterku jako płaskie, szerokie i pozornie grube. Wolny brzeg fałdów, zawinięty do światła krtani, porusza się przy ruchach oddechowych, zwłaszcza w tych punktach, które już w prawidłowych warunkach silniej występują, t. j. w tych punktach, gdzie kryją się chrząstki Wrisberga i Santoriniego, a te ruchy, to unoszenie się, utrudniające oglądanie, odczuwa nieraz i sam chory, jako przykre gonienie i poruszanie się czegoś, co daremnie stara się odkrztusić. Czasami znowu spotykamy w wejściu do krtani zupełne guzy twardzielowe o różnym punkcie usadowienia (n. p. nagłośnia, chrząstka nalewkowata), które zupełnie zatykają światło tak, że tylko przez jakąś nieznaczną szczelinę, gdziekolwiek z boku leżącą, coś powietrza do głębi przecisnąć się zdoła. Nagłośnia n. p., mimo że guz usadawia się na jej powierzchni krtaniowej, może być przezeń tak zniekształtniona, a guz tak dalece zalegać wejście, że kilkakrotnie Prof. Pieniążek usuwał nagłośnię w całości przez poprzeczne podgnykowe otwarcie gardła (pharyngotomia subhyoidea).

(C. d. n.).

Oceny i sprawozdania.

Prof. Napoleon Cybulski. **Kilka uwag o elektrokardyogramach na podstawie własnych doświadczeń.** Odbitka z »Gazety lekarskiej« 1910.

Badania zjawisk elektrycznych w sercu opierały się na wypowiedzianej przez Hermanna, a dotychczas uważanej za pewnik zasadzie, że każda część czynna włókna mięsnego, nerwu lub jakiejkolwiek innej tkanki jest elektroujemną w stosunku do innych części tejsamej tkanki, pozostających w spoczynku. Stwierdzono to także na sercu. Dopiero przy zastosowaniu galwanometru strunowego Einthovena okazało się, że elektrokardyogramy, otrzymane zapomocą tego przyrządu, mają zupełnie odmienne cechy, nie dające się wytłómaczyć zasadą Hermanna. Badania, które autor wykonał przyrządem Einthovena, stwierdziły, że zmiany elektryczne nie idą w parze ze zmianami mechanicznemi w sercu i że podczas tego samego stanu czynnego może się stan elektryczny kilkakrotnie zmieniać. Fakt ten wskazuje, że czynność mechaniczną mięśnia poprzedzają i towarzyszą jej jakieś zaburzenia wewnętrzne w protoplazmie, które są ściśle związane ze stanem potencyału elektrycznego, lecz zupełnie nie przeszkadzają pracy mechanicznej, wykonywanej przez mięsień lub serce. Dla wytłómaczenia tej sprawy podaje autor następującą hipotezę: Jak wiadomo, odbywają się w każdej cząsteczce żywej protoplazmy współcześnie wciąż dwie sprawy: asymilacya czyli anabolizm i desasymilacya, czyli katabolizm. Otóż autor przypuszcza, że »zmiany elektryczne właściwie towarzyszą sprawie anabolicznej i katabolicznej i są wyrazem zewnętrznym ich natężenia i trwania. Sprawa kataboliczna charakteryzuje obniżenie potencyału w tych cząsteczkach żywej materyi, w których katabolizm się odbywa. Odwrotnie, anabolizm charakteryzuje wzrost potencyału. Tak obniżenie jednak, jak i wzrost noszą cechę zmian tylko chwilowych, mających charakter jakby spraw wybuchowych. Jeżeli obie te sprawy się równoważą, to potencyał całej powierzchni takiej żywej tkanki pozostaje bez zmiany. Najmniejsza przewaga jednej z nich ujawnia się odrazu zmianą elektryczną, charakteryzującą skład potencyału elektrycznego. Miejsce, w którem ta przewaga następuje, staje się dodatniem albo ujemnem, zależnie od tego, która sprawa przeważa. Ponieważ każdą czynność fizyologiczną poprzedza nagłe obniżenie potencyału w t. zw. okresie utajonego podrażnienia, więc z tego właśnie powodu uważać trzeba tę sprawę desasymilacyi jako sprawę przygotowawczą do mającej nastąpić czynności tkanki. Wyrównywanie się potencyału w chwili, gdy czynność tkanki następuje, pozwala przypuszczać, że według prawidła, podczas samej czynności sprawa desasymilacyjna ustaje i że tkanka zużywa tylko te materyały, które w poprzednim okresie zostały przygotowane«.

Hipoteza powyższa tłómaczy, jak to autor na przykładach przedstawia, nietylko charakter prawidłowych kardyogramów, ale także i wszystkie uchylenia od stosunków prawidłowych. W świetle zaś tej hipotezy okazuje się ogromna doniosłość, jaką w dziedzinie badań serca może mieć zastosowanie galwanometru strunowego. Z uzyskanych zapomocą tego przyrządu krzywych można wnosić nietylko o rytmie, o trwaniu skurczu serca i pojedynczych jego faz, ale możnaby ocenić także sprawy wewnętrzne, odbywające się w mięśniu sercowym, a dotychczas żadnej ocenie niedostępne, możnaby ocenić jego zasobność w energii, która w danym momencie jest przeznaczona dla nastąpić mającego skurczu i t. d. Krzywa elektrokardyograficzna objaśnia także, czy zastosowany środek sercowy działa i jak działa, czy się zmienia stosunek nietylko skurczu do rozkurczu, ale także katabolizmu do anabolizmu, t. j. czy zmieniają się te sprawy wewnętrzne, które jedynie rozstrzygają o sprawności serca. Jako metoda czysto przedmiotowa może elektrokardyografia odegrać bardzo ważną rolę w badaniach

sprawności serca, dotychczas ograniczonych do sposobów tylko podmiotowych.

Wogóle na podstawie dotychczasowych kilkoletnich swych badań wysnuwa autor wniosek, że »galwanometr strunowy przedstawia tak obszerne pole do nowych badań w dziedzinie medycyny, badań ścisłych, przedmiotowych, a wskutek tego prawdziwie naukowych, jak żaden inny przyrząd dotychczas« i wyraża nadzieję, że »przyjdzie czas, w którym elektrokardyogram, elektromyogram, a może i elektroneurogram będą stanowiły taką samą i również niezbędną podstawę do dyagnostyki, jaką badanie moczu i krwi już posiadają obecnie«. Z.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Achard. **Zmiany własności ciałek białych w toku uśpienia chirurgicznego.** (Acad. de méd. 20. kwietnia, 1910). Autor stwierdził u chorych, poddanych uśpieniu, osłabienie dwóch zasadniczych właściwości leukocytów. U chorej, którą uśpiono zbyt głęboko eterem, czynność leukocytów spadła pod koniec uśpienia prawie do zera. Pod wpływem chloroformu spadała czynność leukocytów o $^2/_3$, $^3/_4$, a czasem zupełnie ustawala. Osłabienie to ciałek białych jest jednak przemijające; znika po dobie. Trwa ono zwykle nieco dłużej, niż uśpienie. Tem da się tłómaczyć, dlaczego środki usypiające szybko działają, a zwolna się z ustroju wydzielają. Osłabienie biernych i czynnych własności leukocytów w śnie chirurgicznym dowodzi, że środki usypiające działają na cały ustrój, a nawet na komórki, nie pozostające wcale pod bezpośrednim wpływem układu nerwowego. Fakt ten wyjaśnia poniekąd i niektóre przypadłości pooperacyjne. Stahr.

Knoke. **Odkażanie skóry sposobem Grossicha.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 18). K. po wypróbowaniu sposobu Grossicha odkażania skóry przy 350 większych operacyach, oświadcza się za tą metodą. Należy jednak uważać, by po zajodynowaniu nie przylegały do siebie dłużej bezpośrednio posmarowane powierzchnie, (co n. p. zdarzyć się może przy operacyach przepuklin na worku mosznowym). Dalej dobrze jest skórę przedtem osuszać, n. p. zapomocą wytarcia benzyną. Wystarcza dwukrotne zapendzlowanie jodyną, raz na początku uśpienia, a drugi raz przed zaczęciem operacyi. U niektórych osób powstaje wyprysk, dlatego też po operacyi usuwają niektórzy nadmiar jodu. Uważać też należy n. p. na brzuchu, by przy opatrunku nie kłaść za dużo opatrunków, zwłaszcza waty, co ułatwia także powstawanie wyprysku. K.

Burwinkel. **Puszczanie krwi, niezbędny środek leczniczy w medycynie.** (Med. Klinik 1910, Nr 19). Zupełnie niesłusznie zarzucono w medycynie puszczanie krwi. A zarzucono je do tego stopnia, że wielu lekarzy wogóle nie wie, jak krew puszczać, choć jest to przecież zabieg zupełnie prosty. Upust krwi ma nieraz znakomity skutek, albowiem wywołuje on spadek ciśnienia krwi, ułatwia wessanie wysięków, zwiększa wydzielanie moczu, podnosi zasadowość krwi, a zmniejsza jej lepkość, działa podniecająco na narządy krwiotwórcze i t. p. Upuszczać możemy krew albo naraz w większej ilości (do 500 ctm³), lub też często, lecz w małych ilościach. Wskazaniami do upustów krwi, są: zaburzenia krążenia, krwistość, nawały do głowy, zastoiny, udar mózgowy, zatrucia gazami, zapalenia płuc, dychawica sercowa, uduszenia, wstrząs mózgu, mocznica, rzucawka porodowa, choroby nerek, blednica, dna, choroby skórne, zwapnienie tętnic. Przy udarze, zapaleniu płuc, zastoinach i t. p. puszczamy odrazu więcej krwi. Co do wieku, to regułą jest puszczać 10 ctm na rok życia, więc n. p. u 5-letniego dziecka wolno puścić do 50 ctm. Przy udarze puszcza się krew po stronie zdrowej, przy zapaleniu płuc po chorej. Żyłę nacina się w przegubie łokciowym, przyczem chory zawsze powinien leżeć, bo często przytem występują omdlenia. K.

Czerny. **Sposoby leczenia raka, używane w Domu samarytańskim w Heidelbergu.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 7). W r. 1909 leczono w Instytucie dla badania raka w Heidelbergu 434 chorych, cierpiących na nowotwory nie nadające się do operacyi. Stosowano: operacye chirurgiczne, fulguracyę, leczenie światłem, promieniami Roentgena, radem i surowicami. Co do radu (130 przypadków), to stosowano go w postaci 10 cm³ 10% zawiesiny (Kreuznach-radiol), okładów, wody do picia i t. p.

Najkorzystniejsze okazało się kombinowane leczenie radem i promieniami Roentgena, zwłaszcza przy złośliwym gruczolaku limfatycznym. Niektóre przypadki zostały w ten sposób wyleczone i są od dłuższego czasu wolne od nawrotów. Przy mięsakach rozpad guzów wskutek wstrzykiwań radu bywa nieraz bardzo szybki. — Przy rakach spostrzegano nieraz poprawę (n. p. znikanie bolów, zmniejszanie się guzów i t. p.), ale wyleczenia nigdy nie spostrzegano. Rad jest bezwarunkowo dzielnym środkiem miejscowym, zwłaszcza w powstrzymywaniu dalszego rozrostu guzów. — Natomiast »działania z oddali«, n. p. przez picie emanowanego radu, nie spostrzegał C. ani razu. — Surowica Schmidta wywołuje nieraz odczyn (podobnie jak szczepienie róży), a niekiedy nawet spostrzega się poprawę po tem leczeniu. Wymaga ono jednak wielkiej cierpliwości obustronnej i nie wolno go stosować przy przerzutach i u chorych charłaczych. — Fulguracya oczyszcza znakomicie wrzody nowotworowe, tamuje krwotoki i usuwa nieraz bole, a nawet leczy owrzodzenia płaskie, natomiast działa tylko przemijająco przy nowotworach głęboko owrzodziałych, a nawet może pobudza do tworzenia przerzutów. Próbowano także krótkich iskier elektrycznych, (zimna kaustyka, diathermia, elektrokaustyka i t. p.). Sposoby te niszczą tkankę rakową, nie wywołując implantacyi komórek w otoczenie. — Najpewniejszym jednak sposobem leczenia raka jest i pozostanie wczesne, doszczętne wycięcie nowotworu w granicach zdrowej tkanki. Klęsk.

A. Rydygier. **Kilka słów o wydobywaniu ciał obcych z przełyku.** (Gazeta lek. 1909. Nr 51). R. opisuje przypadek ciała obcego (szczęki sztucznej) w przełyku, które leżało tam przez 5 tygodni. Z powodu ziarniny, która się dokoła ciała wytworzyła, nie można było wydobyć go zapomocą ezofagoskopu i usunięto je drogą operacyi — nacięciem przełyku. R. omawia leczenie przy uwięźnięciu ciał obcych w przełyku i wyraża zapatrywanie, że ezofagoskopia nie zawsze wiedzie do celu i że dawniejsze sposoby, jak użycie koszyka Graefego i Weissa, większe mogą oddać usługi. Wieser.

Dermatologia i syfilidologia.

Mendel. **O fibrolizynie i plastrze fibrolizynowym.** (Therap. d. Gegenw. Lipiec 1900). Przy powierzchownych zmianach włóknistych skóry (blizny, bliznowce i t. p.) niezłe usługi oddaje nieraz plaster fibrolizynowy, wyrabiany przez Beiersdorfa (10,0 fibrolizyny na 1 metr plastra). Użycie proste: po zmyciu skóry eterem lub benzyną, przylepia się w danem miejscu plaster i zmienia go co dzień, aby na czas zaprzestać, gdy wystąpi odczyn, po przejściu którego można proceder na nowo powtarzać. Plaster ten rozmiękcza także znakomicie odciski, tak że je łatwo potem nożem usunąć można, podobnie i brodawki. Plaster nadaje się też po operacyach celem uzyskania blizny linijnej i zapobieżenia tworzeniu się bliznowców. A.

E. Welander. **Przypadek niesztowic głębokich u dzieci.** (Ecthyma terebrans infantum). (Archiv. f. Derm. u. Syph. I. 99. 1910). Autor opisuje obraz i część przebiegu tej choroby u dziecka 3-letniego, w dniu oględzin (choroba trwała już blizko 2 miesiące) silnie wychudłego i wynędzniałego. Owrzodzenia znajdowały się na głowie

owłosionej, grzbiecie prawej ręki, pośladkach i w okolicy odbytu. Odczyn Wassermanna ujemny, Pirqueta silnie dodatni (owrzodzenia przy powyższych znamionach chorobowych nie mają nic wspólnego z zakażeniem prątkami Kocha), gruźlicy jednak zapomocą innych metod badania nie można było stwierdzić. Z owrzodzeń i świeżych ropni wyhodować się dał tylko gronkowiec złoty i biały, które W. uważa za przyczynę choroby. W leczeniu poleca W. »hydrargyrum cyanatum« 1:1000 do zmywań i okładów, bo wedle W. środek ten daleko mniej drażni od dotychczas używanego sublimatu. Dr H. L. Weber.

W. Terebinsky. **W sprawie wpływu przekrwienia i drażnienia mechanicznego na naskórek.** (Archiv. f. Derm. u Syph. I. 99. 1910). Praca autora składa się z 3 części. W pierwszej ogłasza T. wyniki swych badań mikroskopowych nad naskórkiem naczyniaków starczych i znamion miękkich, w którym znalazł większą ilość komórek, będących w okresie podziału (mitozy), aniżeli w skórze prawidłowej i tłómaczy objaw ten szeregiem przypuszczeń. Zasadniczych różnic w stosunku ilości komórek dzielących się owych nowotworów nie stwierdził. — Część druga pracy obejmuje badania skrawków skóry królików i kotów, poprzednio drażnionej zapomocą tarcia lub ucisku, albo wprowadzonej w stan przekrwienia biernego. Również tutaj można było w naskórku wykazać znaczną ilość komórek dzielących się, których obecność tłómaczyć musi, zależnie od przedsięwziętego doświadczenia, albo przekrwienie bierne, czy czynne, albo uszkodzenie czy zniszczenie podczas doświadczenia pewnej ilości komórek, dające impuls do regeneracyi. — W trzeciej części pracy omawia T. doświadczenia, w których zapomocą tarcia mechanicznego wywoływał pęcherze na skórze. Badanie mikroskopowe wykazuje i tu zwiększoną ilość mitoz. Pęcherze powstają albo pod warstwą ziarnistą naskórka, albo głębiej w naskórku kolczastym, zdaniem autora, z powodu przesunięcia się komórek, ich uszkodzenia i zmian zapalnych.

Dr H. L. Weber.

F. Sprecher. **Strupień woszczynowaty** (favus) **u noworodków.** (Archiv f. Derm. u. Syph. T. 99. 1910). Bardzo szczupłą, bo zaledwie kilka przypadków obejmującą literaturę strupnia woszczynowatego u noworodków, wzbogaca autor opisem przypadku, spostrzeganego przez siebie w Genui. Dotyczy on dziecka 46-dniowego, u którego zresztą zmiany, usadowione w okolicy skroni i łopatki lewej, nie różniły się wcale od typowych świeżych strupni, chyba bardzo szybkim rozwojem, gdyż po 31 dniach (pierwsze zmiany zauważono w 15-ym dniu życia) tarczki grzyba wynosiły od 5—9 mm średnicy, a w środku 3 mm grubości. Pod mikroskopem stwierdzono i na pożywkach wyhodowano »achorion Schönleini«. Rzadkość, z jaką strupień woszczynowaty pojawia się u noworodków, mimo, iż skóra ich jest doskonałą glebą dla tego grzyba, tłómaczy sobie S. tem, iż sposobność zetknięcia się z grzybem, t. zn. stykanie się z dziećmi, obarczonemi tą chorobą, zwierzętami domowemi itd., u noworodków prawie nigdy się nie zdarza.

Dr H. L. Weber.

Western. **Leczenie trądzika szczepionką.** (The Brit. journ. Derm. 1910). Autor rozróżnia trzy odmiany trądzika: 1. w której przeważają zaskórniki, 2. stwardnienia (acne indurata), 3. ropnie (a. pustulosa), które bardzo często występują razem. W pierwszej rolę etyologiczną odgrywa prątek łojotokowy, w drugiej obok niego gronkowiec biały, w trzeciej tylko gronkowiec. Na tej podstawie buduje W. wskazania leczenia swoistemi szczepionkami. Stosowanie czystej hodowli prątka łojotokowego w ilości 6—10 milionów co 8 dni usuwało po 5-krotnem podaniu nawet uporczywe przypadki; podobny wynik otrzymał W. przy szczepionce gronkowcowej w odpowiednich przypadkach. Leczenie miejscowe polegało na wyciskaniu zaskórników i nacinaniu krost i ropni, przyczem uważano zawsze na to, aby nie zakażać otoczenia ropą. Krzyształowicz.

Thibierge i Gastinel. **Odczyn w bliznach tocznia** (lupus vulg.) **po wstrzykiwaniach tuberkuliny.** (Annal. d. derm. et syphil. 1909. 12). Po wstrzyknięciu bardzo małej ilości tuberkuliny ($^{1}/_{100}$ mgr.) w pobliże albo w samą bliznę gładką, po zagojonym toczniu powstałą, powstaje nietylko w otaczającej skórze zdrowej, ale i w samej bliźnie po 24 godzinach zaczerwienienie, obrzęk i naciek. Objawy te znikają najdalej do 8 dni, pozostają jednak często w bliznach żywo zaczerwienione drobne punkty, które odpowiadają drobnym guzkom tocznia, dowodzą zatem, że pozorne wyleczenie nie było zupełne i wskazują, w których miejscach należy jeszcze zadziałać. Wstrzykiwania te zatem dają bardzo ważną wskazówkę w leczeniu tego cierpienia. — Przy dalszych wstrzykiwaniach odczyn jest coraz słabszy, autorowie jednak nie mieli sposobności przekonać się, czy ten słabszy odczyn polega na działaniu lecziczem tuberkuliny. Podobnie nie są wcale pewni tego, czy odczyn jest dla tuberkuliny swoisty, czy nie powstaje także po różnych innych środkach. W jednym przypadku tocznia bowiem wstrzyknęli w jedną połowę twarzy tuberkulinę, w drugą surowicę przeciwbłoniczą i otrzymali odczyn po obu stronach, a odczyn ten utrzymywał się po stronie wstrzyknięcia surowicy znacznie dłużej, niż po stronie wstrzyknięcia tuberkuliny. Krzyształowicz.

Prof. Neisser. **Asurol, nowy przetwór rtęciowy w leczeniu kiły.** (Therap. Monatsh. 1909. 12). Asurol jest rozpuszczalnym salicylanem rtęciowym, zawierającym 40·3% rtęci, pozwalającym na wprowadzenie wielkich ilości czystej rtęci. Asurol działa wedle N. bardzo szybko i usuwa rychło objawy, ale nie zabezpiecza przed nawrotami, dlatego zaleca się kombinacyę z olejem szarym. Przetwory nierozpuszczalne rtęci przechodzą pomału w rozpuszczalne i wtedy dopiero rozchodzą się po ustroju, asurol zaś wchłania się odrazu i działa, zamieniając się w sublimat, bardzo szybko. Asurol sprzedają w ampułkach po 0,06. Krzyształowicz

Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

W sześciu przypadkach łuszczki mięsistej (pannus crassus, carnosus) zastosował Goldzicher z powodzeniem zaszczepienie wiewióra. Rogówka wyjaśniła się prawie zupełnie, a zmiany na spojówce znikły bez śladu. Do szczepienia używać najlepiej wydzieliny z wiewiórowego zapalenia spojówek noworodka, biorąc ją na pałeczkę szklaną i lekko smarując nią spojówkę. Po wybuchu zaszczepionego wiewióra leczy się go oczywiście »lege artis«. W przypadkach ciężkich leczenie to można stosować jako »ultimum refugium«. (Wiener klin. Wochs. 1909, Nr 52). A.

Czy jednooczne patrzenie ma wpływ szkodliwy na oko, badał Clausnitzer na 1300 rzyppadkach wyłuszczenia gałki ocznej i doszedł do wniosku, że niema ono wcale szkodliwego wpływu. (Inaug. Diss. Tübingen, 1909). A.

Alypina przewyższa według Dobrowolskiego, który ją wypróbował w swej praktyce rynologicznej, pod wielu względami kokainę, jako o połowę mniej trująca, mniej przykra w smaku, dająca się wyjaławiać i tańsza. Ujemną stroną jest słabsze i wolniej występujące znieczulenie. (Med. i Kron. lek. 1909, Nr 34). A.

Przy leczeniu wrzodzianki zewnętrznego **przewodu usznego** poleca Bruch tamponadę z 10% ichtyolu z gliceryną. (Münch. med. Wochs. 1909, Nr 50). A.

Niewątpliwy przypadek zakażenia gruźlicą gruczołów podszczękowych i płuc wskutek próchnienia zębów podaje Prof. Moeller. (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 2). A.

Wystąpienie raka po urazie spostrzegł Henrich. Pewien robotnik miał na przedramieniu i ramieniu rozległą bliznę po oparzeniu w okolicy łokcia. W miejsce to ude-

rzył się w fabryce, poczem wystąpił pęcherz; następnie uderzył się ten robotnik w to samo miejsce drugi raz. Od tego czasu utworzył się w tem miejscu wrzód, stale się powiększający. Badanie drobnowidowe wykazało raka. Na proponowane odjęcie kończyny chory się nie zgodził. W $2^1/_2$ miesiąca zgłosił się znowu. Cierpienie posunęło się znacznie naprzód, a zwłaszcza urósł guz w miejscu wycięcia próbnego. Odjęcie kończyny w barku. W miesiąc nawrót, a w 3 miesiące śmierć. A.

Mięsaka jako niewątpliwe następstwo ukąszenia przez psa spostrzegał Ott na ramieniu u $2^1/_4$-letniego chłopca. (Tow. lek. Marburg, 24. XI., 1909). A.

Szkodliwe gatunki drzewa. Bawarski inspektor przemysłowo-lekarski przestrzega przed używaniem następujących gatunków obcych drzew: sarcocephalus Diderrichiae, Gonioma, drzewo satynowe i różane z Borneo, chloroxylon Swietenii i t. p. Drzewa te wywołują u pracujących nad niemi bicie serca, bole głowy, duszność, podrażnienie błon śluzowych i t. p. wskutek wydzielania olejków eterycznych. (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 5). A.

Mleko wyjaławiać można zupełnie pewnie »na zimno«, jak utrzymuje Henry i Stodel, zapomocą pozafioletowych promieni lamp rtęciowo-kwarcowych. (C. R. d. l'Acad. d. Scien. 1910, Nr 9). A.

Przez prasowanie uzyskuje się podług Svehli zupełne wyjałowienie cienkich materyałów, jak zefiru, chustek do nosa i t. p., zwłaszcza jeżeli prasuje się obie strony. Ciepłota dochodzi tu do 300°. (Arch. für Hyg. Tom 70. IV.). A.

Konopie indyjskie w chorobie Basedowa poleca Craemer. (Klin. therap. Woch. lipiec 1909) w następującym przepisie: »Extr. cannab. ind. 0·75, aetheris sulph. 10.00, 3 r. dziennie po 10 kropel na cukier po jedzeniu«. Dobre wyniki otrzymywał C. nawet w przypadkach uporczywych; przy tem leczeniu mają ustępować zaburzenia sercowe, żołądkowe, a nawet wysadzenie oczu. C. radzi w każdym przypadku spróbować tego leku przed przystąpieniem do wyłuszczenia tarczycy. Stahr.

Kamforę we włóknikowem zapaleniu płuc stosuje z dobrym skutkiem Seibert (Münch. med. Woch. 7. IX, 1909). Dwa razy na dobę wstrzykuje 12 cm³ olejku kamforowego (20%) aż do spadku ciepłoty, która wtedy nie przełomowo, ale zwolna stopniowo opada. Poprawę widział S. odrazu od pierwszych wstrzykiwań olejku. Stahr.

Cewnikowania dwunastnicy dokonuje Einhorn w ten sposób, że poleca choremu połknąć kapsułkę na nitce; w 3 godziny potem wsuwa E. po nitce przez odźwiernik długi cewnik do dwunastnicy. (Arch. f. Verdauungskrankh. XV. 6). A.

Czopki odżywcze (w miejsce lawatyw), złożone z białka kurzego, dekstryny i soli kuchennej, poleca Boas (Berl. kl. Wochs. 1910, Nr 14). A.

Wyciąg przysadki mózgowej polecają Wray i Bell, zwłaszcza przy wstrząsie pooperacyjnym, dalej przy krwotokach po porodzie, przy niedowładzie jelit i jako środek moczopędny. Wyciąg ten wyrabia firma Bourrougs Wellcome et Comp. we fiolkach, z których każda zawiera 1 cm³ rozczynu 20%. Dawka dla dorosłego 1 cm³ śródmięśniowo. (Brit. med. J. 1909, XII.). A.

W krztuśćcu osiąga bardzo dobre wyniki lecznicze Hoenk zapomocą miesienia brzucha (10 minut co 2. dzień). (Tow. lek. Hamburg, 1910, 12. IV). A.

Gruszki, zwłaszcza gatunki soczyste (4—6 sztuk na raz spożyte) działają podług Schilla wybitnie moczopędnie, zaś suszone zatwardzająco. (Deutsche med. Wochs. 1909, Nr 42). A.

Wyczuwalne zgrubienia tętnic nie dowodzą podług Fischera i Schlayera wcale zmian błony wewnętrznej, bo w 50% tam, gdzie za życia nie wykazano zgrubień, stwierdzono przy sekcyi wybitne zmiany na błonie wewnętrznej, a znów w 65% za życia wykazano zgrubienie, a sekcya zmian, przynajmniej na błonie wewnętrznej, nie wykazała. (Deutsches Arch. f. klin. Med. 98. I.). A.

Przy zatruciach nadmanganianem potasu polecają Rubin i Dorner płukania żołądka wodą cukrową. (D. Arch. f. klin. Med. 98. I.). A.

Przy zatruciach ołowiem podaje Carles nowy sposób leczenia. Jak wiadomo, głównymi przenośnikami ołowiu w ustroju są ciałka białe. Otóż C. wywołuje ropnie zapomocą wstrzykiwania podskórnego 1,0 olejku terpentynowego. W miejscu tem gromadzi się mnóstwo ciałek białych i rzeczywiście w ropie udaje się wykazać większe ilości siarczku ołowiu. C. zastosował to leczenie z korzystnym wynikiem w 2 przypadkach przewlekłego zatrucia ołowiem. (J. d. méd. de Paris 1909, Nr 27). A.

Kamyki utworzone z benzonaftolu spostrzegał w stolcu Grimbert. Chory przez dłuższy czas pobierał lek ten w kapsułkach. (J. d. Pharm. 1909, ref. Med. Klin. 1910, Nr 9). A.

Ciekawą chorobę spostrzegano w Hercegowinie i Dalmacyi, jak donosi Memme. Jest to tak zwana trzechdniowa gorączka. Po 5—7 dniach wylęgania ciepłota podnosi się nagle do 40—41° i utrzymuje się tak 3 dni. Przy tem ulegają silnemu nieżytowi spojówki i błony śluzowe nosa, ust i gardła. Oddech cuchnący, wymioty, biegunka, bole mięśniowe i karku, zwolnienie tętna. Po 3 dniach choroba ustępuje. W pewien czas mogą jednak nastąpić nawroty. Rokowanie dobre. Choroba powstaje zdaje się po ukąszeniu przez owady: »phlebotomus papatasu«. (Fortschr. auf d. Geb. des Militärsan. Münch. med. Wochs. 1910, Nr 5). A.

Automors nietylko nie jest podług Bittera wcale lepszym środkiem odkażającym od innych znanych, ale nawet gorszym, bo z powodu wielkiej zawartości kwasu siarkowego (20%) nie nadaje się do odkażania bielizny. Rozczyny automorsu nadto tracą z czasem na sile działania. (Tow. lek. Kiel. 18. XI. 1909). A.

Przy jeździe balonem zaczyna aeronauta odczuwać przypadłości dopiero powyżej 4000 metrów, a cechuje je apatya, senność, bole w uszach, głuchota, bole głowy, bicie serca, bladość lub sinica skóry, drżenie kończyn i t. p. Chorzy na serce nie powinni się wznosić ponad 2000 metrów. Fleming zwraca uwagę, że uniknąć można tych przypadłości przez wdychiwanie tlenu. Do 7000 metrów potrzeba 5 litrów tlenu na minutę, po nad tę wysokość zaś 10 litrów. A.

Co należy robić, by żyć długo? W książce swej »Das Altern, seine Ursachen und seine Behandlung« podaje Lorand następujące uwagi w celu zachowania długiego życia: 1) Przebywaj jak najwięcej na świeżem powietrzu i słońcu, używając ruchu. 2) Mięso spożywaj tylko raz dziennie, a jedz przeważnie jaja, nabiał, ser, jarzyny, masło i owoce. 3) Co trzeci miesiąc nie jadaj mięsa zupełnie. 4) Jedzenie rozgryzaj dobrze. 5) Bierz codzień kąpiel, raz na tydzień kąpiel parową, uważaj na stolec, a raz w tydzień bierz łagodny środek przeczyszczający. 6) Noś bieliznę i suknie porowate i półbuciki. Bawełniana bielizna lepsza jest od wełnianej. 7) Kładź się wczas spać i wstawaj wcześnie, sypiaj przy oknie otwartem i to 7—8 godzin, nie dłużej. 8) Raz w tydzień wypoczywaj zupełnie, o ile możności na wsi, nie troszcząc się o nic. 9) Bądź wstrzemięźliwym płciowo, ożeń się koniecznie. 10) Nie używaj wyskoku, tytoniu i kawy. A.

Zupełne wyleczenie raka skórnego zapomocą promieni słonecznych i to w bardzo krótkim czasie osiągnął Widmer; zachęca więc do dalszych prób. (Münch. med. Wochs. 1909, Nr 39). A.

Leczenie wrzodu miękkiego gorącemi płukaniami rozczynem 0·1% nadmanganianu potasu (podług Arninga) poleca Ruete. (Wiener klin. ther. Wochs. 1909, Nr 25). A.

Endemię wiewióra u małych dziewczynek, wysłanych

do słonych kąpieli, spostrzegał Bending. Powstała ona przez kąpanie dzieci w jednej wannie i używanie tej samej bielizny. (Münch. med. Wochs. 1909, Nr 36). A.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z 25. maja 1910 r.

Przewodniczy r. dw. Prof. Wicherkiewicz. — Obecnych członków 29.

1) Przewodniczący odczytuje zaproszenie komitetu obywatelskiego do udziału w obchodzie 50-letniego jubileuszu Dra Henryka Dobrzyckiego w Warszawie. Obecni upoważniają przewodniczącego do wysłania telegramu gratulacyjnego.

2) Przewodniczący odczytuje zaproszenie do udziału w publicznych posiedzeniach nadzwyczajnego XV Zjazdu delegatów Izb lekarskich i Związku państwowego austryackich organizacyi lekarskich, który odbędzie się w Wiedniu d. 29. maja b. r.

3) Prym. Borzęcki przedstawia z oddziału chorób skórnych i wenerycznych chorego, lat 55, wyznania mojż., dotkniętego postacią mięsakowatych nacieków, którą Kaposi wyróżnił jako **sarcomatosis idiopathica multiplex cutis.** Sprawa chorobowa rozpoczęła się przed $^1/_2$ rokiem. Podobnie, jak w innych tu należących przypadkach chorobowych, nacieki w postaci guzków większych i mniejszych, bądź w grupach rozmieszczonych, bądź to zlewających się w postaci nacieków rozległych z zabarwieniem sinawem, zajmują przedewszystkiem obie stopy, grzbiet stóp, sięgając nieco powyżej stawów skokowych. Gruczoły pachwinowe obustronnie powiększone, twarde. Podobny naciek znajduje się na palcu wskazującym ręki prawej. U tego samego chorego stwierdzono na skórze w okolicy dołka podobojczykowego na przestrzeni, którą obmyto rozczynem sublimatu celem wstrzyknięcia natr. arsenic., rumień, zajmujący nietylko to miejsce, ale w postaci smug wązkich, równolegle do siebie biegnących, sięgający przez całą klatkę piersiową, powłoki jamy brzusznej, aż do uda. Smugi te, żywo różowe, odpowiadają niezawodnie spływającemu nadmiarowi sublimatu. Mniej wyraźne są i po stronie drugiej klatki piersiowej z tem samem rozmieszczeniem; tam zrobiono wstrzyknięcie dnia poprzedniego. (Streszczenie własne).

W dyskusyi wspomina r. dw. Prof. Wicherkiewicz o przypadku nadwrażliwości na sublimat, polegającej na zapaleniu dziąseł i ślinotoku, który spostrzegał po wypłukaniu worka spojówkowego rozczynem sublimatu 1:5000.

4) Dr Radliński przedstawia:

a) przypadek **zesztywnienia stawu żuchwowego** po zapaleniu w przebiegu płonicy; dokonana przez R. resekcya wyrostka stawu szczęki dolnej umożliwia obecnie chorej dostateczne rozwieranie ust; ptasi profil twarzy pozostał;

b) chorego z wyjątkowo silnemi **zmianami krzywiczemi** rąk, nóg i kręgosłupa;

c) chorą na **kamicę pęcherzyka żółciowego**, u której kamienie dwukrotnie wydobyły się samodzielnie na zewnątrz przez powstanie przetoki w powłokach brzusznych.

5) Protokół poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

6) Inż. Stobiecki wnosi wybór delegata Tow. lek. krak. do komitetu Towarzystwa im. Kopernika, które ma się zająć organizacyą Publicznego Muzeum przyrodniczego. Wniosek przekazano komitetowi Tow. lek. krak.

7) Dr Rosenhauch wygłasza wykład p. t.: **Wyniki nowszych badań nad jaglicą.**

Po wstępie historycznym (badania Hirschberga, Krausego, Michela, Noiszewskiego, Müllera, Rachtmanna i in.), przechodzi R. do opisu badań Provazka i Halberstädtera oraz Greeffa. Odkrycie przez wspomnianych autorów t. zw. ciałek jagliczych w komórkach nabłonkowych spojówki (chlamydozoa) i znaczenie ich etyologiczne poczęło się zaciemniać wskutek badań Mijashity, Herfoda, Reisa i in., a zwłaszcza Heymanna, który stwierdził obecność tych ciałek w nabłonku spojówki, dotkniętej ropotokiem (gonoblennorrhoea neonatorum). Lindner i Wolfram uważają przypadki Heymanna za zakażenie mieszane: jaglicze i wiewiórowe. Zwłaszcza pierwszy, który stwierdził nadto obecność ciałek jagliczych w pochwie matek, których dzieci cierpią na zapalenie ropne spojówki z wtrętami (Einschluss, ciałka jaglicze). Wydzielina z takiej pochwy lub spojówki, przeszczepiona na spojówkę małpy lub człowieka, wywołuje zapalenie podobne do jaglicy, z licznymi wtrętami. Mimo tych doświadczeń sprawa etyologii jaglicy była niepewna, bo znajdowano te t. zw. ciałka jaglicze i w innych cierpieniach, nie mających z jaglicą nic wspólnego (Nedden, Reis, Flemming, Rosenhauch i in.). Następnie przedstawia prelegent rozwój (o ile wogóle wolno już dziś tak o tem mówić) ciałek jagliczych. Po przedstawieniu techniki badań dochodzi prelegent do wniosku, że dziś byłoby przedwcześnie mówić o t. zw. ciałkach jagliczych, jako o czynniku wywołującym jaglicę, dziś, kiedy nie jesteśmy tego pewni, czy ciałka te nie są odczynem komórki na jakieś nieznane dotąd jady, dziś, kiedy nie wiemy, czy ciałka te są wogóle tworami żywymi. (Wykład objaśniały liczne preparaty mikroskopowe). (Streszczenie własne).

W dyskusyi stwierdza prym. Borzęcki istnienie nieżytów cewki moczowej przyrody niewiewiórowej, w których częstokroć żadnych drobnoustrojów nie można wykazać, a leczenie tych przypadków bywa mało skuteczne: być może, iż sprawy te zależą od jagliczego zakażenia cewki.

R. dw. Prof. Wicherkiewicz przypuszcza, że poruszona od kilku lat sprawa ciałek jagliczych nie będzie przysłowiowem »beaucoup de bruit pour une omelette« — ale dziś jeszcze absolutnie nic pewnego w tym kierunku orzec nie można, wobec tego, że te ściśle pod względem biologicznym określone ciałka spotyka się nie w samej tylko jaglicy. Prawda, że Leber z Hartmanem w Tryeście znaleźli aż w 90% przypadków zachorzeń jagliczych owe ciałka, ale mimo to mogły one być tylko produktem, z samą istotą jaglicy nic nie mającym wspólnego. Doświadczenia zaś, mogące rzucić więcej światła, mianowicie przeszczepiania z człowieka na człowieka, chyba wyjątkowo tylko — i dotychczas tak też bywało — dały się przeprowadzać, zwierzęta zaś są wogóle niewrażliwe. Dotychczas udawało się tylko na małpach, zwłaszcza na orangutanie, zarazkiem tym wywoływać obraz podobny, ale tylko podobny do jaglicy. Autorowie tłómaczą tę nieidentyczność obrazu klinicznego odmienną budową spojówki, a zwłaszcza brakiem dostatecznej tkanki adenoidalnej, znamionującej tak wybitnie właśnie spojówkę ludzką. Ze u człowieka może zresztą zachodzić pewna odporność już nietylko osób, ale jednego oka w porównaniu z drugiem, wnosimy z dość częstych przypadków, gdzie jedno oko tego samego osobnika przedstawia wyraźne objawy jaglicy, gdy drugie pozostaje zdrowe — lub gdzie w tej samej rodzinie kilku członków jest dotkniętych chorobą, gdy drudzy mimo równych warunków życiowych pozostają zdrowi. Gdybyśmy więc nawet znaleźli stanowczo wreszcie ten dawno przypuszczany zarazek, to jednak w etyologii jaglicy pozostanie jeszcze wiele innych czynników do uwzględnienia, a mianowicie niekorzystne warunki higieniczne i niechlujstwo, które się wielce do krzewienia się choroby przyczyniają. Ale okoliczności te nie są wyłącznie nam właściwe, jak się to podobało Greefowi w pracy podjętej i publikowanej z polecenia ministerstwa oświaty w Berlinie w uszczypliwej dla nas formie zaznaczyć, bo wiemy, że i teluryczne względy i silniejsze nagromadzenie ludności współdziałać mogą w wzmaganiu się choroby, jak to widzimy np. w Belgii, a nawet i Holandyi, słynącej z zamiłowania do porządku. Że Greef mniej znalazł zapaleń jagliczych u napływowych Niemców w zaborze pruskim naszej ojczyzny, wspieranych przez rząd

i żyjących w korzystnych warunkach higienicznych, aniżeli u biednej i prześladowanej ludności polskiej, to zupełnie jasne i łatwe do wytłómaczenia, a z tego nie powinien człowiek nauki wysnuwać wniosków nam ubliżających, i to, by zadość uczynić swym uprzedzeniom szowinistycznym. Ale to uwaga mimowolna wobec nietaktu, popełnionego przez Prusaka nawet w sferze naukowej. Ani zołzy, ani kiła nie wywołują oczywiście jaglicy, ale że jaglica u osobników, dotkniętych temi skazami, przybiera postać złośliwszą, nieraz miałem sposobność o tem przekonać się, jak niemniej, iż często dopiero leczenie przeciwkiłowe umożliwia sprowadzenie wyniku korzystnego w leczeniu miejscowem jaglicy, jeżeli osobnik właśnie kiłą był dotknięty. Doświadczenia, tak skrzętnie robione przez prelegenta, nie rzuciły wprawdzie nowego światła na sprawę, tak bardzo w ostatnich czasach zaprzątającą umysły, ale może dalsze poszukiwania wydadzą więcej owocu, zwłaszcza jeżeli, co nastąpić winno, uda się osiągnąć czyste hodowle »ciałek jagliczych« dla lepszego zbadania warunków biologicznych i patogenetycznych owego nieznanego zarazka. (Streszczenie własne).

Dr Eisenberg zgodnie z krytyczną wstrzemięźliwością kol. prelegenta i r. dw. Prof. Wicherkiewicza uważa naturę zarazkową ciałek jagliczych za niedowiedzioną, a poniekąd nawet wątpliwą. Nadto podnosi możliwość, że ciałka te nie są wogóle drobnoustrojami, ani tworami żywymi, a tylko produktami zwyrodnienia komórek nabłonkowych pod wpływem nieznanego zarazka swoistego (czy może nawet różnych zarazków), albo też wyrazem odczynu (ochronnego?) komórki na ten zarazek. E. przypomina analogiczne przykłady z badań nad etyologią nowotworów, gdzie wielokrotnie takie »wtręty komórkowe« uważano za pierwotniaki pasorzytne, a dopiero późniejsze badania wykazały, że są to tylko objawy zwyrodnienia komórek rakowych, bardzo skłonnych do różnych zwyrodnień. Tu należą też t. zw. ciałka Negriego, domniemany zarazek wścieklizny (cytorhyctes hydrophobiae), które są wprawdzie charakterystyczne dla tej choroby, ale prawdopodobnie nie przedstawiają różnych form rozwojowych zarazka, jak twierdzi ich odkrywca. Tu wreszcie należą także t. zw. ciałka Guarnieriego na rogówce, zakażonej zarazkiem ospowym lub krowiankowym. (Streszczenie własne).

Dr Rosenhauch również nie wyłącza tej możliwości, zaznaczając, że badania w tym kierunku prowadzi dalej.

Sekretarz: Dr Bujak.

Z wycieczki po zdrojowiskach zagranicznych

napisał

Dr Stanisław Lewicki (Krynica).

Wybierając się w listopadzie zeszłego roku do Paryża, ułożyłem sobie plan podróży w ten sposób, aby zwiedzić przy sposobności najważniejsze niemieckie i czeskie zdrojowiska. Są to te zdrojowiska, które najwięcej z naszemi zdrojowiskami współzawodniczą, i dlatego one mnie, jako lekarza zdrojowego, najwięcej zajmowały. Te z nich, które leżą w zachodnim zakątku Czech, noszą tylko nazwę czeskich; — są one bowiem w rękach niemieckich, panuje w nich tylko niemiecki język i zwyczaj, czeskiego języka nigdzie się nie spotyka. Listopad nie był bardzo odpowiednim czasem do zwiedzania zdrojowisk, gdyż większa ich część jest już w tej porze zamknięta. Te zaś, które ogłaszają sezon zimowy, jak Karlsbad, Wiesbaden i t. d., nie mogą przedstawić się w pełnym obrazie, gdyż zaledwie tylko niektóre najkonieczniejsze urządzenia lecznicze zostawiają otwarte do użytku chorych. Dla mnie jednak był to jedynie możliwy czas do ich zwiedzenia. Pomimo tego jednak udało mi się stosunkowo dużo zobaczyć i nauczyć, porównać urządzenia tych zdrojowisk z urządzeniami naszych i rozważyć, wieleby jeszcze trzeba nakładu i pracy, aby nasze zdrojowiska tamtym w zupełności dorównały.

Zwiedziłem dwie grupy zdrojowisk. Pierwsza, to zdrojowiska, leżące w zachodnim zakątku Czech, Karlsbad, Francensbad i Marienbad, te, do których Polacy najczęściej udawać się lubią. Drugą grupę stanowi okolica Frankfurtu i Moguncyi, a więc Wiesbaden, Homburg i współzawodniczące z Francensbadem i Krynicą w leczeniu chorób serca — Nauheim. Widząc wszędzie przysłowiową czystość i zapobiegliwość niemiecką, a znając i kochając nasze zdrojowiska, nie można oprzeć się smutnemu wrażeniu, że przy wspaniałem położeniu naszych zdrojowisk i znakomitym nieraz składzie naszych wód jeszcze nam jednak dość daleko do zagranicznych urządzeń. Moje jednak ogólne wrażenie było tego rodzaju, że nie mamy czego wstydzić się naszych zdrojowisk, gdyż Niemcy nie mają ani w części tego, co my, t. j. znakomitego klimatu i położenia zdrojowisk. Nie mam wcale zamiaru wdawać się w dokładny opis składu wód i środków leczniczych danego miejsca, gdyż to są rzeczy znane, można je zresztą znaleść w pierwszym lepszym podręczniku balneologii. Chcę się tylko podzielić ogólnem wrażeniem, jakie dane zdrojowisko na mnie zrobiło, bo to są wrażenia, które można uzyskać tylko przez bytność na miejscu, w żadnej, najlepszej książce ich nie znajdzie.

»Kiedy cesarz Karol IV. polował w okolicach dzisiejszego Karlsbadu, wyszczuty z kniei jeleń, w ucieczce przed myśliwymi, skoczył ze skały i w ten sposób ocalił drogie życie. Skała ta do dziś dnia zowie się Hirschensprung. Sfora psów, rozjadła w pogoni, wpadła do źródła gorącej wody i srodze poparzona, wyciem swem sprowadziła myśliwych do źródeł«. Takie jest podanie o odkryciu gorących źródeł Karlsbadu. To też pierwsze moje kroki były na słynny Hirschensprung, skałą, wysoko ponad Karlsbadem leżącą, z której widok wynagrodził sowicie nieco zmęczenia przy wdrapywaniu się po znakomicie zresztą utrzymanej ścieżce. Stąd też najlepiej można objąć wzrokiem całe położenie Karlsbadu, gdyż ma się go cały u stóp, »à vol d'oiseau«. Widzi się więc wązką dolinę rzeki Tepli, wijącej się w ostrych zakrętach, a na jej brzegach i okolicznych wzgórzach całe szeregi will i domów. Ta Tepla przysporzyła mieszkańcom Karlsbadu już nieraz wiele trosk i kłopotów przez swoje gwałtowne wylewy. To też uderza wielka staranność i praca w ujęciu granitowem brzegów i zabezpieczeniu Karlsbadu od wszelkich możliwych z tej strony niespodzianek. Jedna ze znajomych mi osób przyrównała Karlsbad do starego salonu, na którego bogactwo składały się lata powodzenia przodków. I rzeczywiście, w Karlsbadzie widać pracę, datującą się od kilkuset lat (w roku 1858 obchodzono 500-letni jubileusz istnienia tego miejsca leczniczego), widać obok dzielnic starych, domów małych, wązkich i ścieśnionych, wspaniałe hotele nowożytne (dzielnica zachodnia, zamieszkała przez Anglików), budowane już zdala jeden od drugiego, otoczone ogrodami i błyszczące wśród nich swoją czystością. W środku miasta, bo tak Karlsbad nazwać trzeba, zieleni mało. Za to ulice mają przeważnie bruk drewniany lub asfaltowy, kanalizacya nie pozwala zalegać wodom odpływowym. Pomimo spóźnionego sezonu ruch w mieście, sklepy otwarte. Wyszukawszy tu znajomego mi z zeszłorocznej podróży lekarskiej okrętem »Thalia« kolegę Dra Janatkę, obszedłem z nim razem wszystko, co było można w tak spóźnionym sezonie oglądać. A więc przedewszystkiem znane źródła, z których Sprudel sprawia rzeczywiście imponujące wrażenia swoją ilością gorącej wody, bijącej wprost z ziemi, — rzeczy zresztą znane chyba wszystkim z opisów i ilustracyi. Muszę tylko wspomnieć, że wszędzie widać czystość i gruntowność roboty, ujęcie źródeł trwałe, przeważnie w rury metalowe, z których woda wprost, bez pomocy pompy, wypływa. Najlepsze łazienki »Kaiserbad«, zbytkownie urządzone, obejrzeć mogłem tylko z zewnątrz, są bowiem w tym sezonie zamknięte. Za to oglądałem szczegó-

łowo łazienki w domu zdrojowym (Kurhaus), a mianowicie borowinowe w suterenach, nieco ciemne, ze ścianami do połowy wysokości wyłożonemi kaflami. Borowinę, przynajmniej tak mnie objaśnił mój przewodnik, Karlsbad, w braku własnej, sprowadza z Francensbadu, pomimo ciągłych zaprzeczeń ze strony Francensbadu, że borowiny nie sprzedaje. Wanny drewniane, niczem się nie różnią od wanien, używanych w tym celu w Krynicy i innych naszych zdrojowiskach. Na parterze kąpiele szprudlowe, ochładzane z powodu zbyt wysokiej naturalnej ciepłoty w osobnych zbiornikach, kąpiele ze sztucznym bezwodnikiem węglowym i doskonale urządzone kąpiele parowe. Oprócz łazienek cesarskich i w domu zdrojowym istnieją jeszcze 3 domy kąpielowe. Z tych »Elisabethbad« w stylu cesarstwa najnowszy, bo ukończony dopiero w roku 1906. Nie brak tu wreszcie innych środków do leczenia fizycznego, jak zakładu Zandera i gimnastyki szwedzkiej, kąpieli świetlnych, elektrycznych dwu i czterokomorowych, kąpieli z suchego powietrza, rentgenoskopii i rentgenoterapii, kilku zakładów wodoleczniczych i t. d. Nadmienić jeszcze trzeba, że Karlsbad jest połączony tak w pełnym sezonie, jak i w mniejszym naturalnie zakresie nawet i teraz, z wszystkiemi, nawet mniejszemi miastami Europy zapomocą pociągów pospiesznych z wagonami wprost idącymi. Ogólnie sprawia jednak Karlsbad wrażenie więcej miasta pięknie położonego, aniżeli miejsca kąpielowego, tembardziej, że ma dość silnie rozwinięty przemysł fabryczny. Miejsce, dające się bardzo trudno zastąpić naszemi zdrojowiskami, przedewszystkiem z powodu składu swoich wód.

(Dokończenie nastąpi).

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 12. VI. do 18. VI. 1910 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Czortków (Bazar 5), Drohobycz (Drohobycz 1), Horodenka (Żywaczów 2, Zabokruki 4, Podwerbie 2, Okno 2), Jaworów (Młyny 2, Jaworów 3), Peczeniżyn (Berezów niżny 3), Rawa (Pogorzelisko 3), Śniatyn (Wołczkowce 1, Ilińce 1, Kielichów 2, Zebranówka 2). Dr T.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 12. VI. do 18. VI. 1910 zgłoszono przypadków: błonicy 1 † — (w tem obcych — † —), płonicy 6, odry 2, duru brzusznego 4 † 1 (1 † —), róży 3 † 1. Dr Janiszewski.

Choroby zakaźne w Warszawie. Od 22. V. do 28. V. 1910 przybyło do szpitali warszawskich przypadków: ospy 16 † 1 (w całem mieście † 4), odry 4 † 1 († 7), płonicy 12 († 4), błonicy 8 († 1), róży 16 († 1), duru plamistego 22 † 3 († 4), duru brzusznego 12 † 3 († 2). (Gaz. lek. Nr 25).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Doc. Dr Adam Wrzosek został mianowany profesorem nadzwyczajnym patologii ogólnej i doświadczalnej, a tytuł profesorów nadzwyczajnych otrzymali: profesor szkoły położnych doc. Dr Stanisław Dobrowolski, doc. pryw. laryngologii Dr Franciszek Nowotny i doc. pryw. chirurgii Dr Maksymilian Rutkowski.

— W swoim czasie donosiliśmy o wielkodusznej fundacyi imienia ś. p. Andrzeja hr. Potockiego, utworzonej przez Dr Mikołaja Buzdygana, który ofiarował cały swój, z praktyki lekarskiej zebrany majątek, na cele filantropijne. Obecnie fundacya ta wchodzi w życie; odsetki od fundacyi, wynoszącej 200.000 koron, przeznaczone są na wychowanie i wykształcenie w zawodach praktycznych ubogich dziewcząt, pewna zaś ich część ma służyć na zwiększanie kapitału fundacyjnego.

— R. c. Dr Henryk Ebers, kierownik c. k. Zakładu wodoleczniczego w Krynicy, obchodził 18. VI. jubileusz 25-letniej pracy na tem stanowisku. Przemawiali na obchodzie Dr Cercha imieniem kolegów, radca nam. Strzelbicki, burmistrz prezes Sokoła Albinowski i in.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Maryan Ludwik Dehnel, rodem ze Sterdyni w Królestwie Polskiem.

— W Tarnowie uchwaliła Rada miejska założyć park Jordana na 23-morgowej przestrzeni.

Warszawa. Towarzystwo opieki nad umysłowo i nerwowo chorymi uchwaliło na r. b. budżet w kwocie 129.820 rb. Do zarządu wybrani zostali z lekarzy: Dr Karol Rychliński i Dr L. Dydyński. W zakładzie w Drewnicy utrzymuje Towarzystwo obecnie 200 chorych. Powstanie i świetny obecny rozwój Towarzystwa są głównie zasługą Dra Karola Rychlińskiego, kuratora zakładów, stworzonych i utrzymywanych przez Towarzystwo.

— Nagrodę Polskiego Komitetu badania i zwalczania raka, w kwocie 300 rb., za najlepszą pracę z dziedziny badań nad rakiem przyznał sąd konkursowy Dr J. Steinhausowi za rozprawę p. t. »Komórka rakowa ze szczególnem uwzględnieniem tworów śródjądrowych i śródkomórkowych, w niej znajdowanych«.

— Dr Teodor Heiman (Warszawa, Marszałkowska 137), opracowując »Krótki rys historyi otyatryi«, uprasza wszystkich kolegów o nadesłanie odbitek swych prac z tego zakresu z krótką wzmianką biograficzną i o użyczenie prac autorów dawniejszych.

— Program wystawy przeciwgruźliczej w Częstochowie obejmuje: I. Dział. Przyczyny i skutki gruźlicy. Hodowle laseczników gruźliczych; tablice i rysunki, przedstawiające laseczniki gruźlicy. Preparaty i modele anatomo-patologiczne z narządami, zajętymi sprawą gruźliczą; odpowiednie rysunki i rentgenogramy. Preparaty i rysunki sprawy gruźliczej u zwierząt domowych.

II. Dział. Sposoby szerzenia się gruźlicy. Rysunki schematyczne i mikrofotografie plwociny gruźliczej; przedstawienie sposobów zakażenia gruźlicą. Rysunki schematyczne i mikrofotografie kurzu na ulicach, w fabrykach i t. d.; odpowiednie tablice graficzne, wyjaśniające zanieczyszczenie powietrza. Mleko i mięso zakażone lasecznikami gruźliczymi.

III. Dział. Zapobieganie gruźlicy. Sposoby usuwania plwociny gruźliczej i jej odkażanie. Model pokoju czysto i brudno utrzymywanego. Sposoby usuwania kurzu w mieszkaniach, fabrykach i szkołach. Sposoby dezynfekcyi bielizny, odzieży, pościeli i t. d. Sposoby wentylacyi mieszkań. Sposoby osobistego zapobiegania: gimnastyka, gry na świeżem powietrzu, kąpiele. Sposoby ochrony bydła rogatego od gruźlicy: utrzymywanie w czystości obór, szczepienia ochronne i t. d. Sposoby wyjaławiania mleka.

IV. Dział. Leczenie chorych na gruźlicę. Modele sanatoryum, rysunki i fotografie. Towarzystwa przeciwgruźlicze i ich działalność. Tablice przedstawiające wartość odżywczą produktów spożywczych i t. d.

V. Dział. Statystyka gruźlicy. Tablice śmiertelności z gruźlicy w porównaniu z ogólną śmiertelnością, w stosunku do wieku, zajęcia, płci, miejsca zamieszkania i t. d. Tablice statystyczne gruźlicy u zwierząt domowych.

VI. Dział. Literatura gruźlicy. Książki, broszury, czasopisma w sprawie gruźlicy.

— Gubernator w Smoleńsku zarzucił prezesowi zarządu ziemskiego w Rosławiu, że na etacie szpitala ziemskiego jest zbyt wielu Polaków i Żydów. Zarząd ziemski odpowiedział urzędowo gubernatorowi, że wbrew twierdzeniu prasy gadzinowej praca Polaków i Żydów okazała się dla szpitala wielce pożyteczną i że od czasu ich działalności ustały kradzieże, pijaństwo i t. p. (»Gaz. lek.« 25. według »Wracz. Gaz.« 21).

Ruch w zdrojowiskach polskich. W Iwoniczu było do 10. VI. osób 901, w Rabce do 14. VI. osób 569.

Z różnych stron. Prezesem międzynarodowego Zjazdu lekarskiego w Londynie (1913) wybrany został sir Th. Barlow, prezydent »Royal College of Physicians«.

Mianowani. Dr St. Zdanowicz, T. Bystrzyński i Wł. Podbielski asystentami-eksternami szpitala Dz. Jezus, a Dr L. Zieliński lekarzem ambulansowym szpitala św. Ducha w Warszawie.

Prof. Goldscheider dyrektorem polikliniki uniw. w Berlinie, dermatolog Dr Werther w Dreznie profesorem, Dr Guerin-Valmale profesorem położnictwa w Marsylii.

Powołani. Prof. Krehl z Heidelberga do Lipska.

Zmarli. Dr Elżbieta Blackwell, pierwsza kobieta, która uzyskała dyplom doktorski, w 89 r. ż. w Londynie.

Redakcya otrzymała: Poczobut: 1) O działaniu laktobacyliny w chorobach żołądka i kiszek. »Gaz. lek.« 1910. 2) Temperatur des Rectums und der Achselhöhle bei patholog. Zustanden. »Wiener med. Wochenschr.« 1910. — Cybulski: Kilka uwag o elektrokardiogramach na podstawie własnych doświadczeń. »Gaz. lek.« 1910. — Sokołowski Alfred: Madera i wyspy kanaryjskie z punktu widzenia klimatoterapeutycznego. »Zdrowie« 1910. — Chłapowski F.: Über die Wirkung des Magnesiumoxyds und Hyperoxyds bei stenokardischen Anfällen. »Med. Klinik« 1910.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Kefyrogen w praktyce. Dr Suchy (Ther. Centralbl. 1910. Nr 1).

Podstawą główną leczenia odżywczego jest obfity dowóz mleka. Często napotyka się na trudności podania dostatecznej ilości mleka. Środki poprawiające smak okazują się bezskuteczne. Stosowanie kefiru wprowadza sprawę na nowe tory, dozwalając chorym na obfite używanie mleka. Kefir powstaje przez fermentacyę alkoholową mleka krowiego, musuje, przewyższa mleko co do smaku i zdolności przetrawienia, a kwas węglowy zawarty w kefirze działa chłodząco i dlatego chorzy piją kefir chętnie.

Do rozpowszechnienia kefiru w celach leczniczych przyczynia się w wysokim stopniu okoliczność, iż dziś nie jest się zmuszonym do sporządzania kefiru zapomocą grzybków kefirowych, lecz że wystarczają do tego celu wygodne w użyciu kołaczyki »kefyrogen«. Jestto ferment kefirowy, przyrządzony w sposób patentowany; posiada wysoką zdolność fermentacyjną i nadzwyczajną stałość składu (fabryka Goedecke & Co., Berlin). Jest on nieograniczenie trwały. Kołaczyk rozpuszcza się w ¹/₃ litra mleka i pozostawia się w suchem miejscu przez czas odpowiedni t. j. 1—2—3 dni.

Dr S. stosował tak sporządzony kefir z doskonałym skutkiem przy gruźlicy i zołzach, przy neurastenii i histeryi, niedokrwistości i błednicy, jakoteż przy cierpieniach żołądkowych i jelitowych. Jednodniowy kefir działa przeczyszczająco, dwudniowy jest obojętny, trzydniowy wywołuje zaparcie.

W kefirze sporządzonym z kefirogenu podawać można wiele środków, jak arsen, żelazo, kreozot i t. d. Hr. W.

Rok XLIX. Kraków, dnia 2. lipca 1910. Nr 27.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Problemat dziedziczności w patologii.

(Podług wykładu na uroczystem posiedzeniu Wydziału lekarskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu w dniu 17. kwietnia 1909).

Napisał

Prof. Dr Karol Klecki.

(Ciąg dalszy).

Teorya Weismanna. Teorya Weismanna, w przeciwstawieniu do innych teoryi epigenetycznych, jest ściśle preformistyczna. Według tej teoryi przy powstawaniu zarodka część zarodkowa plazmy oddziela się od części osobowej, tak że część osobowa na część zarodkową nie może już wywierać żadnego wpływu. Część somatyczna stanowi odtąd dla plazmy zarodkowej, z którą ją łączy tylko współżycie, jedynie pożywkę, z której plazma zarodkowa czerpie materyały, potrzebne jej do życia. Część zarodkowa plazmy stanowi o stałości gatunku, w niej bowiem zawarte są zawiązki wszelkich jego cech. Komórki somatyczne podlegają różnym wzajemnym wpływom i są oczywiście śmiertelne. Plazma zarodkowa, wpływom tym niepodległa, jest nieśmiertelna; u danego gatunku nie wytwarza się ona nigdy na nowo, tylko rośnie i mnoży się nieustannie, podobnie jak plazma tworów jednokomórkowych, które mnożą się przez podział komórki macierzystej na dwie nowe komórki. Plazma zarodkowa, która przy powstawaniu nowego osobnika, oddzielona od reszty plazmy, odkłada się w przyszłych komórkach rozrodczych, stanowi w szeregu pokoleń jakby długi, odwieczny korzeń, z którego od czasu do czasu powstaje młoda roślina.

Według Weismanna plazma zarodkowa składa się z cząstek, które stanowią najdrobniejsze elementarne organizacye, a które nazwał on bioforami. Biofory, rozmaicie ugrupowane i złożone w jedną całość, stanowią t. zw. determinanty; te jednostki 2-go rzędu stanowią cząstki, zawierające już zawiązki późniejszych komórek, tkanek i narządów. W jednej i tej samej plazmie zarodkowej może być podobnych do siebie determinantów bardzo wiele, np. dla włosów. Determinanty łączą się znów w jednostki 3-go rzędu, t. zw. idy, z których każda zawiera już zawiązki ustroju, a zatem przedstawia niejako już cały przyszły ustrój.

Przy powstawaniu zarodka tylko komórki rozrodcze otrzymują całkowitą plazmę zarodkową, do innych komórek dostają się tylko potrzebne do ich powstania determinanty.

W teoryi Weismanna zasadniczym dla sprawy dziedziczności jest ten szczegół, że w ontogenezie plazma zarodkowa żadnym rozkładom nie polega, że jest ona niezmienna i od wpływów somatycznych niezależna, stąd bowiem płynie wniosek, że dziedziczyć się mogą własności i cechy odziedziczone, nowo nabyte zaś własności ustroju na potomstwo przechodzić nie mogą. Ażeby zaś wytłómaczyć zjawisko zmiany gatunków, jakie występują we filogenezie, Weismann przyjmuje, że we filogenezie plazma zarodkowa może się zmienić przez naturalny dobór w walce o byt najodpowiedniejszych odmian dla danych warunków, oraz że takie odmiany plazmy zarodkowej mogą powstać przez bezpośrednie działanie czynników zewnętrznych, takich jak np. klimat, na cały ustrój, a zatem i na jego plazmę zarodkową. Dlatego też Weismann przyjmuje, że u tworów jednokomórkowych własności nabyte ustroju mogą się dziedziczyć, zaprzecza tylko, by to było możliwe u istot wielokomórkowych.

Teorya Weismanna nie tłómaczy jednak wielu zjawisk, stwierdzonych przy odradzaniu się uszkodzonych tkanek i narządów. Skoro według tej teoryi tylko komórki rozrodcze otrzymują całkowitą plazmę zarodkową, z której wszystkie tkanki i narządy danego ustroju powstać mogą, a inne komórki otrzymują tylko właściwe dla nich determinanty, to niezrozumiałymi są takie np. fakty, że u niektórych zwierząt, u których sprawy odradzania się łatwo się odbywają, po odjęciu kończyny na wysokości ramienia z pozostałego kikuta odradza się cała kończyna wraz z palcami.

Fakty takie już lepiej tłómaczyłyby się na podstawie dawniejszej hipotezy Darwina, podług której masa dziedziczna czy zarodkowa wytwarza się we wszelkich wogóle komórkach, a tylko odkłada się w komórkach rozrodczych.

To też dla wytłómaczenia tych zjawisk Weismann jest zmuszony utworzyć następującą hipotezę pomocniczą. Wszystkie komórki ustroju nabierają właściwych dla nich cech przez jądro komórki, którego substancya chromatynowa zawiera charakterystyczną dla danego ustroju czy gatunku plazmę, czyli, jak ją nazwał Nägeli, idioplazmę. Otóż, według Weismanna, przy wytwarzaniu komórek pewna ilość różnych determinantów odkłada się w jądrach komórek, jako idioplazma dodatkowa, czyli nieczynna idioplazma regeneracyjna; plazma ta, w warunkach zwykłych zupełnie nieczynna, zaczyna działać dopiero przy sprawach regeneracyjnych. Z tego wynika, że np. komórki ramienia muszą zawierać wśród determinantów właściwych dla ramienia, także i determinanty dla wszystkich bardziej obwodowych części kończyny górnej w stanie nieczynnym, stąd zaś wynika niewytłómaczone zupełnie zagadnienie, w jaki sposób mogą się dostawać do danych komórek w stanie nieczynnym tylko determinanty właściwe dla wszystkich bardziej obwodowo leżących części tej samej części ciała, a nie dostają się determinanty dla innych narządów czy też innych części ciała.

Ażeby wytłómaczyć zanikanie we filogenezie różnych tkanek i narządów, przyjmuje Weismann, że wśród różnych determinantów zdarzają się silniejsze i słabsze; mogą one być słabsze także i pod względem zdolności odżywiania się, a wówczas mogą zaniknąć.

Zresztą sprowadza Weismann wszelkie zmiany, jakie

zarówno we filogenezie, jako też i wśród jednego gatunku występują, do działania wszechpotężnego czynnika, jaki stanowi hodowla naturalna, w której odmiany zarodkowe, powstałe pod wpływem czynników, działających czy to na cały ustrój, czy to bezpośrednio na plazmę zarodkową i zawarte w niej determinanty, przez t. zw. dobór zarodkowy najważniejszą odgrywają rolę.

Dziedziczność własności nabytych. Zasadzie Lamarcka, jakiej przed Weismannem hołdowali niemal wszyscy biologowie, a według której własności, nabyte przez rodziców, mogą przechodzić na potomstwo, zaprzecza Weismann jak najbardziej stanowczo.

Jak to już we wstępie zaznaczyłem, pytanie to jest pierwszorzędnej wagi dla sprawy dziedziczności patologigicznej, w chorobach bowiem nabytych przez rodziców, stanowi ona ze względu na potomstwo samo jądro sprawy. Zagadnienie to wymaga przeto szczegółowego omówienia na tem miejscu.

Teorya Weismanna znalazła wśród nowoczesnych biologów i lekarzy niezmiernie wielu zwolenników. Ponieważ przez lat z górą dwadzieścia zwalczał Weismann, i to najczęściej zupełnie słusznie, wszystko to, co miało dowodzić dziedziczenia się własności nabytych; ponieważ teoryę swoją opierał Weismann na niezmiernie rozległej wiedzy przyrodniczej, a zbudował z wielkim talentem, młodsza generacya biologów, po części przekonana argumentacyą Weismanna, po części hołdując jego powadze na tem polu, po największej części na teoryę tę w zupełności się pisała, tworząc szkołę, t. zw. neodarwinistów. Nawet znaczna część naukowo pracujących lekarzy, którzy nie potrzebowali opierać się na materyale zebranym przez dawniejszych biologów, często anekdotycznym, a mogli byli czerpać argumenty w tej mierze ze ścisłych spostrzeżeń z dziedziny patologii, teoryę Weismanna uznała, przyjmując przez to samo, że i w stanach chorobowych rodzice nie przekazują potomstwu dziedzicznie żadnych własności patologicznych. Jako argumenty przeciwko dziedziczeniu się zmian patologicznych nabytych służą tu takie fakty, jak niedziedziczenie się krótkowzroczności nabytej, niedziedziczenie się w alkoholizmie przewlekłym powstałej u rodziców marskości wątroby i t. p. Wszelkie zaś własności patologiczne, występujące czy to jako choroby jawne lub utajone, czy też jako usposobienie do chorób u potomstwa rodziców chorych, uważa się za skutek przypadkowego wejścia w skład danego ustroju pewnych determinantów, rzec można patologicznych. Wobec tego, że plazma zarodkowa każdego osobnika, który w 7-mem pokoleniu wstecz ma już 128, a w 12-tem 4096 przodków, zawiera niezmiernie wiele odmian różnych determinantów, w każdym przypadku przy spłodzeniu nowego osobnika, jak to podnosi Martius, jest możliwe całe mnóstwo różnych indywidualnych kombinacyi tych determinantów, z których jedna tylko rzeczywiście przychodzi do skutku. Stąd wynikałoby, że n. p. dzieci suchotników mają takie same prawdopodobieństwo urodzić się z usposobieniem do gruźlicy, jak dzieci rodziców, chorobą tą zupełnie nie dotkniętych.

Jakkolwiek teorya Weismanna, jak to już wyżej zauważyłem, pozyskała sobie wśród przyrodników i lekarzy ogromną popularność, to jednak zasadnicze dla patologii zagadnienie dziedziczenia się własności nabytych pozostało do dziś dnia sprawą sporną.

Przedewszystkiem podnieść należy, że wielu znakomitych biologów z epoki poprzedzającej prace i teoryę Weismanna uznawało prawo Lamarcka o dziedziczeniu się własności nabytych. Uznawał je Darwin, który uważał potomka za wytwór nie tylko narządów płciowych, ale całego ustroju rodziców, Naegeli, który wyobrażał sobie, że każde zadziałanie na idioplazmę, która jak sieć obejmuje wszystkie komórki ustroju, odbija się wszędzie, a więc i na komórkach rozrodczych, a stąd dany wpływ, czy powstała wskutek tego zmiana może się przekazać dziedzicznie, Hering, który przyrównywał dziedziczność do zdolności reprodukcyi, jaką posiadamy w sferze umysłowej dzięki pamięci i uważał, że każdy wpływ, działający na jakąś część ustroju, odbija się na całym ustroju, a zatem i na zawartej w narządach rodnych istocie dziedzicznej, która ma zdolność reprodukowania później tego wpływu, czy jego skutków, choćby w słabszym stopniu, Haeckel, który zjawiska ontogenezy przyrównywa również do zjawisk mnemicznych, Virchow i inni.

Z nowszych biologów i lekarzy przekazywanie dziedziczne zmian nabytych uznają O. Hertwig, który przyjmuje pogląd Nägelego, że masa dziedziczna, czyli idioplazma znajduje się w każdej komórce ustroju i że wpływy, wywarte na idioplazmę jakiejkolwiek części ciała, odbijają się także i na komórkach rozrodczych, a przez to przekazują się dziedzicznie, Kassowitz, Roux, Bouchard, Klebs, Courmont, Bard, Rignano, Tornier, Raymond, Semon, częściowo przyjmuje je Roger, Nussbaum zaś nie wyłącza możności dziedziczenia się zmian nabytych.

A zatem pogląd o dziedziczeniu się własności nabytych ma dzisiaj poza zwolennikami teoryi Weismanna stosunkowo licznych rzeczników, a liczba ich z biegiem czasu wzrasta. Wskazaną jest przeto rzeczą rozpatrzyć podstawy, na których pogląd ten się opiera.

Podstawy poglądu o dziedziczeniu się własności nabytych. Podstawy te stanowią popierwsze pewna refleksya czysto teoretycznej natury, którą podnosi Baumgarten: jeśli się przyjmuje, co i Weismann czyni, że we filogenezie zmiany nabyte przekazują się dziedzicznie, bez tego bowiem żadna ewolucya nie mogłaby zachodzić, to i osobniki w okresie ontogenezy nie mogą być z tego prawa ogólnego wyjęte. Dalej rzeczony pogląd opiera się na licznych spostrzeżeniach, poczynionych na różnych zwierzętach domowych. Tak n. p. chody koni, wyrobione przez ćwiczenie w ciągu szeregu pokoleń, przekazują się dziedzicznie na źrebięta. Pewien zmysł myśliwski, który jest z pewnością własnością nabytą psów myśliwskich i który u psów pewnych ras ćwiczy się od dłuższego czasu stale, przekazuje się dziedzicznie na szczenięta ras myśliwskich. Tak samo dziedziczy się u psów instynkt do wykonywania przy układaniu się na ziemi pewnych ruchów, które pierwotnie służyły zapewne do udeptania legowiska; instynkt do wyszukiwania i połykania ziarna spotykamy już u kurcząt świeżo wyklutych z jaja. Spostrzeżenia Charbonniera nad młodemi srokami świadczą, że popęd do kąpieli, który niewątpliwie jest własnością nabytą tych ptaków, dziedziczy się u nich. Darwin podaje, że u kaczki swojskiej kości nogi są większe, niż u kaczki dzikiej, kości skrzydeł zaś są mniejsze i ta cecha, niewątpliwie nabyta w czasie oswajania się kaczki, stała się u niej dziedziczną. Fogliate podaje przykład oślicy, u której, jak się to nieraz zdarza, na grzbiecie pod siodłem powstał tłuszczak, a uwłosienie stało się silniejszem, i z której uległa się ośliczka, okazująca powyższe cechy, nabyte przez matkę.

Nadto posiadamy doświadczenia, które świadczą, że różne przyzwyczajenia, niewątpliwie nabyte, przechodzą z rodziców na potomstwo.

Doświadczenia nad dziedziczeniem się własności nabytych. W końcu pogląd o dziedziczeniu się własności nabytych opiera się na wyniku licznych w tym kierunku przeprowadzonych badań doświadczalnych, z których jednakże wiele daje pole do słusznej krytyki.

Liczne fakty, stwierdzone przez doświadczenia, a świadczące o dziedziczeniu się własności nabytych, przedstawia mikrobiologia. Znanym jest fakt dziedzicznie przekazywanej utraty własności chorobotwórczych w sztucznej hodowli zarazków; Cohn wykazał, że prątek durowy, uodporniony na działanie bakteryobójcze istot zawartych w surowicy krwi królika przez kilkakrotne przeprowadzenie przez nią, przekazuje tę odporność dalszym generacyom. Tak samo znalazł Ehrlich, że świdrowce, uodpornione na czerwień trypanową, błękit trypanowy, parafuksynę lub atoksyl, przekazują tę własność dziedzicznie. Ehrlich stwierdził także

niedawno, że świdrowce, które przez zetknięcie się z niwecznikami myszy przeobraziły się na pewien odmienny typ, co Ehrlich tłómaczy utratą pewnych grup drobinowych plazmy tych zwierząt, mianowicie t. zw. receptorów, zachowują ten nowo powstały typ w dalszych pokoleniach. Jennings w badaniach nad wymoczkami znalazł, że skrzywienie zwierzęcia, sztucznie sprowadzone przez działanie mechaniczne, niekiedy dziedziczy się przez kilka pokoleń, a powstająca u niektórych osobników własność łączenia się w długie łańcuchy zwykle dziedzicznie się przekazuje.

Znaczenie powyższych badań jest atoli mniejsze z tego względu, że były one przeprowadzone na tworach jednokomórkowych, co do których sam Weismann przyznaje, że mogą one przekazywać dziedzicznie zmiany nabyte.

To też większe znaczenie dla wyświetlenia tej spornej sprawy, a tem samem dla patologii człowieka, mają badania, przeprowadzone na tworach wielokomórkowych.

Szereg takich doświadczeń wykonano nad roślinami. Blaringhem podaje, że po uszkodzeniu pewnych części roślin powstawały nieprawidłowości w budowie kwiatu, które częściowo utrzymywały się w dalszych pokoleniach danych roślin. Według Schüblera rośliny, u których przez wystawienie w ciągu dłuższego czasu na działanie światła skrócono sztucznie okres wegetacyi, przekazywały dziedzicznie tę zmianę nabytą. Schugenthim przytacza swe spostrzeżenia nad pszenicą, mające wartość doświadczenia: pszenica częściowo przemarzła w pewnej części pola, dała początek nowej odmianie, utrzymującej się w dalszych generacyach.

Badań doświadczalnych w tej sprawie, wykonanych na zwierzętach, posiadamy znacznie więcej, niż badań z dziedziny botaniki.

Brumpt wykazał, że pijawka gatunku »Helobdella algira«, zakażająca się świdrowcem »Trypanosoma inopinatum« przy ssaniu żab zielonych, świdrowcem tym zarażonych, po uodpornieniu się na tego zarazka przekazuje tę odporność potomstwu. Rosenau i Goldberger podają, że u mustyków dziedziczy się nabyta odporność na zarazka febry żółtej. Niezmiernie ciekawy wynik dały doświadczenia Fischera nad motylami. Ze 102 poczwarek motyla »Arctia Caja« trzymał Fischer 54 w ciepłocie pokojowej, 48 zaś w ciepłocie —8°. Z owych 54 poczwarek powstały motyle prawidłowe, z 48 zaś 7 zdechło, u reszty zaś wystąpiły zmiany w zabarwieniu skrzydeł. Fischer złączył samca z największą zmianą skrzydeł ze samicą, u której zabarwienie skrzydeł było także zmienione, jakkolwiek w mniejszym stopniu, niż u samca; ze 173 powstałych stąd poczwarek, trzymanych w ciepłocie pokojowej, większość miała skrzydła zabarwione prawidłowo, u 17 zaś, a więc u około 10%, wystąpiły zmiany w zabarwieniu skrzydeł, a u 2 z nich zupełnie podobne do tych, jakie były wystąpiły u samca. Podobne wyniki doświadczeń na motylach otrzymał jeszcze przed Fischerem Standfuss.

Marya Chauvin przeprowadziła również interesujące doświadczenia nad meksykańskim aksolotlem (Axolotl siredon pisciformis). Zwierzę to, w zwykłych warunkach wodne, po przeprowadzeniu go w postać lądową (Amblystoma) dawało larwy, które z własnego popędu opuszczały wodę, traciły skrzela i ogon i przeobrażały się na amblystomy w warunkach, w jakich zresztą larwy aksolotla same nigdy tego nie czynią.

Cunnigham podaje spostrzeżenia i doświadczenia poczynione nad rybami płaskiemi, okazującemi w stanie dojrzałym nagromadzenie barwika w skórze tylko na stronie, wystawionej na działanie światła, w wieku młodym zaś po obu stronach. U ryb wyrośniętych po oświetleniu strony, nie wystawionej w warunkach naturalnych na działanie światła, występuje tu barwik. Otóż fizyologiczna redukcya barwika jest u tych zwierząt niewątpliwie własnością nabytą we filogenezie, zapewne przez działanie światła na komórki somatyczne, przekazuje się zaś dziedzicznie z pokolenia na pokolenie.

Bardzo ciekawe doświadczenia, podobne do tych, jakie wykonała Marya Chauvin, ogłosił w roku ubiegłym Kammerer. Jeden szereg doświadczeń robił on ze salamandrą gatunku »Salamandra maculosa«, która w warunkach naturalnych żyje we wodzie, a wówczas daje około 70 młodych, przyczem larwy posiadają skrzela. Ten sam gatunek salamandry po odjęciu mu wody i hodowany w nizkiej ciepłocie daje dwoje młodych, posiadających płuca; po $3^1/_2$ latach takiej sztucznej hodowli »Salamandra maculosa« dawała potomstwo, które, gdy było urodzone do wody, stanowiło larwy, przechodzące w kilka dni w dojrzałe zwierzęta, gdy zaś było urodzone na lądzie, stanowiło małe larwy ze skrzelami, niezdolne do życia w głębokiej wodzie, przechodzące w ciągu 4 tygodni w karłowate twory z płucami. Gdy warunki życia lądowego trwały w ciągu dłuższego czasu, rodziły się twory z płucami, do życia tego dostosowane.

Drugi szereg doświadczeń przeprowadził Kammerer z gatunkiem »Salamandra atra«, który w warunkach prawidłowych żyje na lądzie i rodzi nieliczne twory z płucami. Salamandra tego gatunku, hodowana w środowisku nasyconem wodą i przy wyższej ciepłocie, rodziła potomstwo, którego larwy były liczniejsze i przysposobione do życia we wodzie. Po $3^1/_2$ latach takiej hodowli salamandry te, wykształcone z larw do wody przystosowanych, dawały znów larwy, które się przekształcały na zwierzęta wodne.

Najważniejsze ze względu na patologię człowieka są oczywiście doświadczenia, wykonane na zwierzętach ssących. Wśród tych doświadczeń znajdujemy szereg takich, w których okaleczano zwierzęta, najczęściej amputując im jakąś część ciała, dla życia mniejsze mającą znaczenie, a to dla stwierdzenia, czy potomstwo takich zwierząt przyjdzie na świat z takiem samem kalectwem. Może najbardziej systematycznie przeprowadził takie doświadczenia Weismann, który ujemnym ich wynikiem chciał zwalczać pogląd o dziedziczeniu się zmian nabytych. Odcinał on mianowicie wkrótce po urodzeniu myszom ogony i to przez 22 pokolenia z rzędu u 1592 sztuk; młode, rzucone przez okaleczone zwierzęta, rodziły się zawsze z ogonami prawidłowymi. Należy zauważyć, że przeprowadzenie takich doświadczeń laboratoryjnych było zupełnie zbędne, a to z tego powodu, że posiadamy bardzo wiele podobnych doświadczeń nad okaleczaniem zwierząt domowych, a nawet i ludzi przez znacznie dłuższy szereg pokoleń, z których wiadomo, że skutki takiego okaleczenia na potomstwo nie przechodzą. Zachodzi to n. p. u niektórych ras psów, mianowicie buldogów i foksterierów, którym oddawna obcina się uszy oraz ogony; wprawdzie zdarza się niekiedy, że takie psy rodzą się bez ogonów, jak to n. p. u psów eskimosów zauważył Quatrefages, lecz jest to zjawisko z okaleczeniem rodziców nie mające nic wspólnego, a polegające na nadmiernej redukcyi kręgosłupa u niektórych osobników, a zachodzącej stale także i u człowieka, który w stanie zarodkowym ma 36—37 kręgów, a w stanie wykształconym tylko 33—34. Rytualne i zwyczajowe okaleczenia, praktykowane od wieków u ludzi, jako to obrzezanie u narodów semickich, okaleczenia uszu, nosa, warg u wielu narodów dzikich, sztuczna zmiana kształtu czaszki i inne okaleczenia dziedzicznie się nie utrwalają. Wprawdzie, jak to podaje Dupuy, według świadectwa żydowskich obrzezaczów, dzieci żydowskie rodzą się nie tak rzadko bez napletka, co zresztą nawet rytuał przewiduje, atoli wiadomo skądinąd, że to samo zdarza się i u dzieci narodowości chrześciańskich, których ojcowie posiadają prawidłowy napletek.

Do rzędu powyżej przytoczonych doświadczeń należą także doświadczenia Charrina, których wyniku inni badacze jeszcze nie potwierdzili. Charrin wycinał zwierzętom laboratoryjnym śledzionę, co, jak wiadomo, zwierzęta zupełnie dobrze znoszą, i znalazł, że u potomstwa takich zwierząt śledziona była mniejsza, niż to zwykle bywa.

Najbardziej znane i najczęściej przytaczane w patologii, jako argument na korzyść poglądu o dziedziczeniu się zmian na-

bytych, są słynne doświadczenia Brown-Séquarda, ogłoszone jeszcze w latach 1869—1872 i uzupełnione badaniami, ogłoszonemi w roku 1882. Brown-Séquard podaje, że wskutek uszkodzenia lub przecięcia nerwu kulszowego u świnek morskich, tak samo wskutek całkowitego lub częściowego przecięcia, a nawet ukłucia rdzenia kręgowego, powstaje na szyi i pysku zwierzęcia strefa, po której zadrażnieniu występują u zwierzęcia drgawki padaczkowe, czyli t. zw. »napad zupełny«. Drgawki takie występują również u potomstwa świnek morkich, których układ nerwowy w powyższy sposób uszkodzono, i to przez kilka pokoleń z rzędu, a ową nabytą patologiczną zmianę czynnościową miała przekazywać dziedzicznie łatwiej samica, niż samiec. Niekiedy zamiast napadu drgawek występuje tylko charakterystyczne według Brown-Séquarda skrobanie się, co on uważa za t. zw. »napad niezupełny«. Nadto po uszkodzeniu różnych części układu nerwowego, jako to nerwu współczulnego na szyi, rdzenia przedłużonego i niektórych części mózgu, występowały u świnek morskich różne zmiany anatomiczne i czynnościowe, jako to zmiany kształtu uszu, częściowe zamknięcie oczu, wytrzeszczenie gałki ocznej, zmiany czucia z następującem potem odgryzaniem palców, oraz zanik mięśni, które przekazywały się dziedzicznie. Ażeby obalić zarzut Weismanna, który uważał, że drgawki po uszkodzeniu nerwu kulszowego mogły być skutkiem zakażenia, Brown-Séquard w szeregu doświadczeń miażdżył podskórnie nerw kulszowy z tym samym, co poprzednio, wynikiem.

Powyższe zadziwiające wyniki doświadczeń Brown-Séquarda potwierdziły późniejsze badania Dupuy, który przez uszkodzenie rdzenia kręgowego sprowadzał u świnek morskich przekazywane na potomstwo drgawki, występujące u młodych świnek nawet wówczas, gdy tylko samiec był operowany; w doświadczeniach Dupuy zmiany powstałe po uszkodzeniu nerwu współczulnego, jako to wytrzeszczenie gałek ocznych, asymetrya półkul mózgowych, zmniejszenie odpowiednich połów mozgu i twarzy miały utrzymywać się aż do 7-go pokolenia.

Wyniki badań Brown-Séquarda potwierdzili również Westphal, który podaje, że drgawki padaczkowe można wywołać u świnki morskiej także i przez uderzenie w głowę i który stwierdził takie drgawki u dwu świnek morskich, pochodzących od matki, u której drgawki sztucznie był wywołał, oraz Obersteiner, który, podobnie jak Brown-Séquard stwierdził, że po przecięciu nerwu kulszowego powstaje na szyi zwierzęcia strefa, po której zadrażnieniu, n. p. przez szczypanie, występują drgawki. Z 32 świnek morskich, pochodzących od rodziców operowanych w powyższy sposób, u dwu występowały drgawki po zadrażnieniu szyi, u 11 zaś powstało wybitne osłabienie ogólne, u 5 innych wystąpiły choroby oczu, u 3 jeszcze innych porażenie kończyn tylnych.

Natomiast Sommer, który sprawdzał doświadczenia Brown-Séquarda, nie mógł wywołać żadnych napadów u potomstwa świnek morskich, dotkniętych padaczką.

Wobec tego że doświadczenia nad dziedzicznością sztucznie wywołanej padaczki u świnek morskich nastręczają różne wątpliwości, sprawa ta jest przedmiotem badań, prowadzonych w Krakowskim Zakładzie patologii przez Wrzoska i Macieszę. Wyniki tych badań są dotychczas następujące: Z 42 młodych świnek morskich, których ojciec, a w jednym przypadku matka w czasie płodzenia miewały sztucznie wywołane napady padaczkowe, 6 było nieżywo urodzonych, lub padło zaraz po urodzeniu się, 1 padła w kilka godzin po urodzeniu się, 13 w kilka lub kilkanaście dni, pozostałe zaś są jeszcze w obserwacyi. Z 36 badanych świnek morskich tylko u jednej 13-go dnia po urodzeniu udało się wywołać napad podobny do tych, jakie Brown-Séquard opisuje pod nazwą »napadu zupełnego«, u 7 zaś zjawisko »skrobania się«, jakie Brown-Séquard uważa za charakterystyczne dla t. zw. »napadu niezupełnego«.

(C. d. n.).

Z oddziału i kliniki laryngologicznej Prof. Pieniążka w Krakowie.

Dwieście siedemdziesiąt trzy przypadki twardzieli

leczone w latach 1894—1910

podał

Dr Antoni Pachoński

asystent kliniki.

(Ciąg dalszy).

W jednym n. p. przypadku, u Franciszka M. lat 30, murarza z Sieniawy, u którego twardziel zajmowała nos, gardło, jamę nosowo-gardłową, krtań i tchawicę, w siódmym roku choroby, kiedy chory nosił już stale kaniulę, nacieki twardzielowe w obrębie wejścia do krtani tak się rozrosły i tak pościągały całe wejście, że naciek guzowaty silnie ku tyłowi nachylonej nagłośni, zlał się zupełnie z naciekiem chrząstek nalewkowatych i fałdów, a w ten sposób wytworzyła się kopuła zupełnie ślepo zamykająca krtań od góry [1]).

Z małymi wyjątkami prawie wszyscy ci chorzy zgłaszali się na klinikę z powodu duszności, a wyjątkowo tylko z przyczyny uporczywej chrypki. Duszność też o różnem nasileniu jest u nich zawsze głównym przedmiotem leczenia, bo na samą sprawę chorobową nie możemy wywrzeć żadnego wpływu; leczenia przyczynowego nie mamy. Postępowanie lecznicze, jakie się w danym przypadku stosuje, zależy z jednej strony od stopnia duszności, z drugiej od okresu, usadowienia i rozległości zmian chorobowych. Nieraz chorzy nawet przy niezbyt rozległych, nawet wprost małych zmianach krtani, okazują tak znaczną duszność i takie wyczerpanie z powodu wielu bezsennie spędzonych nocy, że już samo badanie wymaga od nich znacznego wysiłku, a nadto grozi ostatecznem uduszeniem, tak, iż rozcięcie tchawicy (tracheotomia) musi być natychmiast wykonane. Takie spotęgowanie się duszności jest czasem następstwem obrzmienia błony śluzowej, które, jakkolwiek samo przez się jest nawet nieznaczne, to dołączając się do zwężenia, wywołanego przez nacieki twardzielowe i występując nagle, nie znajduje już wyrównania lub tylko bardzo niedostateczne w pracy pomocniczej wszystkich mięśni oddechowych. Innym razem przyczyną nagłego pogorszenia się oddechu jest zaschnięta wydzielina, która grubymi strupami oblepia struny, nacieki, i zwęża wysoce głośnię. Przy dostatecznej jeszcze szerokości światła, a niezbyt grubych pokładach tej wydzieliny, można próbować

[1]) 5. XII. 1901 pharyngotomia subhyoidea z wycięciem całej nagłośni i obu chrząstek nalewkowatych. Długi czas utrzymywało się utrudnienie połykania, tak, że stale musiano zakładać tampon z gazy ponad kaniulę. Stopniowo nauczył się chory dobrze przełykać bez zachłystywania się i 28. II. 1902 opuścił klinikę wprawdzie z kaniulą, ale zatkaną korkiem i ze swobodnym oddechem przez usta. W tym czasie przebył także zapalenie wysiękowe opłucnej prawej. W r. 1905 przy zjawieniu się dla kontroli znaleziono stan dobry; w r. 1906 przybył chory z gorączką i po kilkodniowym pobycie zmarł na gruźlicę płuc. Miejscowo znaleziono w krtani bliznowate ściągnięcie, które już od paru miesięcy nie pozwoliło choremu na noszenie korka z powodu duszności, jaka występowała przy zatkaniu kaniuli.

wdychań płynów rozwilżających i rozluźniających śluz i w ten sposób dopomódz do odkrztuszenia go i usunięcia zwężenia. Atoli trzeba być wówczas zawsze przygotowanym do tracheotomii, gdyż rozmiękły strup może nagle zostać wetchniętym i w jednej chwili nietylko wzmódz duszność, ale wogóle przerwać oddech tak, że tylko tracheotomia, wykonana szybko i jednem cięciem, ratuje życie chorego.

W wielkiej liczbie przypadków tracheotomia, oprócz doraźnego usunięcia duszności ma także znaczenie, jako zabieg ułatwiający i przygotowujący dalsze leczenie. Chory wypoczęty, wyspany, łatwiej znosi czyto leczenie zapomocą rozszerzadeł Schröttera, czy długotrwałe nieraz wycinania śródkrtaniowe krytym nożykiem krtaniowym, ostremi szczypczykami krtaniowemi Pieniążka lub podwójną łyżeczką Krausego, czy też wreszcie laryngofisurę.

Przy małej, a nawet średniej duszności i przy naciekach ograniczonych, dochodzimy zupełnie do celu, t. j. do usunięcia zwężenia, zapomocą metod śródkrtaniowych. Nacieki świeże, a więc miękkie, dają się najzupełniej usunąć wspomnianemi szczypczykami ostremi; starsze, zbitsze i twardsze nacina się najpierw nożykiem krytym u ich podstawy, a następnie szybko usuwa się szczypczykami lub podwójną łyżeczką, gdyż po nacięciu przechylają się one do światła i zwiększają duszność. Zazwyczaj, o ile nie przeszkadza temu rodzajowi zabiegu nadmierna twardość utkania, to przy znieczuleniu miejscowem wodnym 25% roztworem kokainy, a przy starych zmianach z dodatkiem pół na pół wyskoku dla łatwiejszego wessania, możemy w ten sposób całkowicie usunąć nietylko nacieki podgłośniowe, ale nawet struny prawdziwe i rzekome. Chory znosi i kokainę i sam zabieg zupełnie dobrze, bólu niema, a krwawienie jest tylko bardzo nieznaczne.

Drobną ilość krwi, jaka zalewa miejsce operowane, chory odkrztusza i w ten sposób pole operacyjne oczyszcza. Silniejsze krwawienie należy do wyjątków, a wtedy nie pozostaje nic innego, jak wykonać tracheotomię i założyć tampon do krtani, aby dopiero w kilka dni później powtórzyć operacyę śródkrtaniową, albo wykonać odrazu laryngofisurę przy zwieszonej na dół głowie i usunąć wszystkie nacieki. Nawet silne zatem krwawienie, jeśli występuje w czasie operacyi, nie może choremu przynieść szkody, ale gorzej jest, jeśli wystąpi ono dopiero później, w kilka godzin po zabiegu, gdy już na chorego nie zwraca się uwagi, bo wówczas przy trwającem jeszcze częściowo znieczuleniu błon śluzowych, może krew uledz aspiracyi, zalać płuca i sprowadzić nagłą śmierć, jak się to w jednym przypadku zdarzyło.

Chora, Helena M., lat 17, zarobnica, leczona była w r. 1908 rozszerzadłami Schröttera, z powodu twardzieli strun prawdziwych zlanych z naciekami podgłośniowymi; w r. 1909, oprócz zmian dawnych, wystąpiły grube guzkowate nacieki na strunie rzekomej prawej z nieznaczną dusznością. 10. XII. usunąłem te guzy podwójną łyżeczką. Kilka dni oddech zupełnie dobry. 18. XII. oddech ciężki. Przy badaniu krtani widać, że naciek strun prawdziwych i podgłośniowy znacznie się powiększył, a obie struny stykają się ze sobą tak, że tylko między tylnymi ich końcami pozostaje mały trójkątny otwór. Około godziny 10. rano, mając wszystko przygotowane do tracheotomii, usunąłem endolaryngealnie najpierw strunę lewą, później prawą i grube nacieki pod niemi leżące. W pierwszej chwili nieco silniejsze krwawienie, ale niebawem ustało ono tak, że nie było powodu do dalszego wkraczania. Po blizko dwugodzinnym pobycie w sali operacyjnej, kilkakrotnie w tym czasie badana i demonstrowana, odeszła operowana na salę chorych. Około godziny 2-ej, t. j. blizko w 4 godziny po zabiegu, po parokrotnem zaledwie odkaszlnięciu krwi płynnej, wystąpiła nagła duszność i śmierć mimo prawie natychmiastowej tracheotomii, a sekcya wykazała: krtań wypełniona skrzepem, ściśle przylegającym do ściany prawej. Oskrzela i znaczna część płuc zalane krwią płynną. W żołądku drobna tylko ilość krwi, bez skrzepów.

Do rzadszych jeszcze wyjątków należy takie powikłanie, jakie wystąpiło przy zabiegu śródkrtaniowym u chorego, operowanego przez Dra Nowotnego. Władysław P., lat 16, uczeń kowalski, okazywał pod więzadłem lewem naciek twardzielowy, zlany ze struną głosową; prawa struna jednostajnie nieznacznie naciekła. Dnia 4. VI. 1905 śródkrtaniowe wycięcie wałka lewego. Przy samym końcu operacyi wystąpiła odma podskórna, która tak szybko się zwiększała, że niebawem objęła szyję i górną część klatki piersiowej. Naraz wystąpiła nagle utrata przytomności i bezdech tak, że musiano u chorego, siedzącego na stołku, jednem cięciem wykonać tracheotomię. Po trzech tygodniach odma zupełnie ustąpiła, śródkrtaniową operacyę dokończono i choremu usunięto kaniulę.

Przy twardzieli bardziej rozlanej, zajmującej znaczną część krtani, a zwłaszcza jej wejście, naciekami twardymi i zbitymi, operacya śródkrtaniowa jest już niewykonalna. Wszystkie przyrządy, używane do takich zabiegów, są za słabe i zanadto wielką mają przenośnię dla siły działającej, aby nimi w takich starych przypadkach twardzieli módz się skutecznie posługiwać. Nadto w tych przypadkach cierpią chorzy zazwyczaj na silniejszą duszność, a także krwawienie musi być brane w rachubę. W tych przypadkach jedynie po całkowitem rozcięciu krtani (laryngofissura) i rozchyleniu obu tarcz chrząstki tarczowatej można zmiany twardzielowe pousuwać. Laryngofisurę wykonujemy zawsze w znieczuleniu miejscowem kokainą 2% i przy głowie silnie w dół zwieszonej, aby nie dopuścić do spływania krwi do tchawicy, co zawsze najzupełniej wystarcza i nigdy nie zaszła potrzeba użycia kaniuli, znoszącej komunikacyę krtani z tchawicą. Pewną trudność stanowi tu czasem samo odszukanie światła, mianowicie wśród starych modzelowatych blizn, lub nawet odszukanie strun głosowych. Zgłębnik drucikowy, choćby najcieńszy, wprowadzony do krtani przez usta lub od strony tchawicy, albo resztka zachowanej zatoki Morgagniego ułatwiają w tych razach oryentacyę. Tampon z gazy kseroformowej, zwiniętej w twardy wałek, zaszyty w sztucznie wytworzone światło krtani, tamuje krwawienie miąższowe i rozszerza krtań. Usuwa się go średnio po 8 dniach, a o ile chodziło tylko o usunięcie samych nacieków twardzielowych, a nie potrzeba było rozszerzać bliznowatych ściągnięć światła, można niebawem kaniulę usunąć; w przeciwnym razie stosuje się jeszcze długi czas rozszerzadła Schröttera, czopki cynowe, czopki Thosta, lub sączki elastyczne, wycinając od czasu do czasu przez przetokę tchawiczną nadmiernie bujającą ziarninę lub nowe nacieki twardzielowe.

O przecinaniu poprzecznem podgnykowem gardła dla udostępnienia sobie i usunięcia guzów twardzielowych w obrębie wejścia do krtani wspominałem już wyżej.

Opisu wymaga jeszcze leczenie bezkrwawe, dylata-

cyjne twardzieli krtani, zapomocą którego nieraz na lata całe możemy odsunąć zabiegi krwawe i które u niektórych zupełnie wystarcza. Stosuje się je głównie w postaciach twardzieli, określanych jako »Chorditis vocalis hypertr. inferior«, dalej przy jednostajnych nieznacznych naciekach strun, występujących jako ich zgrubienie, a z małym tylko, bo chwilowym skutkiem, przy bliznowatych zwężeniach krtani. Pomijam tu stosowanie tych metod jako pomocniczych i następowych po zabiegach operacyjnych. Wałki podgłośniowe, nacieki płaskie lub poduszkowate pod strunami, oddzielone od nich, czy nawet zlewające się z niemi, po kilkotygodniowem lub paromiesięcznem stosowaniu co drugi dzień rozszerzadeł Schröttera, począwszy od najcieńszych, a przechodząc stopniowo i ostrożnie do grubszych, przez silny ucisk, wywierany na nie temi zagiętemi rurami kauczukowemi, zmniejszają się stopniowo i zanikają. Mały otwór, jaki pozostawia dla oddechu pletwa, wytworzona przez wałki podgłośniowe, czy naciekłe struny głosowe lub błony twardzielowe, rozszerza się stopniowo lub z początku nagle przez pęknięcie pletwy, czy błony, a później przez zanik nacieku; duszność zaś już po parokrotnem zastosowaniu znakomicie się zmniejsza.

Chora, n. p. Helena Sch., l. 24, żona kupca, zasługuje na uwagę z tego tytułu, że tem leczeniem zachowawczem (Schrötter w roku 1897) powiodło się usunąć nietylko zwężenie krtani, ale i same zmiany twardzielowe (wałki podgłośniowe) tak, że kiedy w trzy lata później zgłosiła się chora do naszej kliniki z powodu duszności, pochodzącej ze zwężenia tchawicy przez nacieki twardzielowe, znaleziono krtań najzupełniej prawidłową.

Takie samo działanie lecznicze rozszerzeń i takiż skutek stwierdzono n. p. i u Wiktoryi L. W roku 1880 wykonał u niej Prof. Pieniążek tracheotomię z powodu znacznej duszności (scleroma laryngis sub forma chorditis vocal. hypertroph. infer.). Po kilkotygodniowem rozszerzaniu rurkami Schröttera zwężenie ustąpiło zupełnie, światło krtani było szerokie tak, że chora we dnie i w nocy mogła mieć kaniulę zatkaną korkiem i odddychać drogami naturalnemi. Chora zgłosiła się ponownie w r. 1887 i wówczas stwierdzono nacieki twardzielowe podgłośniowe w postaci wałków, które przez zlanie się z sobą w kącie przednim krtani wytworzyły rodzaj pletwy. I teraz ponownie zwężenie i nacieki ustąpiły przy rozszerzaniu rurkami Schröttera tak dalece, że w trzy lata później, w którym to czasie chora kilkakrotnie przedstawiała się dla obserwacyi, usunięto kaniulę przy zupełnie prawidłowym obrazie krtani. Miałem sposobność widzieć chorą w lutym 1910. W krtani nie znalazłem ani śladu wałków i późniejszej pletwy, a tylko w miejscu dawnej rany tracheotomijnej brzegi chrząstki pierścieniowatej sterczały nieco do światła. Z dawnych zmian twardzielowych, niezmieniony pozostał mały naciek na tylnej powierzchni podniebienia miękkiego tuż przy lemieszu, a za zmianę świeżą należy uważać nie spostrzegany dawniej guziczkowy miękki naciek po lewej stronie przegrody nosowej i takiż na przednim końcu małżowiny dolnej prawej.

Są to jednakże niestety przypadki nieliczne tylko i odosobnione, gdyż zazwyczaj uzyskujemy przez takie zabiegi tylko usunięcie zwężenia. Nacieki zmniejszają się w większym lub mniejszym stopniu, nieraz widzi się z nich tylko ślad, tylko pewną falistość ściany w tem miejscu, ale po niejakim czasie sprawa wraca albo tylko w tej samej postaci, albo, co częściej, jako więcej rozpostarta. Zostaje zajęte naciekiem bliższe i dalsze sąsiedztwo, a w pierwszym rzędzie struny głosowe prawdziwe, i tu możemy znowu spostrzegać cały niemal szereg stopni, które do tego rodzaju leczenia albo się już zupełnie nie nadają, albo ulegają tylko krótkotrwałej i przemijającej poprawie.

(C. d. n.).

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Wejnstejn. **Sztuczna odma opłucnej w leczeniu gruźlicy płuc.** (Prakt. Wr. 1909. Nr 14—15). Wiadomo, że jakkolwiek odma opłucnej bywa często w gruźlicy płuc groźnem, a nawet do śmierci wiodącem powikłaniem, jednakowoż zdarzają się przypadki, gdzie powikłanie to staje się punktem zwrotnym ku wyzdrowieniu lub znacznemu polepszeniu. Forlandini był pierwszym śmiałkiem, który w r. 1882 w celach leczniczych podał utworzenie sztucznej odmy opłucnej zapomocą wdmuchiwania w jamę opłucną azotu w ilości 200—300 cm^3. Zabieg ten powtarza się co 2. dzień, następnie rzadziej aż do 1—2 razy na miesiąc. Wyniki bywają bardzo dodatnie; gorączka spada, szybko zmniejsza się ilość plwociny, laseczniki znikają. Leczenie trwa 1—2 lata. — Autor leczył w ten sposób 4 chorych z bardzo dodatnim wynikiem i zachęca do stosowania go w odpowiednich warunkach. Dr L. Mańkowski.

Kołosow. **O objawie Rauchfussa przy wysiękach opłucnych i o jego znaczeniu.** (Prakt. Wracz. 1909. Nr 43, 45, 46). Powszechnie znane są trudności, jakie częstokroć przedstawia rozróżnienie wysięku opłucnego od zapalenia płuc. Zrozumiałe więc są poszukiwania jakiegoś znamiennego objawu różniczkowego. Takim właśnie ma być objaw wskazany przez znanego petersburskiego pedyatrę, Rauchfussa. Objaw ten polega na tem, że w przypadkach wysięku opłucnego ciągnie się wzdłuż kręgoslupa po stronie przeciwległej wysiękowi pas stłumienia w postaci wązkiego trójkąta, ostrym kątem zwróconego ku górze.

K. w ciągu 5 lat systematycznie badał ten objaw, (Ściślej liczby swych spostrzeżeń K. nie podaje, wspomina tylko, że w ciągu jednego roku spostrzegał 32 przypadków wysięku). W badaniach swych K. zwracał uwagę na to: 1) czy objaw ten daje się zauważyć i u chorych dorosłych równie stale, jak u dzieci, 2) czy stłumienie ma zawsze postać trójkąta, 3) czy istnieje jakakolwiek różnica w kształcie stłumienia przy wysiękach prawostronnych, a lewostronnych i czy nie gra tutaj żadnej roli przesunięcie serca, 4) czy odpowiednio do wysokości trójkąta daje się i nad kręgosłupem zauważyć stłumienie, 5) czy stłumienie wzdłuż kręgosłupa nie występuje i przy innych schorzeniach, a osobliwie przy zapaleniu płuc, to znaczy, czy ma ono rzeczywiście znaczenie różniczkowe.

We wszystkich spostrzeganych przez siebie przypadkach wysięku opłucnej, stwierdzał K. zawsze obecność objawu Rauchfussa. Obszar stłumienia miał postać trójkąta, którego kąt górny leżał na szerokość 1—2 kręgów niżej od górnej powierzchni wysięku. Jednocześnie ze zmniejszaniem się ilości wysięku zmniejszał się i trójkąt. Na całym obszarze przytłumienia oddech był słyszalny, a przy nakłuciu nie można było otrzymać płynu. K. nie zauważył jakiegokolwiek wpływu przesunięcia serca na wspomniany objaw. Objaw ten istnieje i przy ropniaku opłucnym z odmą, nie ma go zaś przy zapaleniach opłucnej suchych i zrostowych, jakoteż i przy zapaleniu płuc. Wobec tego przypisuje K. objawowi Rauchfussa wielkie znaczenie rozpoznawcze. Dr L. Mańkowski.

Woskresieński. **Ostre wieloogniskowe zapalenie okostnej na tle gośćca.** (Med. Obozr. 1909. Nr 16). Autor zwraca uwagę, że zdarzają się (wprawdzie nie często) przy-

padki zapalenia okostnej, gdzie pomimo szczegółowego badania i wywiadów nie można stwierdzić żadnego związku z kiłą, natomiast bezprzecznie istnieje związek z gośćcem stawowym. Zapalenia te znamionują się wieloogniskowością, wielkiemi wahaniami w nasileniu choroby, szybkiem przechodzeniem zapalenia z jednego miejsca na drugie. Dopełniają obrazu silne bole przy stosunkowo niezłym stanie ogólnym i gorączka, ustępująca pod wpływem salicylanu sodu. W. podaje opis 5 takich przypadków, z których w 4 związek z gośćcem stawowym powiodło się stwierdzić z największą pewnością. Co się tyczy siedziby cierpienia, to uraz zdaje się tutaj odgrywać znaczną rolę, dlatego najczęściej zapalenie usadawia się na wyrostku łokciowym, na kościach piszczelowych, na kości czołowej i t. p.

Dr L. Mańkowski.

Franck i Alwens. **Badania krążenia krwi na ekranie rentgenowskim.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 18). Stosowany przy badaniu przewodu pokarmowego sposób oglądania ruchu narządów trawienia zapomocą bizmutu zastosowali autorzy i do narządu krążenia, wstrzykując u zwierząt już to do naczyń, już to nawet do serca zawiesinę bizmutu w oleju i śledząc następnie na ekranie rentgenowskim zachowanie się kulek bizmutu w prądzie krwi. W ten sposób przekonali się autorowie, że kulki te z prawego przedsionka wpadają do prawej komory, tu kilka razy »tańczą« w komorze i potem znikają w tętnicy płucnej. Te wiry w komorze prawej, z których najgłówniejszy okręca się w kierunku wskazówki zegara, można dokładnie widzieć. W lewej komorze wiry te są znacznie szybsze i wywołują rozbijanie się kulek bizmutu na drobniutkie cząstki, nim wpadną do aorty. Kulki bizmutu pozostają w komorze przez kilka uderzeń serca, co potwierdza przypuszczenie, że serce nie opróżnia się nigdy ze krwi zupełnie. W razie ustawania czynności serca, kulki wirują z góry na dół, a w końcu opadają na dno.

Również spostrzegali autorowie zaczopowania tętnic wieńcowych serca, ruch bizmutu w żyłach (tętno żylne) i t. p. i mają nadzieję, że uda im się wyjaśnić przez dalsze badania wiele zagadnień z zakresu fizyologii krążenia. K.

Neurologia i psychiatrya.

Deny i Charpentier. **Myśli natrętne a psychoza maniakalno-depresyjna.** (Encephale 1909, II). Ostatnimi czasy zwrócono uwagę na okresowość pojawiania się u niektórych chorych myśli natrętnych, jednakowoż dotychczas nie łączono ich z psychozą maniakalno-depresyjną. Autorowie podają dokładny opis 4 spostrzeżeń, gdzie można było zauważyć, jak w rozmaitych odstępach czasu występowało z jednej strony przygnębienie, rzadziej hypomania, dając razem obraz psychozy maniakalno-depresyjnej, z drugiej zaś strony myśli natrętne, mające zupełnie charakter myśli natrętnych psychastenicznych. Rozpatrując szczegółowo te przypadki dochodzą autorowie do przekonania, że między myślami natrętnemi a przemijającem przygnębieniem i podnieceniem tak wiele istnieje punktów stycznych, że trudno uważać za rzecz przypadkową takie łączenie się ich wszystkich w jeden obraz chorobowy. Niezrównoważenie psychiczne wrodzone daje się odszukać w obu przypadkach. Co się zaś tyczy przyczyn, wyzwalających wpływ usposobienia dziedzicznego, to w obu przypadkach zarówno stwierdzić można: wstrząs fizyczny lub moralny, rozmaitego rodzaju zakażenia i zatrucia, okres dojrzałości płciowej, ciążę i t. p. Następnie i myśli natrętne i stany podniecenia i przygnębienia w psychozie maniakalno-depresyjnej dają rokowanie dobre i nie kończą się nigdy niedołęstwem umysłowem. Nakoniec spotkać można przypadki, gdzie myśli natrętne i stany maniakalno-depresyjne występują kolejno, co zauważył już Pierre Janet. Słowem wszystko skłania ku temu połączeniu w jedno obu tych schorzeń, i ku zapatrywaniu, że różnice między niemi są różnicami tylko ilościowemi. Dr L. Mańkowski.

Seglas i Lhermitte. **Psychoza toksyczno-zakaźna na tle gruźlicy.** (Encephale 1909. II). Autorowie podają opis ciekawego przypadku, gdzie w przebiegu gruźlicy ogólnej wystąpiły objawy psychiczne w postaci zadumy czynnej (melancolie anxieuse). 25-letnia chora, cierpiąca oddawna na gruźlicę płuc, po ropniu gruczołu szyjnego dostała napadu obłędu ostrego. Gdy chora po krótkiem zwolnieniu wstąpiła do szpitala, choroba jej przedstawiała się w postaci podwójnej. Stan przygnębienia z oskarżaniem siebie samej: chora uważa siebie za osobę, winną rozmaitych przestępstw i zmuszoną skutkiem tego do ekspiacyi, dlatego po całych dniach klęczy, płacze, modli się, miewa przytem częste omamy, słyszy głos wychodzący z własnego żołądka. Temu stanowi przygnębienia towarzyszy zamęt i pewien stan podniecenia ruchowego, połączonego z rozmaitego rodzaju popędami, pozami, werbigeracyą i t. p. Po miesiącu pobytu w szpitalu chora zmarła wśród wzrastającego niepokoju ruchowego i podniecenia i wśród objawów zapalenia płuc z gorączką do 40°. Cały przebieg choroby skłania Séglasa do zdania, że to była psychoza toksyczno-zakaźna, która powstała na tle gruźlicy. Badanie drobnowidowe, wykonane przez Lhermittea, stwierdziło zmiany w oponach, naczyniach i samej substancyi mózgowej. Zmiany w oponach, w postaci zapalenia przerostowego (meningitis hyperplastica) były dawniejszego pochodzenia; zmiany zaś innych części mózgu były świeże. Najwięcej były zmienione komórki nerwowe. Dr L. Mańkowski.

Séglas i Collin. **W sprawie rozpoznania różniczkowego psychozy maniakalno-depresyjnej i otępienia przedwczesnego.** (Encephale 1909, II). Autorowie opisują przypadek, w którym rozpoznanie było bardzo utrudnione z powodu, że chora obok typowych napadów maniakalnych, miała jeszcze zupełnie wyraźne objawy katatoniczne, ruchy manierowe, stereotypie itp. Autorowie skłaniają się ku uznaniu choroby za psychozę maniakalno-depresyjną. Wychodzą oni z założenia: 1) że objawy katatoniczne nie są właściwe tylko dla otępienia przedwczesnego, 2) że w danym przypadku objawy maniakalne były więcej stałe, zaś objawy katatoniczne bardziej epizodyczne, 3) że występowały nawroty choroby, przyczem w czasie między napadami nie można było u chorej zauważyć żadnych luk umysłowych. Dr L. Mańkowski.

Pedyatrya.

Machol. **Chirurgiczne leczenie porażenia rdzeniowego u dzieci.** (Münch. med. Wochenschr. 1910, Nr 3). W ostrym pierwszym okresie choroby, przy silnych bolach kręgosłupa, wskazane jest ustalenie w łóżku gipsowem i założenie opatrunku ustalającego na porażone kończyny, celem powstrzymania rozwoju przykurczeń. Gdy ostre objawy (gorączka, bole) przeminą, t. j. choroba wkroczy w II. okres, używa się ruchomych przyrządów korekcyjnych, mających na celu ułatwienie pracy mięśniom niedowładnym i zapobiegających powstaniu przykurczeń; przytem zaleca się miesienie i leczenie elektryczne. W późniejszym okresie leczenie polega na wzmacnianiu grup mięśniowych niedowładnych i do tego celu wiedzie tenotomia lub plastyka ścięgien, niekiedy bezkrwawe odprowadzenie mięśni przeciwniczych, zdrowych. Po zastosowaniu tych sposobów, usuwających nadmierne wydłużenie mięśni porażonych, następowe leczenie elektryczne wiedzie często do znakomitych wyników. Zabiegi te są zresztą tylko tam potrzebne, gdzie w okresach wcześniejszych zaniedbano leczenia ortopedycznego. Skoro nadejdzie okres III. (1—1½ roku po początku choroby) i niedowłady już nie ulegają zmianie, powinno się jak najwcześniej usunąć przykurczenia zapomocą przyrządów ortopedycznych i to kilka tygodni, a nawet miesięcy przed zastosowaniem jakichkolwiek zabiegów krwawych, jak przeszczepianie ścięgien lub nerwów i t. p.

Bujak.

H. Römer i K. Joseph. **Przyczynek do badań nad przyrodą jadu nagminnego porażenia u dzieci.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 4). Autorowie przeszczepiali na małpy części mózgu i rdzenia dzieci, zmarłych na zapalenie przednich rogów rdzenia, przechowywane w 50% rozczynie gliceryny przez 2 miesiące i przekonali się, że jad nie uległ osłabieniu. Na tej podstawie przyjmują autorowie analogię między jadem wodowstrętu, a jadem nagminnego zapalenia rogów przednich rdzenia. Bujak.

Grosser. **Leczenie zaburzeń odżywiania u osesków pokarmem bezcukrowym.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 7). W tymczasowem doniesieniu wskazuje G. na korzystne wyniki leczenia zaburzeń pokarmowych u osesków zupą, złożoną z bulionu i sernika z dodatkiem mąki owsianej, soli kuchennej, dwuwęglanu sodu i sacharyny. We wszystkich przypadkach leczenie odnosiło skutek w 10 do 14 dniach. Dzieciom zbyt osłabionym podaje się ten pokarm zgłębnikiem. Bujak.

Berliner. **Leczenie krztuśca.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 7). W przypadkach krztuśca u dzieci używa autor maści chininowej (1—2,5 chininy na 10—15 gr sadła), której grudkę wielkości grochu na pręciku szklanym wprowadza do nosa chorych 3—4 razy dziennie; po wprowadzeniu maści układa się dziecko na wznak, aby maść spływała ku tyłowi. Korzystne działanie daje się zauważyć po 3—8 dniach, zwłaszcza u dzieci młodszych, u których drgawki, towarzyszące napadom krztuśca, ustępują szybko i pewnie. Bujak.

H. Gudden. **Zachowanie się źrenic u noworodków i osesków w pierwszym roku życia.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 8). U dorosłych źrenice w czasie snu zwężają się bardzo silnie, przy nagłem zaś obudzeniu rozszerzają się gwałtownie do najwyższych granic. Inaczej ma się rzecz u osesków, u których we śnie źrenice zwężają się znacznie mniej, a przy budzeniu się rozszerzają się leniwo, co jednak można przyspieszyć przez wstrząsanie dziecka. Około 3. miesiąca życia zwężenie we śnie staje się wyraźniejsze, a około 6. miesiąca dochodzi 1·5 mm, t. j. szerokości spotykanej u śpiących osób dorosłych; rozszerzanie się przy budzeniu jest jednak dalej leniwe, co utrzymuje się mniej więcej do końca pierwszego roku życia. To zachowanie się odmienne źrenic należy przypisać nieukończonemu rozwojowi osłonek rdzennych nerwów mózgowych, który kończy się dopiero w 3—4. miesiącu życia. Bujak.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Akademia Umiejętności w Krakowie.

Wydział matematyczno-przyrodniczy.

Posiedzenie z 6. czerwca 1910 r.

1) Czł. Marchlewski przedstawia pracę p. Dr St. Kozłowskiego: **Spektrokolorymetryczna metoda oznaczania indykanu w moczu.** Autor oznaczył współczynniki absorbcyi indygotyny i indyrubiny (posługując się aparatem Königa i Martensa) w roztworze chloroformowym, z których pomocą, posługując się prawem Lamberta a także Vierordta, można oznaczyć dokładnie zawartość wspomnianych barwików w moczu, po wyosobnieniu ich którąkolwiek ze znanych metod.

2) Czł. Marchlewski przedstawia pracę wykonaną wspólnie z p. Dr H. Malarskim: **Ze studyów nad chemią chlorofilu.** W pracy tej autorowie dają dalsze dowody identyczności feotyny z filogenem, względnie chlorofilanem, opisują sposób wyosabniania allochlorofilanu z liści klonu i wreszcie dają podowody analityczne identyczności chlorofilopyrrolu i hemopyrrolu.

3) Czł. L. Marchlewski przedstawia pracę p. T. Koźniewskiego: **Przyczynek do znajomości alkaloidów korzenia rośliny Sanguinaria canadensis.** W pracy tej autor podaje nową metodę oczyszczania i rozdzielania alkaloidów cheletryny, sanguinaryny i protopiny, polegającą na zastosowaniu trudno rozpuszczalnych kwaśnych siarkanów powyższych zasad. Metoda ta, znacznie tańsza, łatwiej i pewniej prowadzi do celu, aniżeli stosowana przez szkołę E. Schmidta (z Marburga), polegającą wyłącznie na krystalizacyi wolnych zasad. Dalej otrzymał autor charakterystyczne jodowe pochodne cheletryny i sanguinaryny oraz na zasadzie szeregu analiz sanguinaryny, wzór jej ustalił na $C_{20}H_{15}NO_4 + {}^1/_2 C_3H_5OH$; poprzednio przypuszczano, że sanguinaryna stosownie do okoliczności krystalizuje z cząsteczką wody krystalizacyjnej lub połową cząsteczki alkoholu.

4) Czł. J. Nusbaum przedstawia pracę p. J. Hirschlera: **Studya nad tworami sarkoplazmatycznemi we włóknie poprzecznie prążkowanem.** W roku 1904 opisał Holmgren w mięśniach poprzecznie prążkowanych u myszy, raka rzecznego oraz u szeregu owadów sieci, które przebiegają w poprzek włókna mięśniowego; sieci te uważa Holmgren za trofospongia, a mianowicie w mięśniach ssaków i raka rzecznego za rozgałęzienia tkanki łącznej, u owadów zaś za rozgałęzienia układu dychawkowego. Autor postawił sobie przeto za zadanie zbadać bliżej te sieci u kręgowców, owadów i raka rzecznego i przekonać się, czy one rzeczywiście są trofospongiami. Autor dochodzi do wniosku, że opisanych przez Holmgrena sieci nie można podciągnąć pod pojęcie trofospongiów; są one tworami sarkoplazmatycznymi, które ani z tkanką łączną, ani z układem dychawkowym nic wspólnego nie mają.

5) Czł. N. Cybulski przedstawia pracę p. Wandy Radwańskiej: **Zależność czynności mięśni i nerwów od nadnerczy.** Podawanie podskórne adrenaliny normalnym pracującym żabom przedłuża ich zdolność do pracy. Praca żab pozbawionych nadnerczy jest bez porównania mniejsza od pracy żab normalnych. Jeżeli żabom pozbawionym nadnerczy podajemy adrenalinę podskórnie lub śródżylnie, wykonywają one pracę większą, aniżeli żaby taksamo operowane bez podawania adrenaliny. Różnica ta jest widoczna jednak tylko wówczas, gdy wprawiamy mięsień w stan czynny drażnieniem nerwu; bardzo zaś jest nieznaczna, gdy drażnimy sam mięsień. Stąd wniosek, że wycięcie nadnerczy, jak również podawanie adrenaliny, ma wpływ głównie na nerwy lub na zakończenia nerwowe.

6) Czł. N. Cybulski przedstawia pracę p. W. Grzybowskiego: **O monokularnem widzeniu przestrzeni.** Przedmiotem badań autora są studya nad krzywemi, posiadającemi tę własność, iż przedmioty na nich znajdujące się są widziane bez różnicy położenia w trzecim wymiarze. Celem wykazania, iż krzywe te stoją w związku z ustawieniem soczewki oka, wpatrującego się w punkt centralny, poddano badaniu drobne zmiany soczewki i drobne zmiany umiejscowienia w trzecim wymiarze przedmiotów, widzianych monokularnie. Badania oftalmometrem i badania metodą Heinricha i Chwistka wykazały zupełny synchronizm zmian, a więc potwierdziły założenia.

(Treść 12 innych prac, przedstawionych na tem posiedzeniu, przekracza ramy »Przeglądu lekarskiego«).

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne d. 19. kwietnia 1910.

1) Tadeusz Wretowski przedstawił ze zbiorów Dra Serkowskiego szereg preparatów **świdrowców,** barwionych sposobem Giemsy, a mianowicie: 1) Trypanosoma Brucei, 2) Trypanosoma equinum, 3) Trypanosoma equiperdum.

2) Czesław Jankowski przedstawił chorego po **usunięciu krtani, gardła, tarczycy, części przełyku,** tudzież zwyrodniałych gruczołów chłonnych śródpiersia tylnego, dokonanem z powodu raka, oraz preparaty z tegoż przypadku.

3) Grundzach: **O przepuklinie nadbrzusznej ze stanowiska internisty.** Prelegent opisuje warunki anatomiczne powstawania tego cierpienia, jego etyologię, częstość występowania u różnych warstw ludności w zależności od płci i wieku, wylicza objawy, jakie cechują to cierpienie, zdaniem autora dość częste, lecz mało przez internistów uwzględniane.

W dyskusyi zaznacza Polikier, że u dzieci przepuklina brzuszna środkowa (hernia ventralis mediana) należy do najczęstszych. Na 2600 przypadków przepuklin, zestawionych przez lekarza londyńskiego Cornera, wypadało przeszło 60% między mięśniami prostymi brzucha. Zdaniem Cornera są te przepukliny najczęściej nabyte i powstają wskutek wzmożenia ciśnienia w jamie brzusznej, zależnego od gazów w jelitach wskutek wadliwego odżywiania. Pogląd ten spotkał się z ostrą krytyką innego lekarza angielskiego, według którego przepukliny bywają najczęściej wrodzone.

Gabszewicz przytacza przypadki przepuklin nadbrzusznych operowane przez siebie i ogłoszone w roku 1888 w »Pamiętniku Towarzystwa lekarskiego«. Wszystkie dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego ustępowały po operacyi. Przed rokiem dokonał G. operacyi przepukliny nadbrzusznej u 56-letniego mężczyzny, u którego po parę razy dziennie występujące bole w okolicy przepukliny nadbrzusznej pociągały za sobą napad dusznicy bolesnej. Po operacyi chory przez kilka miesięcy nie dostał ani razu napadu dusznicy. S. podkreśla, że przepukliny te należy operować zawsze, jeśli wywołują przykre objawy, a objawy te mogą być nietylko przy przepuklinach, zawierających sieć, ale i przy przepuklinach, zawierających tłuszcz przedotrzewny.

Prelegent w odpowiedzi zaznacza, że przypadek, wspomniany przez Gabszewicza, jest niezmiernie ciekawy ze względu na objawy dusznicy, jakie wywoływała drobna przepuklina nadbrzuszna. Wzbogaca to symptomatologię tego cierpienia.

4) Alfred Sokołowski: **Wyspy kanaryjskie pod względem klimatoterapeutycznym.** Po opisie szczegółowym położenia geograficznego wysp, kreśli prelegent wyborne warunki klimatyczne wysp, a szczególniej doliny tak zw. Orotawskiej na wyspie Teneryffie. Ciepłota zimowych miesięcy wynosi średnio 13° C. Latem niema nadmiernych upałów, przytem na pobyt podówczas służą wyżej położone miejscowości górskie, jak Laguna 700 metrów i Caniados 2000 metrów; Caniados, położone wśród lasów sosnowych, posiada typ klimatu alpejskiego. Pobyt na wyspie jest zupełnie wygodny, hotele szczególniej w Orotawie urządzone z komfortem, przy niezbyt wygórowanych cenach pobytu. Wskazanym byłby klimat Teneryfy dla osób, usposobionych do częstych nieżytów dróg oddechowych, dla osób z postacią włóknistą gruźlicy płuc w połączeniu z rozedmą, wreszcie dla neurasteników, znoszących dobrze podróż morską, miłośników przyrody.

Tadeusz Wilczyński.

39 Zjazd niemieckiego towarzystwa chirurgicznego

Berlin (30. III. — 2. IV. 1910)

podał

Dr. Adolf Klęsk.

1. Krause: **Leczenie padaczki na tle nieurazowem powstałej.** Po omówieniu wchodzących tu w rachubę postaci padaczki, omawia K. swą statystykę (18 przypadków), jakoteż sposób postępowania, które zwykle polega na wycięciu t. zw. pierwotnego, kurcze wywołującego ogniska. Porażenia, powstałe po wycięciu, ustępują zwykle z czasem zupełnie, a skutek (co do padaczki) bywa bardzo dobry. Przy padaczce samoistnej zakłada Krause w czaszce »wentyl« podług Kochera. W przypadkach padaczki powinno się operować, wprawdzie bowiem śmiertelność po operacyach nie jest małą, ale i wyniki dobre są częste.

2. Tillmann: **Leczenie padaczki urazowej.** Padaczka powstaje po urazie bardzo często, zwłaszcza u osób już dziedzicznie do tego skłonnych. Statystyka własna Tillmanna obejmuje 20 przypadków, 12 wyleczeń, 1 zgon.

3. Hesse: **Rozpoznawcze i lecznicze znaczenie nakłucia mózgu przy śródczaszkowych krwotokach, zwłaszcza pourazowych.** Nakłucie mózgu Pollack-Neissera znajduje zastosowanie: 1) celem wykrycia siedziby krwiaka przy ciężkich zranieniach czaszki i objawach ogólnych z ich powodu powstałych; 2) jako środek leczniczy w przypadkach świeżych (aspiracya krwi), a także i przewlekłych (kilkakrotne wstrzykiwanie celem uchronienia chorego od wielkiego zabiegu).

4) Hildebrand: **Chirurgia rdzenia kręgowego.** Do operacyi na rdzeniu przystępuje się w następujących przypadkach: 1) zranienia, 2) porażenia przy próchnieniu kręgów w razie, jeżeli leczenie ortopedyczne pozostaje bez skutku, 3) guzy rdzenia. H. omawia przypadki, przez siebie operowane.

5. Küttner: **Operacya Foerstera przy chorobie Littlego i sprawach kurczowych (spastycznych).** Kurczowe sprawy w mięśniach polegają na braku hamowania odruchów czyto wskutek cierpień korowych (choroba Littlego), czy też cierpień rdzenia (kurczowe porażenie rdzeniowe). Przeciwko temu też podał Foerster swą operacyę, częściowe wycięcie korzeni tylnych. K. wykonał zabieg 10 razy z wynikiem bardzo pomyślnym (przedstawienie chorych).

6. Aschner: **Objawy następowe po usunięciu przysadki mózgowej.** Z doświadczeń swych na psach doszedł A. do przekonania, że przysadka nie jest narządem ważnym dla życia, brak jej wpływa tylko ujemnie na wzrost ciała.

7. F. König: **Przedstawienie operacyjnie wyleczonych przypadków raka szczęki górnej.** (Między innymi 3 przypadki wyleczone przed 18—23 laty).

8. Sauerbruch: **Miejscowe niedokrwienie i przekrwienie.** Rozdzielenie krwi w ustroju zależy od wpływów mechanicznych i nerwowych. Na pierwsze możemy mieć wybitny wpływ. Tak n. p. przez zmniejszenie ciśnienia w brzuchu i kończynach dolnych, ściągamy tamże krew, przez co wywołać możemy niedokrwienie czaszki, potrzebne do operacyi w czaszce. S. wypróbował to na sobie przy dwu operacyach czaszkowych ze skutkiem dodatnim.

9. Wendel: **Przyczynek do chirurgii przełyku.** W. usiłował operować raka przełyku w 5 przypadkach. Do wpustu dochodzi się z cięcia podłużnego, przecinając chrząstkę 5—7 żebra po stronie lewej, otwiera się równocześnie jamę brzuszną i opłucną (pod zmiennem ciśnieniem) i rozdziela się na tępo przeponę. Ewentualnie operuje się dwuczasowo. — W dyskusyi podnoszono smutne, jak dotąd, wyniki operacyi raka przełyku.

10. **Opadnięcie sutka i jego umocowanie.** Omówienie sposobu przymocowania opadniętego sutka do chrząstki drugiego żebra i powięzi piersiowej.

11. Katzenstein: **O operacyjnem leczeniu wnętrostwa.** K. zeszywa czasowo jądro z płatem skórnym uda, aby osiągnąć wyciągnięcie powrózka nasiennego. Operował w ten sposób 28 przypadków.

12. Coenen: **Rako-mięsak sutka.** W nowotworze wyciętym u 43 letniej kobiety przez Küttnera, wykazano równocześnie utkanie mięsaka i raka. Dotąd opisano 3 podobne przypadki.

13. Freund: **Ogólny rzut oka na chirurgiczne leczenie sztywnej klatki piersiowej.**

14. Mohr: **Wskazania do operacyi Freunda.** Mohr omawia wskazania operacyi Freunda. Nieżyt oskrzeli i dychawica nie są przeciwwskazaniami. Wyniki przy rozedmie są pewniejsze, niż przy gruźlicy. Zapobiegawczo nie powinno się operować, lecz tylko w razie pewności (przy gruźlicy).

15. Hansemann: **Anatomiczne podstawy wskazań do operacyi Freunda.** Po omówieniu zasady operacyi

Freunda, oświadcza H., że jest za szerszem stosowaniem tej operacyi przy gruźlicy i to nietylko w początkach, ale i w sprawach dalej posuniętych (nawet n. p. przy jamach).

16. Wilms: **Doświadczalne wywoływanie wola.** W. wywołał u szczurów wole przez pojenie ich wodą z okolic, w których panuje wole endemicznie. Wody takiej nie zmienia ani filtrowanie, ani ogrzanie poniżej 70⁰ i dopiero powyżej 80⁰ woda taka traci zdolność wywołania wola, co wskazuje, że chodzi tu zapewne o toksynę, zawartą w tej wodzie.

17. T. Kocher: **»Jod-Basedow«.** Przez podawanie jodu znika często wole, a wystąpić może choroba Basedowa. Natomiast mimo obfitego podawania jodu, choroba Basedowa nie zjawia się prawie nigdy u osobników, pozbawionych gruczołu tarczowego, co dowodzi, że tu odgrywa główną rolę pobudzenie czynności gruczołu przez jod.

18. A. Kocher: **Wyniki histologicznego i chemicznego badania w 160 przypadkach choroby Basedowa.**

19. Schloffer: **Operacya wola i zaburzenia nerwu zwrotnego.** S. donosi o 505 operacyach wola, z czego w 13 przypadkach uszkodzono nerw zwrotny. Bardzo często chodzi tu o przemijające niedowłady, powstające w chwili podciągania wola przy operacyi, a polegające na naciągnięciu lub naderwaniu nerwu.

20. Klose-Vogt: **Następstwa wyjęcia grasicy.** K. i V. z polecenia Rehna zajmowali się sprawą usuwania grasicy u zwierząt. Ogółem operowali 54 psów. Zwykle w ciągu pierwszych 2—3 miesięcy po operacyi nie spostrzega się wybitniejszych objawów, prócz tycia i apatyi (stadium adipositatis). Potem ciężar ciała zaczyna opadać, co trwa nieraz do roku. Zwierzęta popadają w charłactwo, tępieją, kości stają się łamliwe. Śmierć zwykle wśród »śpiączki grasiczej«. Przyczynę zmian kostnych upatrują K. i V. w braku wapna w ustroju.

21. Gebele: **W sprawie grasicy przetrwałej przy chorobie Basedowa.** W monachijskiej klinice chirurgicznej operowano od r. 1900 26 przypadków choroby Basedowa, z czego 7 zmarło; w 4 wykazano grasicę przetrwałą. Doświadczenia G. na zwierzętach wykazują, że grasica może zastępować w pewnej mierze czynność gruczołu tarczowego.

22. Czerny: **O sposobach leczenia raka, używanych w przytułku samarytańskim w Heidelbergu.** C. opisuje sposoby leczenia chorych na raka, nie nadającego się już do operacyi doszczętnej. Między innemi próbował C. surowicy Schmidta, która wywołuje nieraz zmniejszenie się nowotworów, podobnie jak n. p. szczepienie róży

23. **Rozprawy w przedmiocie zapalenia wyrostka robaczkowego.** Kümmell w wykładzie zatytułowanym: »Przez co zmniejszyć możemy śmiertelność przy zapaleniu wyrostka i zapobiedz tworzeniu się ropni i zapaleń otrzewnej?« oświadcza się na podstawie swej statystyki (1500 przypadków) za wczesną operacyą. Sonnenburg główny nacisk w rozpoznaniu wczesnych okresów zapalenia wyrostka i określeniu natężenia kładzie na badanie szczegółowe krwi. Fabricius omawia wpływ zapaleń wyrostka na części rodne kobiece. Heile mówi o doświadczalnem wywołaniu zapaleniu wyrostka robaczkowego. H. uzyskał objawy zapalenia wyrostka u psów przez podwiązanie lub zatykanie parafiną wyrostka, przepełnionego kałem.

24. **W sprawie leczenia zapalenia otrzewnej** podnosił Propping znaczenie śródotrzewnego ciśnienia w leczeniu zapalenia otrzewnej, a Hirschel mówił o leczeniu rozlanego ropnego zapalenia otrzewnej olejkiem kamforowym. Noetzel przedstawił doświadczalne badania nad zapaleniem otrzewnej, biorącem początek ze schorzeń pęcherza żółciowego. Zapalenia otrzewnej tego rodzaju przebiegają zwykle ciężko, albowiem żółć zmniejsza bardzo odporność otrzewnej na zakażenie, o czem przekonał się N., zakażając śródotrzewnie zwierzęta z przetoką i bez przetoki żółciowej.

(Dok. nast.).

Z wycieczki po zdrojowiskach zagranicznych

napisał

Dr Stanisław Lewicki (Krynica).

(Dokończenie).

W przeciągu niecałych dwóch godzin przenieśliśmy się o 200 metrów wyżej nad poziom morza, do Marienbadu, co doskonale dawało się odczuć w ostrości klimatu i bez porównania czystszem i świeższem powietrzu. Do tej czystości powietrza przyczynia się jeszcze ta okoliczność, że jest to zdrojowisko, zaledwie 100 lat istnienia liczące, a więc prawie zupełnie nowożytnie budowane, którego główna ulica, Kaiserstrasse, zabudowana z jednej strony tylko, po drugiej stronie przylega do rozległego parku. Park ten stanowi środek miejscowości, w nim, wśród mnóstwa zieleni, mieszczą się źródła, łazienki i t. d. Znów mamy tu dolinę, na południe otwartą, góry otaczające pokryte już przeważnie drzewami szpilkowemi. Marienbad sezonu zimowego niema. W czasie, kiedy ja go zwiedzałem, widać było myśl o przyszłorocznym sezonie, korzystając bowiem z ładnego czasu, robiono naprawki w budynkach, czyszczono łazienki, brano wodę do badania chemicznego (robią to co roku!). Marienbad posiada czworakie źródła, a mianowicie: 1. znane »Kreuz«- i Ferdinandsbrunnen« z zawartością soli glauberskiej, 2. źródła żelaziste, 3. alkaliczno-ziemne i 4. zawierająca znaczną ilość bezwodnika kwasu węglowego »Marienquelle«. Woda tego ostatniego źródła, używana tylko do kąpieli, wypływa kilkudziesięciu otworami z ziemi i gromadzi się w dużym basenie, nad którym unosi się półmetrowa warstwa wolnego bezwodnika węglowego, jak o tem przez zgaśnięcie opuszczanej świecy przekonać się można. Domów łaziennych jest trzy; »Zentralbad« zawiera obok innych wanny do kąpieli z zawatością bezwodnika węglowego. Ażeby woda przy ogrzewaniu traciła jak najmniej gazu, ogrzewa się ją bezpośrednio parą w rurze doprowadzającej (system Wächtlera). Równocześnie para ogrzewa bieliznę kąpielową. Używane są jednak również systemy znacznie przestarzałe, a mianowicie ogrzewanie wody w dużych kotłach, przyczem naturalnie bardzo znaczna część gazu ulatuje, albo wreszcie wpuszczanie pary do samej wanny. Urządzenie łazienek w »Zentralbad« wcale nie nadzwyczajne, lepsze natomiast w »Neubad« gdzie również oglądałem t. zw. łazienkę książęcą, w której kąpał się zwykle król Edward. Składa się ona z trzech ubikacyi, salonu z loggią, pokoju do rozbierania i właściwej łazienki z bardzo pięknymi freskami. Kąpiel taka kosztuje 10 koron. W suterenach »Neubad« urządzono kąpiele parowe z piękną salą basenową w stylu rzymskich term, z którymi połączono urządzenia do wodoleczenia. Tam widziałem natryski zmienne nietylko co do ciepłoty, ale również co do ciśnienia — czego w naszych zdrojowiskach jeszcze nie mamy. Zakład dla kąpieli borowinowych wcale mnie nie zachwycił. Borowina, jakkolwiek mielona, zawiera dość duże kawałki drzewa i korzeni i jakkolwiek, jak mnie zapewniał oprowadzający mnie dozorca, kontroluje się ją jeszcze raz w wannie, nie wierzę, aby o wiele lepiej w wannie wyglądała. Kabiny łazienne wcale liche, wanny obie, tak do borowiny (z musu, gdyż inne niszczy), jak i do kąpieli oczyszczającej z wody słodkiej, drewniane. Drewniana półścianka dzieli kabinę na szumnie nazwaną rozbieralnię i właściwą łazienkę; korytarze ciemne; wogóle — więcej spodziewałem się po Marienbadzie. Nadmienić jednak należy, że główne leczenie polega na piciu wód, nie zaś na kąpielach. Naturalnie nie brakuje tu zakładu Zandera, kąpieli elektrycznych, świetlnych i innych wreszcie środków pomocniczych do leczenia fizycznego, a wreszcie zakładu higieniczno-balneologicznego, który wykonuje wszelkiego rodzaju badania, tak źródeł mineralnych, jak i wody

słodkiej, urządzeń sanitarnych, a wreszcie i środków żywności. Wreszcie byłem przy napełnianiu flaszek wodą z »Kreuzbrunnen«, gdzie podziwiałem również staranność o czystość. Wogóle Marienbad sprawia miłe wrażenie czystością swoich domów, dobrymi brukami, dbałością o wygodę i spokój gości (dorożkom i automobilom wolno jechać na obszarze zdrojowiska tylko powoli). Zarzuciłbym mu natomiast to, że z powodu nierówności terenu ulice idą przeważnie w górę lub w dół, co, szczególniej dla chorych na serce uważałbym za rzecz niezawsze bardzo korzystną, nie każdy bowiem chory na serce znosi odrazu chodzenie pod górę.

Trzeciem z kolei miejscem z grupy zdrojowisk czeskich, które miałem sposobność zwiedzić, był Francensbad. Ta miejscowość zajmowała mnie ze wszystkich najwięcej, jako główny współzawodnik Krynicy i pokrewnych jej naszych zdrojowisk. Niestety jednak z powodu zupełnego zamknięcia sezonu kąpielowego zaledwie miałem gdzie przenocować i dzięki tylko grzeczności Dra Steinsberga, który ma tu własny pensyonat dla Polaków, odznaczający się pięknem urządzeniem i niewysokiemi stosunkowo cenami, mogłem wogóle cośkolwiek zobaczyć. Najbardziej mnie jednak zajmowało to, o czem się najwięcej słyszy, a co wcale nie odstrasza tłumu Polek, którym wciąż jeszcze imponuje zagranica, to znane niezdrowe położenie tej miejscowości. Przekonałem się więc naocznie, że Francensbad leży na zupełnej równinie, zaledwie zdaleka widoczne są nieznaczne wzniesienia. Stwierdziłem również, że pomimo wielkich starań o odwodnienie terenu i we wszystkich kierunkach idących drenowań, Francensbad ciągle leży na moczarach. Trawniki w parku w samym środku miejscowości uginają się pod stopami, chodniki, ułożone z płyt kamiennych, muszą być co roku poprawiane, gdyż zapadają się z powodu grząskiego podłoża w ziemię. Skoro wyjdzie się nieco tylko poza granice miejscowości, widzi się doły, powstałe przez wykopanie borowiny, na której pokładach leży cały Francensbad.

Dlatego też nie dziwiła mnie wcale mgła, która ma być tutaj zjawiskiem bardzo częstem, szczególniej rano i wieczór. Podziwiałem natomiast staranie zarządu o zastąpienie tego, czego natura odmówiła, a mianowicie o stworzenie sztucznego parku. Olbrzymie rzeczywiście przestrzenie zasadzono przeważnie brzozami, dla których trzeba było w dodatku ziemię z daleka przywozić i w ten sposób utworzono na równinie cienisty park, który cały Francensbad otacza. Poza tem wobec wielkich zdrojowisk, które przedtem widziałem i wobec reklamowych albumów, przesyłanych lekarzom, na których Francensbad wygląda, jakby raj na ziemi, zawiódł mnie on co do zewnętrznego wyglądania. Ulice niebrukowane, chociaż bardzo czysto utrzymane, domy przeważnie starsze i mniej ozdobne, stoją, przynajmniej w części starszej, w ścieśnionych rzędach. Mało widać domów nowszych i budowanych w sposób dla zdrojowisk przepisany, t. j. w pewnej od siebie odległości. Natomiast nie zbywa tu na środkach leczniczych. Cztery domy łaziebne zawierają 1500 wanien. Źródła są wyzyskane w ten sposób, że każde z nich zaopatruje inne wanny, przez co można stosować kąpiele o rozmaitej zawartości bezwodnika kwasu węglowego. Wodę ogrzewają sposobem, stanowiącym tajemnicę i patent gminy Francensbadu, który polega prawdopodobnie, o ile z zewnątrz sądzić można, na ogrzewaniu wody w komorach bezpośrednio przed każdą wanną. Kabiny same duże, do połowy kaflami wyłożone, jak również i podłoga. Łazienki borowinowe nie nadzwyczajne, borowinę mieloną rozrzedza się wodą mineralną, zawierającą kwas węglowy, z którejto wody robi się również kąpiel oczyszczającą. Obie rzeczy, mojem zdaniem, zupełnie niepotrzebne. a jestto tylko chęć imponowania innym zdrojowiskom (Krynicy, o której we Francensbadzie dobrze wiedzą) zbytkiem wody mineralnej. Wogóle jestto zdrojowisko bardzo silnie reklamowane i niestety, nawet przez lekarzy polskich, bardzo popierane, nie może się porównać jednak zupełnie co do swego położenia i klimatu z naszą Krynicą i Żegiestowem. Te go przewyższają wysokością i zdrowotnością położenia, wskutek tego bez porównania lepszym klimatem i pięknością otoczenia. Co do urządzeń, widać we Francensbadzie, jak już wspomniałem, staranie o poprawienie tego, czego nie dała przyroda, również nie da się zaprzeczyć, że nie braknie środków leczniczych, których dziś wymaga się od dobrze urządzonego zdrojowiska. Przedewszystkiem jest zbytek wody mineralnej, z którą Francensbad wprost nie wie co zrobić i dlatego urządza niepotrzebne kąpiele oczyszczające z tej wody. Buduje się tu ciągle nowe łazienki i przez to zjednywa gości łatwością dostania kąpieli. Sądzę jednak, że pod innymi względami Krynica mu nie ustępuje, nawet co do zbytku w urządzeniu łazienek, a co do położenia znacznie go przewyższa.

Nauheim, słynne »Herzheilbad«, leży odległe zaledwie 45 minut drogi koleją od Frankfurtu n. M. Co godzinę dążą tam i z powrotem pociągi osobowe i pospieszne. Od dworca zaledwie kilkadziesiąt kroków do środka zdrojowiska, do miejsca, gdzie już zdala widać wytryskujące wysoko w górę, na kształt karlsbadzkiego szprudla, źródła i podobnie jak on, szprudlami zwane. Są to cieplice mające 29·9—34·4° C., wytryskujące z głębokości 180 do 210 metrów, a zawierające, jako główne składniki, chlorek sodu i bezwodnik węglowy. Te wody służą tylko do kąpieli, a stopniowanie co do zawartości bezwodnika węglowego otrzymuje się w sposób bardzo ciekawy. Przedewszystkiem trzeba zauważyć, że wody mineralnej do kąpieli zupełnie ogrzewać nie potrzeba, stosuje się ją bowiem o ciepłocie takiej, w jakiej wprost z ziemi wytryska. Odpada więc jedna, bardzo ważna słaba strona wszystkich zdrowisk, mających wodę z zawartością CO_2, t. j. potrzeba ogrzewania wody i sprawa mających dziś jeszcze bardzo wiele niedokładności przyrządów ogrzewających. Woda ze szprudla, tak, jak wprost z ziemi wytryska, spływa własnym ciężarem do łazienek, nie tracąc nic gazu i bywa używana albo jako t. zw. Strombad, t. j. że w czasie kąpieli ciągle nowa ilość wody przez wannę przepływa (najsilniejszy stopień kąpieli), albo jako kąpiel zwykła, »Sprudelbad« (drugi, słabszy stopień). Pozostawiwszy przez pewien czas wodę w zamkniętym, albo otwartym basenie, przez co woda traci mniejszą, lub większą ilość gazu, otrzymuje się znowu dwa następne stopnie siły kąpieli. Wreszcie przez dodanie ługu, otrzymanego w tężniach (Gradierwerke), można zwiększyć zawartość soli w kąpieli. W ten sposób mielibyśmy stopniowanie od kąpieli, zawierających dowolną ilość soli, a bardzo mało bezwodnika węglowego, do kąpieli, zawierających całą ilość gazu, zawartą w tutejszych wodach. W Nauheim pokazują chętnie sieć rur podziemnych, doprowadzających wodę do łazienek. A mają się czem pochwalić, bo widać nietylko staranność wykonania, ale nawet i zbytek, jak np. wyłożenie ścian kurytarzy kaflami, elektryczne oświetlenie i t. d. Cały olbrzymi plac naokoło źródeł otaczają domy łaziebne, których jest coś około dziesięciu. Łazienki, w stylu secesyjnym, jakby przypominającym egipski, urządzone starannie. Kurytarze szerokie, jasne, ściany w poczekalniach wyłożone mozajką, łazienki same jasne, duże, mają ładne, biało lakierowane mebelki, czyste sofy do leżenia i wanny szerokie, jakkolwiek drewniane, ale nadzwyczaj czysto utrzymane. Dla ciężko chorych wanny, dające się ze wszystkich stron dla posługi przy chorym obejść. Łazienka książęca składa się z saloniku, rozbieralni, łazienki z wanną marmurową i pokoju dla służby (kosztuje 20 marek). Jakkolwiek zewnątrz może nieco za ciężkie i dość skromne, co do wewnętrznego urządzenia są to najgustowniejsze i najwygodniejsze łazienki, jakie widziałem. Oglądałem również zakład Zandera, mający 190 przyrządów dla gimnastyki czynnej i biernej, z salą dla mężczyzn i kobiet, a będący prywatną własnością. Do użytku chorych urządzona jest również wziewalnia rozpylonej wody nauheim-

skiej i tężnie, gdzie woda ze znacznej wysokości spływa po warstwach gałązek kroplami w celu odparowania. Również i te tężnie są urządzone tak, aby chorzy mogli oddychać rozpyloną wodą.

Położenie jednak Nauheimu nie jest wcale nadzwyczajne. Równina bezleśna, w blizkości dużego miasta, nizko, bo tylko 138 m. n. p. m. leżąca, bez zajmującej okolicy. W samem Nauheim rozległy park liściasty, z czysto utrzymanemi ścieżkami i trawnikami nawet w tak późnym sezonie. Wille dość skromne, ale ładne, bruki i ulice dobrze utrzymane. Nie brakuje kanalizacyi i wodociągów, rzeźni i innych urządzeń sanitarnych.

Homburg, oddalony tylko 20 minut drogi koleją od Frankfurtu, jestto miejsce, które do pewnego stopnia współzawodniczy z Krynicą, a mianowicie o tyle, że wody jego zawierają żelazo i bezwodnik kwasu węglowego. Oprócz tego jednak posiada również wodę, zbliżoną składem do Nauheimskiej t. j. zawierającą sól kuchenną i również bezwodnik. Homburg, jestto znowu równina, nizko położona, bez żadnej okolicy i bez znaczniejszych wzniesień. Punkt środkowy zdrojowiska stanowi dom zdrojowy, dawniej przeznaczony na sale gry, a więc bardzo zbytkownie urządzony. Przed nim rozległa terasa z letnią kawiarnią, z której daleki widok na park, pięknie urządzony i utrzymany, ze stawami, wodospadami i t. d., ale liściasty i równy. W parku leżą źródła, z tych najsłynniejsze »Elisabethbrunnen« i łazienki cesarskie, które jednak tylko zewnętrznie oglądałem. Oglądałem natomiast łazienki domu zdrojowego, połączone z nim ogrzewanymi kurytarzami tak, że i w zimie można doskonale używać kąpieli. Ciężej chorych winda wynosi do położonych na piętrach łazienek. Łazienki, jak zawsze w Niemczech, czyste, chociaż nie nadzwyczajnie urządzone. Wodę ogrzewa się w samej wannie zapomocą znajdującej się na dnie wanny rury, przez którą przechodzi para. Ponad tą rurą dno dziurkowane. Woda w wannie, jak to sami przyznają, ogrzewa się w czasie kąpieli o jakie 2 stopnie, znany błąd tej metody. Oprócz tego dają kąpiele solankowe (woda wchodzi do wanny już ogrzana), borowinowe (sprowadzane), parowe, z wody słodkiej (wodolecznicze), a wreszcie okłady z pewnego rodzaju żółtej, lepkiej glinki, w okolicy znajdowanej. Oprócz tego jest również zakład Zandera, zakład do leczenia elektrycznością i ziewalnia. Źródła, jakkolwiek widziałem je zamknięte (goście bawiący w zimie piją je z flaszek, świeżo napełnianych, w domu zdrojowym), są bardzo czysto utrzymane, z posadzkami mozaikowemi. Jako specyalność Homburga podnoszą t. zw. dyety homburskie, polegające na tem, że w hotelach i restauracyach wydają jedzenie według schematów, ułożonych przez lekarzy. Ciekawe panują tu zwyczaje. Gość, poszukujący towarzyszy, partnera do whista, tennisa, wycieczki, znajomości na balu, wypisuje swoje nazwisko na czarnej tablicy w domu zdrojowym, a dyrekcya zakładowa pośredniczy w wyszukaniu odpowiedniego towarzystwa. Dbałość zaś niemiecką o gości widać we wręczanym bezpłatnie każdemu nowoprzybyłemu nadzwyczaj dokładnym i ścisłym, w swoim rodzaju ciekawym regulaminie wynajmu mieszkań, od którego, podobno, właściciele domów — rzeczywiście nie odstępują!

Wiesbaden, jestto przedewszystkiem miasto stołeczne prowincyi Wiesbaden, i to miasto duże, bo liczące powyżej 100 tysięcy mieszkańców. Ma więc wszystkie dogodności i niedogodności wielkiego miasta, a więc tramwaje elektryczne, idące aż do Moguncyi, oświetlenie elektryczne, kilka teatrów i t. d. Zato powietrza, zieleni, mało, kamienice wysokie, ścieśnione, duży ruch, krzyk i hałas i inne miejskie przyjemności. Trzeba dopiero jechać za miasto, albo płacić wstęp do domu zdrojowego, aby znaleść się wśród zieleni. Zresztą za wszystko trzeba płacić, nawet za picie wody w rannych godzinach przy »Kochbrunnen«, kiedy gra muzyka. »Kochbrunnen«, najsławniejsze źródło wiesbadeńskie, leży zresztą na małym placu, ściśniętym ze wszystkich stron wysokimi hotelami. Hotele te mają serwitut używania wody z »Kochbrunnen« do kąpieli i dlatego nie ma w Wiesbadenie łazienek, należących do zarządu zdrojowiska. Każdy hotel na swoją rękę urządza sobie łazienki. Oglądałem je w hotelu »Römerbad« i przyznam się, że po »rzymskich« łazienkach więcej się spodziewałem. Bardzo dobrze natomiast są urządzone łazienki w hotelu »Kaiserhof«, t. zw. »Augusta-Victoria-Bad«. Hotel ten posiada własne źródło, jak wiele zresztą hoteli w Wiesbadenie, i oprócz kąpieli mineralnych ma również urządzenia do kąpieli borowinowych ze Schwalbach, urządzenia do wodoleczenia, kąpieli parowych, elektrycznych, świetlnych, miesienia, gimnastyki Zandera itd. itd. Łazienki te pozostają pod stałym kierunkiem dwóch lekarzy domowych, a czystość i komfort urządzenia nic do życzenia nie pozostawiają. Wspaniale urządzony jest dom zdrojowy, przeznaczony także pierwotnie na sale gry. Są więc sale żółte, zielone, czerwone, sale bilardowe i czytelnie, śliczne sale koncertowe większa i mniejsza, słowem, wszystko na wielką skalę pomyślane. Źródeł tu mnóstwo, coś około trzydziestu, a ponieważ są to cieplice, ma to powodować stale o jakie 2 stopnie wyższą ciepłotę powietrza, aniżeli w okolicy. »Si non e vero, e bene trovato«.

W wycieczce tej nauczyłem się wiele, a przedewszystkiem nauczyłem się cenić nasze zdrojowiska. Chociaż bowiem przeważnie dużo jeszcze mamy braków, nie co do urządzeń leczniczych, ale co do zbytku w urządzeniach, mamy jednak to, za co Niemcy drogoby nam zapłacili, to jest śliczne położenie zdrojowisk i znakomity klimat. Oprócz bowiem Karlsbadu i Marienbadu wszystkie inne zdrojowiska, które zwiedziłem, leżą nizko, na równinach i sztucznie trzeba stwarzać to, czego nie dała przyroda. I chociaż Francensbad pisze w swoich reklamowych ogłoszeniach, że »gdybyśmy gór do leczenia potrzebowali, tobyśmy je sami usypali«, jednak ja wolę Krynicę lub Żegiestów. My mamy ogromne bogatwa w naszych zdrojowiskach, tylko wyzyskać ich jeszcze dostatecznie nie umiemy.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Stan epidemii w Galicyi. 18. czerwca w Podwołoczyskach zmarła wśród objawów wzbudzających podejrzenie cholery, podróżna przybyła z Rostowa nad Donem, skąd wyjechała 15. czerwca. Obdukcya zwłok i badanie bakteryologiczne stwierdziło cholerę azyatycką.

W czasie od 19. VI. do 25. VI. 1910 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego m. Lwów 1 (chory przybył z Jabłonki niżnej pow. Turka), w pow. Czortków (Bazar 4), Gródek jagiell. (Stradez 1, Uherce niezabitowskie 2), Grybów (Banica), Horodenka (Żywaczów 1, Podwerbie 1, Okno 2, Niezwiska 1, Żuków 5), Jaworów (Jazów stary 4, Młyny 3, Jaworów 6, Czerczyk 3), Rawa (Pogorzelisko 1, Ulicko seredkiewicz 7), Przemyślany (Nowosiółka 2), Śniatyn (Wołczkowce 1, Ilińce 1).
Dr T.

Choroby zakaźne w Warszawie. Od 29. V. do 4. VI. 1910 przybyło do szpitali warszawskich przypadków: ospy 19 † 3 (w całem mieście † 4), odry 7 † 1 († 4), płonicy 18 († 9), błonicy 5 († 3), róży 10 † 2 († 3), duru plamistego 21 † 3 († 1), duru brzusznego 16 † 2. (Gaz. lek. Nr 26).

Wiadomości bieżące.

Autorowie polscy raczą przesyłać odbitki prac swoich kolegom, zdającym stale sprawę z piśmiennictwa polskiego do czasopism zagranicznych. Stałymi sprawozdawcami są:

Ze wszystkich działów: Komisya sprawozdawcza Towarzystwa lek. lwowskiego; prezes Prof. Dr Adolf Beck, Lwów, Piekarska 52 (Virchows Jahresber. der ges. Medizin): Dr H. Pisek, Podgórze-Kraków i Dr Cz. Meissner, Poznań (Deutsche mediz. Wochenschrift), Dr Stanisław Ostrowski, Petersburg, Woźniesieńskij prospekt 23, m. 10 (Russkij Wracz); z medycyny teoretycznej: Prof. Dr S. Bądzyński, Lwów. Piekarska 52 (Lavori e riviste di chimica etc.), Prof. Dr H. Hoyer, Kraków, św. Anny 6 (»Schwalbes Jahresberichte üb. die Fortschritte der Anatomie u. Entwickelungsgeschichte«, anatomia ludzka, porównawcza, histologia, embryologia, antropologia); Dr Filip Eisenberg, Kraków, Strzelecka 9 (Centralblatt f. Bakteriologie); Dr W. Szczawińska, Paryż, rue Dutot 18 (Bulletin de l'Institut Pasteur); Dr M. Friedmann, Wien IX. Allg. Krankenhaus, 27 Stiege. Z. 72. — fizyologia, biochemia, patologia doświadczalna); ż medycyny wewnętrznej: (w zakresie gruźlicy) Dr S. Sterling, Łódź, Piotrkowska 111 (Intern. Centralblatt f. d. ges. Tuberculoseforschung), (hematologia): Dr Stanisław Klejn, Warszawa, Leszno 17 (Folia haematologica et serologica); z chirurgii: Dr Radliński (Centralblatt f. Chirurgie), Kraków, Kopernika 40; Dr Ant. J. Goldman, Łódź, Piotrkowska 19 (pisma francuskie), Dr A. Wertheim (Warszawa, Krucza 47a) (Centralblatt f. Chirurgie, z prac, wydanych w Królestwie Polskiem); z neurologii: Dr K. Orzechowski, Lwów, ul. Kraszewskiego 15 (»Folia neurobiologica« Groningen i »Epilepsia« Budapeszt, »Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde«); z pedyatryi: prym. Dr J. Landau, Kraków, Gertrudy 9 (Jahrbuch für Kinderheilkunde), Dr J. Brudziński, Łódź, Spacerowa 27 (Monatschrift für Kinderheilkunde); z ginekologii: Dr Franc. Neugebauer, Warszawa, Leszno 33 (prace ginekol.-położnicze, Frommel's Jahresbericht), Dr Ehrlich, Przemyśl (Monatsschrift f. Geburtshilfe u. Gynaekologie); z laryngologii i otyatryi: Dr J. Sędziak, Warszawa, Erywańska 10 (Monatschr. f. Ohrenheilk. [Berlin], Journal of Laryng etc. [London], Annals of Otology etc. [St. Louis]), Dr R. Spira, Kraków, Grodzka (Archiv für Ohrenheilkunde); z dermatologii: Dr Leon Feuerstein, Lwów, św. Mikołaja 20 (w lecie: Bad Hall, Oberösterreich), (Monatshefte f. praktische Dermatologie), Dr J. Baschkopf, Kraków, Floryańska 25, (Dermatologische Zeitschrift, Dermatol. Centralblatt); z hydroterapii: Doc. Dr Kowalski, Lwów, Romanowicza 20 (Monatsschr. f. d. physik.-diät. Heilmethoden); z elektrologii: Dr J. Zanietowski, Kraków, Batorego 1 (Zeitschr. f. Elektrologie, Annales d'electrol., Archiv. f. physikalische Med., Annali di electricita med.); z okulistyki: Dr St. Lewicki, Odessa, ul. Elisawetyńska 23, m. 1. (Wiestnik Oftałmołogii); z historyi medycyny: Dr J. Lachs, Kraków, Jasna 2 (Mittheil. zur Geschichte der Medizin. i dział historyczny w Virchows Jahresberichte der ges. Medizin).

Redakcya »Przeglądu lekarskiego« uprasza Kolegów, zdających stale sprawę do innych pism, o łaskawe zgłoszenie się celem uzupełnienia powyższego spisu.

W sprawie Komitetu narodowego polskiego na międzynarodowym Zjeździe ginekologicznym w Petersburgu ogłasza »Gazeta lekarska« (26) następujący list prezesa komitetu Zjazdu, Prof. de Otta z Petersburga, do Prof. Dr Marsa:

»W odpowiedzi na Szanowne pismo Pańskie z d. 30. V. b. r. mogę tylko potwierdzić, com pisał w listach poprzednich. Komitet narodowy polski, podobnie, jak i Komitet czeski, czynny będzie, jako Komitet samodzielny i zupełnie będzie oddzielny od Komitetu austryackiego. Organizacya Komitetu w całości zależy od decyzyi Prezesa. Nazwiska członków, które nam Pan wskazał, umieszczone będą w statucie, podobnie, jak lista członków innych komitetów, a delegaci Wasi na pewno brać będą udział we wszystkich posiedzeniach na takich samych prawach, jak Komitety innych narodowości. Mam nadzieję, że odpowiedź moja stanowczo usunie Wasze wątpliwości«.

»Gazeta lekarska« wzywa wobec tego do licznego czynnego udziału w Zjeździe. Zgłoszenia na Zjazd (22—27. IX. b. r.) z Królestwa i Warszawy przyjmuje Dr J. Jaworski w Warszawie (Zielna 13).

Kraków. Dziekanem Wydziału lekarskiego na r. 1910/1 wybrany został Prof. Dr Karol Klecki.

— Prof. Dr Łazarski wybrany został w Najwyższej Radzie Zdrowia wiceprezesem komitetu dla spraw farmaceutycznych.

Warszawa. Wyszła z druku »Dyagnostyka chorób nerwowych« pióra Dra L. Bregmana. Dzieło to, wypełniające jeden z dotkliwych braków w naszem piśmiennictwie, obejmuje 30 arkuszy druku i zawiera liczne rysunki (przeważnie z własnych spostrzeżeń autora). Ocenę dzieła pomieścimy w jednym z następnych numerów.

— W Zamościu ma być zbudowany szpital izraelicki na 20 łóżek kosztem 32.000 rb.

Z różnych stron. Od 4. do 8. X. 1910 odbędzie się w Brukseli II. międzynarodowy kongres higieny środków żywności i racyonalnego żywienia się człowieka. Uczestnicy opłacają 20 franków, który wysłać należy do jeneralnego sekretaryatu kongresu w Brukseli (rue de Louvain Nr 3). Tam także można uzyskać bliższe informacye o kongresie.

Mianowani. Dr Henryk Kowalski generalnym lekarzem sztabowym, Dr Władysław Januszewski, inspektor sanitarny w Bośni, radcą rządu.

Powołani. Prof. Wilms z Bazylei, a Prof. Wagenmann z Jeny do Heidelbergu. Prof. Döderlein z Monachium do Berlina. Prof. Kretz z Pragi do Würzburga.

Zmarli. Dr Aleksander Vacqueret, uczestnik powstania w r. 1863, lekarz konsulatu francuskiego w Warszawie, w 62 r. ż.

Redakcya otrzymała: Puławski A.: Rokowanie i leczenie w chorobie Gravesa (Basedowa). »Now. lek.« 1910. — L. E. Bregman: Dyagnostyka chorób nerwowych. Podręcznik dla lekarzy i studentów. Z 143 rys. i 2 tabl. Warszawa 1910.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w czerwcu 1910.

Gazeta lek. Nr 22—26. Henryk Dobrzycki (z powodu 50-letniego jubileuszu). — Saski: Zmiany miejscowe w krążeniu przy ruchach czynnych kończyny. — Wachtel (c. d.). — Koelichen (c. d.). — Biernacki: O stosunkach zachodzących między przemianą mineralnych a organicznych składników pokarmu. — Jakowski: Prof. Robert Koch. — Wł. Piotrowski: O śródskórnej reakcyi na tuberkulinę. — Reichenstein: W sprawie cukromoczu w czasie ciąży. — Bychowski: Teoretyczne podstawy leczenia spastycznych porażeń metodą Foerstera.

Medycyna i Kronika lek. Nr 22—26. Henryk Dobrzycki (z powodu 50-lecia jego pracy). — Słówko o działalności artystycznej Dr H. Dobrzyckiego. — Biegański: W sprawie profilaktyki osobistej w tyfusie wysypkowym. — Chełchowski: Powstawanie guziczków po wypuszczeniu wysięków opłucnowych gruźliczych. — Heryng: Gościec krtani. — Lubliner: Wpływ ciąży na przebieg suchot krtaniowych i płucnych. — Sokołowski A.: Wpływ ciąży na przebieg gruźlicy płuc i krtani. — Rzętkowski: W sprawie wpływu suchej łaźni na wydzielanie kwasu moczowego. — Srebrny: O leczeniu gruźlicy gardzieli i krtani zapomocą galwanokaustyki. — Wilczyński H.: O spirometryi. — Biehler Matylda: Leczenie krztuśca wodą fluoroformową. — Sterling Wł. (c. d.). — Srebrny: Robert Koch. — Wasserthal: O mechanizmie wydzielania soku w małym żołądku Pawłowa, Heidenhaina i Bickela. — Halpern: Przyczynki do przemiany siarki w ustroju. — Blassberg: O tak zwanym artrytyzmie. — Ganz: Przypadek grzybicy łagodnej języka.

Tygodnik lekarski Nr 21—25. Pisek: Stanisław Pareński (życiorys). — Czernecki: O wpływie dziedziczności na wytworzenie się wrzodu żołądka. — Studziński (c. d.). — Selzer: O odczynie Cammidgea. — Biegański: Teleologia i witalizm. — Rydygier Antoni: O nowotworach kończyn. — Czubalski: O wpływie kurary na gruczoły trawienne, ciśnienie i krzepliwość krwi. — Franke: O sposobie ilościowego oznaczania zaczynu proteolitycznego ciałek białych i o t. zw. wskaźniku zaczynowym ciałek białych krwi u człowieka. — Rosenhauch: O etyologii zapaleń pryszczykowych oka.

Nowiny lek. Nr 6. Bogdanik (dok.). — A. Żołątkowski: Przyczynek do sprawy stosowania środków przeczyszczających

przy ostrych zapaleniach wyrostka robaczkowego. — Malinowski (dok.). — Michałowicz: O gruczołach przytarczycowych. — Szulczewski: O stanach kurczowych w wieku dziecięcym i ich różniczkowem rozpoznaniu. — Klęsk: Postępy i zdobycze chirurgii w ostatnich dwóch latach. — W. Chodźko (dok.).

Przegląd pedyatryczny Z. 2. S. Ostrowski: Spółczesny stan nauki o niedokrewności niemowlęcej z obrzmieniem śledziony (anaemia splenica infantum). — L. Bondy: Próba tuberkulinowa śródskórna (Mantoux), stosowana w celach rozpoznawczych gruźlicy. — H. Rozenblatówna: Przyczynek kliniczny do kazuistyki zboczenia wzrostu chrząstek (chondrodystrophia foetalis, mikromelia). — T. Mogilnicki: Przypadek wylewu krwawego do opon mózgowych u dziecka 6-letniego, dotychczas zdrowego. — W. Jasiński: O drgawkach u dzieci.

Postęp okul. Nr 4—5. Noiszewski: Zapalenie tarczy nerwu wzrokowego. — Reis: W sprawie wykazów statystycznych o czynności zakładów okulistycznych w Polsce.

Przegląd chorób skórn. i wen. Nr 1— 2. Goldman: Serodyagnostyka przymiotu według Wassermanna.

Kronika dentyst. Nr 6. Wilga (c. d.).

Zdrowie. Nr 6. W. Dubeltowicz: O rzeźniach. Rzeźnie m. Warszawy. — A. Sokołowski: Madera i Wyspy kanaryjskie z punktu widzenia klimatoterapeutycznego. — Konwerski: Kilka słów o leczeniu chorych w Druskienickim Zakładzie wodoleczniczym. — W. Knappe: Działalność higieniczno-lekarska w szkole ludowej utrzymywanej z funduszów Karola Rose.

Przeglad higieniczny Nr 5. Friedberg (c. d.).

Przegląd zdrojowo-kąpielowy Nr 5—6 Zanietowski: Sprawozdanie polskiego Tow. balneologicznego. — Luster: Uwagi na czasie. — Zanietowski: Kilka słów o Swoszowicach.

Głos lekarzy Nr 11—12: Kadyi, Bogdanik, Mączka, Gelibter, Żęczykowski, Goldenberg, Fels, Sieradzki, Zasacki: Opinie dla ankiety w sprawie kary śmierci. — Krajowa Rada Zdrowia w sprawie docentów higieny i lekarzy szkolnych w seminaryach nauczycielskich. — Czyżewicz: W sprawie praktyki prywatnej lekarzy rządowych. — Dobrzański: Okręgówka w Krzywczy. — Kasa dla chorych lekarzy. — Legieżyński: W sprawie drożyzny mieszkań we Lwowie.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Leczenie stwardnienia tętnic. A. Merdinger (Wiedeń). [Oesterr. Aerzte-Ztg. 1910, Nr 8] poleca: zmniejszenie pracy, małe przechadzki, częste przyjmowanie małej ilości pokarmu, usunięcie wyskoku, korzennych przypraw, octu, tytoniu, diuretyna lub eustenina. Za właściwe leczenie uważa M. wstrzykiwania $1^1/_2$ gr. serum organic. Trunecek dziennie. Dawki zwiększa się po 0·5 gr., dochodząc do 3—9 najwyżej. Jeżeli te wstrzykiwania, jak się zdarza często, są bardzo bolesne, poleca M. **antysklerozynę**, którą także stosuje po przebytych wstrzykiwaniach surowicy. Na materyale przeszło 100 przypadków osiągnął M. wyniki korzystne, podmiotowo i przedmiotowo rzecz oceniając. Wpływu niekorzystnego nigdy nie spostrzegł.

Ll. W.

Collargol

(wlewania, wstrzykiwania) 2e

leczy przy dostatecznem dawkowaniu i konsekwentnie przeprowadzonem leczeniu wiele przypadków

najcięższych zakażeń ogólnych,

ropowicę (szczególnie połogową), **ostry gościec stawowy** (zwłaszcza postacie opierające się salicylowi), **dur, zakażenie gonokokowe, zakażenia mieszane** przy suchotach etc.

Creosotal „Heyden“,
Duotal „Heyden“,

dawno wypróbowane leki **przy wszelkich chorobach zakaźnych dróg oddechowych.**

Próbki i piśmiennictwo bezpłatnie.

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Dresden.

Serravallo

Wino chinowe z żelazem.

Przez powagi lekarskie polecane ozdrowieńcom i niedokrewnym. Z powodu swego dobrego smaku używane chętnie

przez dzieci i kobiety

Wystawa hig. Wiedeń 1906: Nagroda państw. i dypl. hon. do medalu złotego.

Odznaczone kilkakrotnie. — **Przeszło 7000 orzeczeń lekarskich.** Na żądanie przesyłamy PP. lekarzom literaturę i próbki.

J. Serravallo. c. i k. dostawca Dworu

Triest-Barcola. 43

Krynica
Dr. Marya Felauer

ordynuje w chorobach kobiecych od 15-go maja. Dom rządowy „pod Koroną“. 296

Nakładem Gal. Tow. farmaceut. „UNITAS“ w Krakowie

wyszło kompletne dzieło p. t.: 206

Komentarz do VIII wyd. farmakopei austryackiej.

Podręcznik dla lekarzy urzędowych, okręgowych, praktykujących, weterynarzy, aptekarzy, droguistów, farmaceutów i t. p.

opracowany przez Doc. Dra **I. Lembergera** i Doc. Dra **S. Drobę,**

składający się z dwu części o 76 ark. druku więk. 8-o. Część pierwsza opatrzona 139 rycinami, 27 tabelkami, oraz 2 tablicami litograficznemi, traktuje o zasadach chemii analit., o wykonywaniu najważniejszych rękoczynów, wchodzących w zakres ilościowej chemii rozbiorowej, podaje zasady i szczegółowe metody miareczkowania, metody badań fizykalnych, mikroskopowych, jakoteż używanie odczynników do przedstawień najważniejszych obrazów z anatomii i histologii roślin. — Osobny dział traktuje obszernie bakteryologię. — Część druga opatrzona 141 rycinami i 17 tabelkami, jest tłómaczeniem farmakopei na język polski z dodatkiem potrzebnych objaśnień i rycin, objaśniających obrazy mikroskopowe tych częci roślinnych, które farmakopea badać poleca.

Przy zamówieniach prosimy adresować: Gal. Tow. farmac. „UNITAS“ w Krakowie, skrytka p. 18, lub Księgarnia Gebethnera i Ski Kraków.



Czeska woda gorzka
ŠARATICA

używana jest przez czeskich lekarzy nietylko dlatego, że to woda czeska, lecz także że działaniem swojem przewyższa wody węgierskie. 238 a

Próbki gratis i franco od Zarządu Szaraticy w Krzenowicach na Morawach.



Pertussin

Extract. thymi saccharat. Taeschner

(nazwa we wszystkich państwach prawnie strzeżona).

Nieszkodliwy, pewnie działający środek przeciw

krztuścowi, nieżytom krtani i oskrzeli, rozedmie itd.

Dawka dla dzieci: co **2** godziny **1 łyżeczkę kawową** do **1 łyżeczki** dziecięcej, stosownie do wieku; dorosłym co **1—2** godzin **1 łyżkę stołową.** Sprowadza się we flaszkach zawartości 250 g. przez każdą aptekę. Piśmiennictwo z wybitnych czasopism lekarskich niemieckich i austryackich, jakoteż próbki bezpłatne dla doświadczeń do rozporządzenia panów lekarzy. — Sporządzony w

Kommandanten-Apotheke E. TAESCHNER

74 **Berlin C. 19. Seydelstr. 16.**

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

Ogłoszenie płatne.

(Naśladownictwo zastrzeżone).

I. Zdrojowiska krajowe:

Iwonicz.

Dr **Turzański Grzegorz Jarosław**, lekarz zakładowy.

Krynica.

Dr **Cercha Maksymilian**, („Domek Szwajcarski").

Dr **Dębicki Klemens**, „Pod Jeleniem".

Dr **Lewicki Stanisław**, b. asystent kliniki położ. ginek. Uniwersytetu lwowskiego.

Dr **Pruszyński Jan**, Docent Uniw. lwow. Dom Zdrojowy.

Rabka.

Dr **Lang Otokar**, Willa „pod Luboniem".

Dr **Supiński E.**, lekarz zdrojowy.

Szczawnica.

Dr **Hammerschlag Rudolf.**

Dr **Gorski Xawery**, b. lekarz zakładowy (zimą w **Abacyi**).

Dr **Kolączkowski**, ord. i prowadzi pensyonat hidropatyczny.

Dr **Kruszyński Kazimierz**, Radca cesarski.

Truskawiec.

Dr **Pelczar Zenon**,

Dr **Praschil Tadeusz**, lekarz zakładowy.

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Bad Hall (w górnej Austryi).

Dr **Feuerstein Leon**, Villa „Söllradl".

Baden pod Wiedniem.

Dr **Kümmerling Henryk**, lekarz zdrojowy, Renngasse 3.

Cieplice Trenczyńskie.

Dr **Filipkiewicz Stefan**, lekarz zakładowy.

Franzensbad.

Dr **Przybylski Stan.** Palast Hotel. Wejście od Kirchenstr.

Dr **Steinsberg Leopold**, we własnym zakładzie leczniczym, (Willa Dra Steinsberga).

Dr **Zeitner Józef**, Kirchenstr. Villa „Stadt Paris".

Gleichenberg.

Dr **Bulikowski**, Radca ces., Villa „Höflinger" IV.

Karlsbad.

Dr **Obmiński Ksawery**, objął od 1 czerwca b. r. zakład dla elektr., wibracyi i masażu po śp. Drze Kaufmanie. „Maltaserritter".

Kissingen (w Bawaryi).

Dr **Chłapowski F.**, Radca san. Prinzregentenstr. 1, tamże pensyonat dyetetyczny własny.

Dr **Maciejewski**, Sanatorium „Quo vadis" Ludwigstr. 16.

Doc. Dr **Modrakowski J.**, Villa „Elsa".

Marienbad.

Dr **Eichhorn Ferdynand**, ord. jak dotychczas Dom „Mozart".

Dr **Jasinicka Marya**, Schloss Heilbronn, Kaiserstrasse.

Dr **Kwiatkowski Stanisław Benedykt**, ordynuje od 1 maja do 1 października „Haus Hamburg".

Dr **Z. Szczepański**, od 20 maja „Haus Schiller".

Rok XLIX. Kraków, dnia 9. lipca 1910. Nr 28.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Problemat dziedziczności w patologii.

(Podług wykładu na uroczystem posiedzeniu Wydziału lekarskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu w dniu 17. kwietnia 1909).

Napisał

Prof. Dr Karol Klecki.

(Ciąg dalszy).

Doświadczenia nad dziedzicznością zmian nabytych posiadamy także w dziedzinie odporności. Pierwsze doświadczenia w tym kierunku przeprowadził jeszcze w roku 1891 Ehrlich, który po uodpornieniu myszy na jady roślinne, mianowicie na abrynę, rycynę, oraz rubinę, stwierdzał odporność na dany jad także i u młodych, rzuconych przez uodpornione zwierzęta; Ehrlich doszedł atoli do wniosku, że owa odporność młodych, utrzymująca się przez 6—8 tygodni, jest odpornością bierną, nie odziedziczoną, ale nabytą przez ssanie uodpornionej matki. Występowanie odporności biernej u potomstwa samic uodpornionych stwierdził w późniejszych badaniach Vaillard, mianowicie u królików i świnek morskich uodpornionych na tężec, na wąglika, na cholerę, oraz na prątka Miecznikowa. Według Chaveau jagnięta, rzucone przez owce, uodpornione na prątka wąglika, są również uodpornione na działanie tego zarazka. W doświadczeniach Charrina i Gleya młode króliki, pochodzące od królic uodpornionych na prątka błękitnej ropy, były odporne na działanie tego prątka. Podobnie w doświadczeniach Andersona 52—54% potomstwa matek sztucznie uodpornionych na błonicę było odporne na tę chorobę. Dzierzgowski stwierdził odporność na błonicę kurcząt, wylęgłych z jaj kur uodpornionych na błonicę.

W doświadczeniach nad dziedzicznością odporności nabytej na wściekliznę, różni badacze otrzymywali wyniki rozmaite. Babès i Talanescu znaleźli, że odporność w tym przypadku z rodziców na potomstwo nie przechodzi, Högyes zaś, Tizzoni w doświadczeniach na królikach, oraz Tizzoni i Centanni w doświadczeniach na psach stwierdzili, że nabyta odporność na wściekliznę dziedziczy się, a Tizzoni i Centanni przytem znaleźli, że zachodzi to nawet wówczas, gdy uodporniony na wściekliznę jest tylko ojciec. Konradi, który wykonywał doświadczenia również na psach, uważa za rzecz możliwą, że odporność nabyta na wściekliznę przechodzi dziedzicznie na potomstwo i to nie tylko z matki, ale niekiedy z ojca. Remlinger zaś, który wykonywał doświadczenia na psach i królikach, znajduje, że odporność na wściekliznę z ojca na potomstwo nie przechodzi, a tylko z matki, gdy zostaje ona uodpornioną podczas ciąży, i to niestale.

W doświadczeniach Kleinego i Möllersa na psach, uodpornionych na piroplazmozę, odporność przechodziła na małe tylko z matki, i to jako odporność bierna, nietrwała.

W końcu posiadamy kilka badań doświadczalnych nad dziedzicznością własności nabytych z dziedziny cytotoksyn. Charrin, Delamare i Moussu miażdżyli ciężarnym zwierzętom wątrobę lub nerki, poczem zwierzęta roniły; u poronionych płodów znajdowali ci badacze zmiany patologiczne, jakoto zwyrodnienia i krwotoki w odpowiednich narządach. Po wstrzyknięciu samicom ciężarnym wyciągów z narządów wewnętrznych, stwierdzali oni również u młodych zmiany patologiczne, choć zwykle nieznaczne i rozlane, w odpowiednich narządach. Magni wywoływał u królic ciężarnych wodonercze przez podwiązanie moczowodu; n młodych takich królic stwierdzał on rozszerzenie naczyń w nerce i krwotoki w korze nerkowej.

Wnioski ogólne ze spostrzeżeń i doświadczeń przemawiających za dziedziczeniem się własności nabytych. Z powyżej przytoczonych spostrzeżeń i doświadczeń, przemawiających za dziedziczeniem się własności nabytych, wysnuto pewne wnioski ogólne, które mają na rzeczone zjawisko jaśniejsze rzucać światło. Otóż z badań tych wynika przedewszystkiem, że własności nabyte mogą być przekazane potomstwu wówczas, gdy przez powolne działanie w ciągu dłuższego czasu sprowadziły w ustroju rodziców zmiany głębokie i trwałe; według Jenningsa mogą dziedziczyć się tylko takie zmiany nabyte, które zmieniają charakter protoplazmy ustroju macierzystego. Dalej wynika z tych badań, że im wcześniej powstaje w ustroju zmiana nabyta, tem łatwiej może ona przekazać się potomstwu; dlatego to wady rozwojowe, powstałe przez zadziałanie różnych czynników na wczesne okresy życia płodowego, stosunkowo łatwo się dziedziczą.

Spostrzeżenia z dziedziny patologii człowieka wskazują, że w stanach patologicznych nabytych nie zawsze dziedziczy się ta sama zmiana, która powstała u rodziców, co określono jako »hereditas homoiomorpha v. homologa« i że to zachodzi nawet stosunkowo rzadko; że natomiast w dziedziczności stanów patologicznych najczęściej występuje transformizm zmian nabytych, jak to widzimy n. p. u potomstwa gruźliczych, kiłowych lub opilców. Transformizm ten ze względu na częstość, z jaką występuje, uważa Orszanskij za prawo dziedziczności patologicznej, którą w tym wypadku określa się jako »hereditas heteromorpha v. heterologa«. Ów transformizm w dziedziczeniu zmian patologicznych jest tak znaczny, że zmiany organiczne rodziców mogą sprowadzić u potomstwa zmiany czynnościowe i odwrotnie. Nabyte stany patologiczne przodków mogą sprowadzić u potomstwa albo wystąpienie tej samej zmiany, czy tego samego zaburzenia, albo też skutków zadziałania na ustrój przodków czynników, czy produktów patologicznych, co u potomstwa wywołać może wady rozwojowe, różne zaburzenia czynnościowe, wskutek których powstaje usposobienie do różnych chorób, a w stanach zakaźnych niekiedy odporność na nie.

Stany patologiczne nabyte mogą przez dziedziczność utrwalać się i potęgować, co określa się jako »hereditas progressiva«, a co wiedzie ostatecznie do wygaśnięcia rodu. Mogą one przy odpowiednim doborze w związkach małżeńskich w dalszych pokoleniach słabnąć, a nawet zniknąć zupełnie, jak to się zdarza n. p. w stanach patologicznych ośrodkowego układu nerwowego; sprawę tę określono jako »hereditas regressiva«.

W stanach chorobowych nabytych stwierdzono dalej, że przekazywanie potomstwu czynników szkodliwych odbywa się nie tylko za pośrednictwem jajka, ale i plemnika, jak to najczęściej zachodzi w alkoholiźmie i kile rodziców, a co ma wielkie znaczenie nie tylko praktyczne, ale i teoretyczne, jak się to w dalszych wywodach pokaże. Levy dochodzi nawet do wniosku, że usposobienie do chorób na tle dziedzicznem najczęściej zawdzięcza potomstwo ojcu, a nie matce. Orszanskij zaś twierdzi, że od rodziców, przekazujących potomstwu zmiany patologiczne, chłopcy otrzymują ich więcej, niż dziewczęta.

Przekazywanie dziedziczne cech patologicznych tłómaczą przytem jedni autorowie przez oddziaływanie stanu patologicznego komórek ustroju na plazmę zarodkową za pośrednictwem układu nerwowego (Tornier), na którym zmiany patologiczne rodziców mogą odbijać się niekoniecznie w pewien stały, w danej chorobie określony sposób, ale w sposób rozmaity, skąd ma pochodzić ów tak częsty transformizm w sprawach patologicznych dziedzicznych; inni badacze sądzą, że w stanach patologicznych zmiana odżywienia dochodzi do komórek rozrodczych za pośrednictwem krwi i sprowadza przez to zmiany plazmy zarodkowej (Bouchard); jeszcze inni, jak np. Baumgarten sądzą, że zachodzi tu impregnacya determinantów przez wytwory patologicznie zmienionej przemiany materyi w komórkach somatycznych, którą Baumgarten przyrównywa do działania wydzielin wewnętrznych.

Ze spostrzeżeń i doświadczeń patologicznych wyciągnęli niektórzy badacze nawet taki wniosek, że nie tylko zmiany nabyte, powstałe pod wpływem działania czynników chorobotwórczych na ustrój w ciągu dłuższego czasu, odbijają się na potomstwie, ale że i krótkotrwałe, okolicznościowe wpływy na komórki somatyczne odbijają się na plazmie zarodkowej, a przeto i na potomstwie, zwłaszcza w zakażeniach i zatruciach. Fick zaś mniema, że każdorazowy stan cielesny rodziców wpływa tylko na plazmę indywidualną ich komórek rodnych.

Z powyżej przytoczonego poglądu wynika ważność stanu rodziców w chwili płodzenia, a względnie poczęcia ze względu na zdrowie potomstwa.

Pinard na podstawie 23 spostrzeżeń wygłasza zdanie, że gdy z rodziców zdrowych, mających potomstwo zdrowe, rodzi się dziecko słabe, można być pewnym, że podczas poczęcia jedno z rodziców było chore lub w okresie zdrowienia. Kraft-Ebing i Voisin podnoszą złe skutki dla potomstwa, jakie pociąga za sobą stan ostrego alkoholizmu rodziców zwłaszcza podczas płodzenia; zwłaszcza idyotyzm i padaczka mają często powstawać z tego powodu. Nadto posiadamy spostrzeżenia, świadczące, że wyniszczenie ustroju rodziców, n. p. przez głód, tak jak to miało miejsce n. p. podczas oblężenia Paryża, jak również ich stan psychiczny, np. przygnębienie podczas zmartwienia, jakie miało jedno z rodziców przed poczęciem, odbijają się szkodliwie na zdrowiu spłodzonego w tym czasie dziecka.

Rozbiór krytyczny zjawisk, przemawiających za dziedzicznością własności nabytych. Jakkolwiek sprawą dziedziczności zajmowało się od dawna wielu badaczów, do niedawnych jeszcze czasów panował w tej dziedzinie wielki chaos, wynikający stąd, że w braku podstaw naukowych, któreby pozwalały ściśle ująć istotę dziedziczności, dokładnego rozbioru odnoszących się tu zjawisk nie przeprowadzono, ograniczając się do powierzchownego tylko ich zbadania. Stąd pochodzi, że do dziedziny dziedziczności często włączano zjawiska, które z nią nic wspólnego nie mają; zwłaszcza w medycynie nieraz własności, nabyte w życiu płodowem, a zatem wrodzone, uważano za własności odziedziczone.

Już we wstępie podniosłem, iż wielką zasługę położył Weismann przez zaprowadzenie w dziedzinie dziedziczności pewnego ładu, a mianowicie przez wyłączenie z niej zjawisk, w których dziedziczność nie wchodzi w grę, oraz przez wprowadzenie do tej dziedziny niezmiernie wielkiego krytycyzmu. Zasługę tę dzielą z Weismannem Virchow, Ziegler i Orth.

W tem porządkowaniu dziedziny dziedziczności niezmiernie ważnem było ścisłe oddzielenie własności istotnie odziedziczonych od własności wrodzonych, co się łączy z dokładniejszem niż wprzódy pojmowaniem dziedziczności. Otóż w rzeczywistości za własności, czy cechy dziedziczne można uważać tylko takie, jakie płód otrzymuje od rodziców najpóźniej w chwili poczęcia (koncepcyi); innemi słowy, tylko to przechodzi na potomstwo, co jest własnością komórek rodnych, a względnie czem one są niejako impregnowane, a więc co już w plazmie zarodkowej istnieje jako pewien zawiązek, przed zapłodnieniem, albo w chwili zapłodnienia. Wszystko to, co działa później na komórki rodne, już po ich złączeniu się i co na płodzie się odbija, wywołuje własności czy zmiany wprawdzie wrodzone, ale nie dziedziczne.

Choroby, jako sprawy życiowe, dziedziczyć się oczywiście nie mogą, a tylko dziedziczyć się może usposobienie do nich, co Martius sprowadza do dziedziczenia się pewnych determinantów chorobowych, zawartych w plazmie zarodkowej. Jeśli choroba rodziców ma wywrzeć szkodliwy dziedziczny wpływ na potomstwo, to musi ona sprowadzić przez wpływy odżywcze czy inne istotne zmiany plazmy zarodkowej ich komórek rodnych, jak to najłatwiej można sobie wyobrazić w stanach toksycznych, oraz zakażeniach, w których działają na cały ustrój jady zarazków. Gdy zaś komórki rodne są tylko zakażone, to znaczy wśród nich, a nawet w nich znajdują się zarazki, zakażenie może przenieść się na płód i sprowadzić w nim zmiany, nawet analogiczne do tych, jakie wystąpiły u rodziców, a pomimo to sprawa ta nie może być dziedziczną, jeśli same komórki rodne pod wpływem zarazka nie nabrały nowych cech patologicznych, któreby mogły odbić się na płodzie.

Jeżeli się ocenia z tego stanowiska spostrzeżenia i doświadczenia, mające świadczyć o dziedziczeniu się własności nabytych, to istotnie wiele z nich traci swą wartość. Nadto Weismann, który, jak to wyżej już podniosłem, dziedziczenia się własności nabytych wogóle nie uznaje, uważając to za rzecz zgoła niemożliwą, w krytycznej ocenie faktów, mających dowodzić, że bywa inaczej, dochodzi do wniosku, że fakty te dziedziczenia się własności nabytych bynajmniej nie dowodzą i że fakty te można wytłómaczyć inaczej, i to zgodnie z jego teoryą.

Przedewszystkiem wiele takich faktów tłómaczy Weismann przez bezpośrednie działanie różnych czynników na komórki rozrodcze, których plazma zarodkowa, jego zdaniem wpływom, wychodzącym z komórek somatycznych, zupełnie nie podlega. Według Weismanna budowa drobinowa plazmy zarodkowej jest wprawdzie preformowana, ale możliwem jest, że powstają w niej zmiany przez bezpośrednie działanie takich czynników, jak ciepłota, światło, działanie chemiczne i t. p. Działanie to ma dochodzić do komórek rozrodczych nie przez pośrednictwo jakichkolwiek komórek somatycznych, ale bezpośrednio, przechodząc przez te komórki, jak przez jakieś obojętne, obce środowisko. W wielu przypadkach rzeczone czynniki mogą działać także i na komórki somatyczne; wówczas działanie to jest równoczesne z działaniem na plazmę zarodkową, lecz to ostatnie działanie, jako bezpośrednie, od tego działania na ustrój w ogólności nie zależy. Na tej podstawie wyłącza Weismann wszystkie doświadczenia, mające dowodzić dziedziczenia się własności nabytych pod wpływem działania ciepłoty u zwierząt o niestałej ciepłocie ciała, pod wpływem

działania światła i czynników chemicznych, żądając dowodu, że w danych doświadczeniach owe czynniki działały tylko na komórki somatyczne, a nie działały bezpośrednio na komórki rozrodcze.

Budowa drobinowa plazmy zarodkowej może u istot, mnożących się płciowo, ulegać zmianom jeszcze w inny sposób, mianowicie przez mieszanie się, przez mieszanie się przy zapłodnieniu z inną plazmą, zawierającą różne odmiany odpowiednich determinantów. Głównym czynnikiem, wpływającym na dobór płciowy, jest pożyteczność owych odmian dla gatunku. Otóż wszelkie wpływy zewnętrzne, działające na rodziców, mają, zdaniem Weismanna, dla potomstwa znaczenie tylko o tyle, o ile wpływają na ich dobór, którym właściwie owa użyteczność dla gatunku kieruje. Temu czynnikowi przypisuje Weismann główne znaczenie w zjawiskach w świecie roślinnym, mających świadczyć o dziedziczeniu się własności nabytych. Tak np. zmiana, jaką przechodzą drzewa liściaste z nastaniem pory chłodnej, jest własnością, nabytą pod wpływem działania czynników klimatycznych. Jest to własność dziedziczna, jak to dowiódł Semon w doświadczeniach nad bukiem (Fagus silvatica), który pomimo że wyhodowany z zarodka i stale trzymany w cieple, z nastaniem jesieni okazuje charakterystyczną zmianę liści, które żółkną, schną i opadają. Zdaniem Weismanna jest to tylko skutek selekcyi pożytecznych dla rośliny własności; gdyby drzewa także przez działanie ciepła dawały się stale pędzić, po pierwszych zawodnych ciepłach wiosennych musiałyby one z powrotem wymarznąć, a zatem owo niepodleganie działaniu samego ciepła jest własnością dla rośliny pożyteczną, otrzymaną wraz z odpowiednimi determinantami przy selekcyi.

Jeszcze inny szereg zjawisk, mających świadczyć o dziedziczeniu się własności nabytych, tłómaczy Weismann przez atawizm. Wreszcie stoi Weismann na tem stanowisku, że jest rzeczą zgoła niepotrzebną przyjmować tezę o dziedziczeniu się własności nabytych, skoro odmiany zarodkowe i selekcya zgodnie z jego teoryą niemal wszystkie zjawiska dostatecznie tłómaczą.

Ze wszystkich powyżej przytoczonych sposobów tłómaczenia zjawisk, jakich używa Weismann, ażeby zwalczyć pogląd o dziedziczeniu się własności nabytych, najsilniej ugruntowany jest niewątpliwie ten, w którym zjawiska przemawiające za dziedziczeniem się własności nabytych sprowadza się do zadziałania bezpośredniego pewnych czynników na komórki rozrodcze, a tem samem i na zawartą w nich plazmę zarodkową. Tłómaczenie, w którem rzeczone zjawiska mają polegać na selekcyi, opiera się na podstawach znacznie słabszych, bo jakkolwiek potężny wpływ tego czynnika nie ulega żadnej wątpliwości, w tłómaczeniu danych zjawisk staje się on wszechpotężnym dopiero przez to, że się przyjmuje obecność niezliczonych odmian różnych determinantów w plazmie zarodkowej, co oczywiście jest tylko hipotezą, wysnutą głównie z tych zjawisk, do których wytłómaczenia ma służyć. Tłómaczenie podobnych zjawisk przez atawizm, również nie zawsze jest przekonywające, bo, jak to słusznie podnosi Semon, jeśli się udaje sztucznie wywołać zmianę, która się w dalszych pokoleniach dziedziczy, to nawet, jeśli ta zmiana jest natury atawistycznej, a więc dana własność przez pewien szereg pokoleń była zanikła, sprowadzenie jej stanowi powstanie pewnej własności nowej, która odtąd się dziedziczy. Ta okoliczność zaś, że, zdaniem Weismanna, jego teorya dostatecznie tłómaczy zjawiska dziedziczności, a przeto inne tłómaczenia są zbędne, w krytycznym rozbiorze faktów oczywiście znaczenia mieć nie może.

Jeżeli zatem ocenia się powyżej przytoczone wyniki spostrzeżeń i doświadczeń, mających świadczyć o dziedziczeniu się własności nabytych na podstawie ostatnio wyłuszczonych zasad, a nadto uwzględni się te tłómaczenia i poglądy Weismanna, którym nie można odmówić słuszności, to wartość owych wyników badań jako dowodów dla rzeczonej tezy przedstawia się w następujący sposób.

Zmiany anatomiczne, jakie w pewnych rodzinach dziedziczą się zazwyczaj przez kilka pokoleń w postaci różnych zniekształtnień i życiu nie zagrażających potworności, są niewątpliwie wadami rozwojowemi, powstałemi pierwotnie, czy to wskutek wadliwej karyogamii, to jest wadliwego łączenia się mas chromatynowych komórek rozrodczych przy zapłodnieniu, czy też wskutek zadziałania szkodliwych wpływów na zarodka we wczesnych okresach jego rozwoju. Doświadczenia, zainicyowane przez Daresta, pokazały, że różne czynniki mechaniczne, jako to uszkodzenie, nieprawidłowe położenie, wstrząsanie zapłodnionego jajka, niszczenie pewnych grup komórek zarodka, działanie nań nieprawidłowej ciepłoty, światła i t. p. mogą wywołać powstanie różnych potworności. Féré, który wykonywał doświadczenia na jajach kurzych, wywoływał u piskląt różne potworności, powstałe wskutek zmian owodnej, oraz zmian wydzielania się wód płodowych przez zadziałanie na jaja różnymi czynnikami chemicznymi, jako to eterem, chloroformem, alkoholem, parą rtęciową, toksynami mikrobów, oraz przez zakażanie jaj mikrobami. Doświadczenia te wskazują, że wady rozwojowe niekoniecznie muszą mieć jakiś zaczątek już w plazmie zarodkowej zarówno rodziców, jak i dziecka, jak to twierdzą Orth, Schwalbe i inni, albo że dana nieprawidłowość rozwoju jajka ma zawsze tło dziedziczne, ale że wady takie mogą powstać pod wpływem przytoczonych czynników u potomstwa rodziców, w których plazmie zarodkowej zaczątków owych wad żadną miarą nie można stwierdzić. A zatem mamy prawo przypuszczać, że wady rozwojowe mogą powstać jako zmiany, nabyte w życiu płodowem. Zmiany te, powstałe u jednego osobnika, niewątpliwie mogą się dziedziczyć. W hodowli zwierząt domowych znajdujemy różne przykłady, świadczące, że można wytworzyć nową rasę, czy odmianę danego gatunku dzięki dziedzicznemu utrwalaniu się zmiany pochodzenia teratologicznego; znanym jest przykład bydła bezrogiego w Paragwaju, które wywodzi się od jednego cielęcia, pochodzącego od rodziców prawidłowych, a urodzonego bez rogów. Atoli dla ścisłej oceny dziedziczenia się własności nabytych w danym przypadku, wypada rozpatrzyć, czy działający czynnik, sprowadzający wadę rozwojową, działa tylko na dane komórki somatyczne zarodka, czy płodu, czy też zarazem i na jego plazmę zarodkową. Otóż w doświadczeniach, w których wywoływano owe zmiany przez zadziałanie na zapłodnione jaja, zwłaszcza czynników fizycznych, wydaje się rzeczą wielce prawdopodobną, że działano nie tylko na plazmę somatyczną, ale równocześnie i to bezpośrednio na plazmę zarodkową; doświadczenia te przeto ścisłego dowodu dziedziczenia się zmian nabytych stanowić nie mogą. Wady rozwojowe mogą jednak powstać także i nie przez bezpośrednie zadziałanie czynników szkodliwych na plazmę zarodkową. Wskazują na to już przytoczone doświadczenia Férégo, w których zmiany owodnej i wód płodowych wywoływały rzeczone wady, a to samo stwierdzają liczne spostrzeżenia anatomopatologów w dziedzinie patologii człowieka. Wiadomą jest rzeczą, że wady rozwojowe płodu mogą powstać w stanach zakaźnych, a względnie toksycznych matki; dowodzą tego doświadczenia Charrina i Gleya, którzy otrzymali u młodych królików takie potworności, jak zanik uszu, skrócenie nóg i inne zniekształcenia kończyn, jak n. p. brak uda lub goleni, przez zatrucie matek jadem zarazka błękitnej ropy. I w tym przypadku o dziedziczności zmiany nabytej mówić nie można, gdyż stan toksyczny matki może tutaj wywołać wadę rozwojową przez zatrucie zarodka, czy płodu, a więc wywołać zmianę wprawdzie wrodzoną, ale nabytą, a nie dziedziczną.

Posiadamy atoli spostrzeżenia, świadczące, że wady rozwojowe powstają u potomstwa opilców, kiłowych, gruźliczych i neuropatów. Jeżeli jednem z powyższych cierpień dotknięta jest matka, to zmiany patologiczne, powstałe u płodu, można również tłómaczyć przez wtórne jego zatrucie, czy zmiany odżywcze płodu, wywołane przez cier-

pienie matki. Ale jeśli, jak to się często zdarza, zwłaszcza w alkoholiźmie i zakażeniu kiłowem, danem cierpieniem dotknięty jest tylko ojciec, u którego dana choroba stanowi zmianę nabytą, musimy przyjąć, że ten jego stan patologiczny odbija się na jego plaźmie zarodkowej i wywołuje zmianę u płodu, a więc dziedziczy się, ulegając przytem tak częstemu wówczas transformizmowi zmiany. W myśl postulatów Weismanna, i w tym przypadku zachodzi pytanie, czy zmiana powstała u płodu jest skutkiem wpływu, wywartego na plazmę zarodkową przez komórki somatyczne, a względnie ich stan patologiczny, czy też skutkiem zadziałania czynnika szkodliwego na plazmę zarodkową bezpośrednio, równocześnie z zadziałaniem jego na komórki somatyczne. Baumgarten twierdzi, że zachodzi tu właśnie takie równoczesne działanie na komórki somatyczne i plazmę zarodkową, tak że zmiana przechodzi wprawdzie na potomstwo, ale nie z rodziców, a zatem nie jest dziedziczną. Jednakże nie posiadamy żadnego dowodu, by tak było istotnie w przytoczonych stanach patologicznych ojca; zaś wobec tego, że te cierpienia sadowią się zazwyczaj poza komórkami rozrodczemi, z równem prawem wolno nam przypuszczać, że zmiana plazmy zarodkowej ojca powstaje tu wtórnie, przez pośrednictwo działających nań wpływów somatycznych, a zatem, że wady rozwojowe, powstałe u potomstwa ojców dotkniętych powyżej przytoczonemi cierpieniami, można uważać za zmiany nabyte, dziedzicznie przekazane.

Zmiany patologiczne czynnościowe, jakie w niektórych rodzinach występują w szeregu pokoleń, ścisłego dowodu dziedziczenia się zmian nabytych nie dostarczają. Najpospolitsze z tych zmian są te, jakie spotykamy w t. zw. skazie dnawej (artrytycznej). Otóż w rodzinach, skazą tą dotkniętych, zdarza się nierzadko, że niejako zaczątek danej skazy, ujawniający się przez usposobienie do różnych chorób, przechodzi na potomstwo z rodziców w czasie, gdy u rodziców jeszcze żadne zaburzenia dnawe nie wystąpiły. Okoliczność ta świadczy, że u osób ze skazą dnawą plazma zarodkowa, wyrażając się językiem Weismanna, zawiera jakieś patologiczne determinanty jeszcze przed wybuchem jakiejkolwiek choroby na tle tej skazy powstałej. Pojęcie skazy dnawej nie jest jeszcze dotychczas zupełnie pewnie ustalone, a nawet wielu wybitnych patologów, zwłaszcza niemieckich, skazy tej zupełnie nie uznaje; ci zaś, którzy przyjmują istnienie dny (artrytyzmu) w rozumieniu Bouchardа i jego szkoły, co już wyżej wyłuszczono, zgadzają się na to, że skaza ta częstokroć w przejawach swych, zwłaszcza początkowych, jest dosyć nieuchwytna. Wobec tego jest rzeczą niezmiernie trudną orzec, czy i kiedy w danym przypadku skaza ta jest zmianą nabytą. Baumgarten twierdzi, że w rodzinach dnawych już w zawiązku pierwszego członka rodu są zmiany odżywcze, które pod wpływem późniejszych czynników zewnętrznych, działających zarówno na komórki somatyczne, jakoteż i na plazmę zarodkową, sprowadzają wybuch choroby. Atoli twierdzenie to jest tylko przypuszczeniem niczem nie popartem. Natomiast praktyka lekarska wskazuje, że choroby, występujące na tle Bouchardowskiego artrytyzmu, w ciągu ostatnich lat kilkudziesięciu, przynajmniej w niektórych krajach, stały się częstsze. Trudno przypuścić, by to się działo dzięki doborowi płciowemu, gdyż w rodach artrytyków przebija się raczej skłonność do wygaśnięcia rodu; natomiast nasuwa się przypuszczenie, że ów jeszcze niezupełnie ściśle określony stan patologiczny, jaki za skazę dnawą uważamy, może być, przynajmniej w pewnych warunkach, zmianą nowo nabytą. To ostatnie przypuszczenie musiałoby jednak dopiero być dowiedzione, by nabrało znaczenia dla omawianej sprawy, to jest dla sprawy dziedziczenia się własności nabytych.

Cały szereg różnych chorób dziedzicznych, jakie na początku niniejszej pracy przytoczyłem, do rozstrzygnięcia tej kwestyi również się nie nadaje, a to dlatego, że są to po największej części choroby o etyologii ciemnej lub niezupełnie jeszcze jasnej, a początek ich w danych rodzinach zwykle nie daje się oznaczyć. A zatem możliwą jest rzeczą, że choroby te powstają pod wpływem czynników, działających równocześnie na komórki somatyczne, oraz na plazmę zarodkową, a więc, że zmiany w plazmie zarodkowej są tu pierwotne, od komórek somatycznych pierwszego osobnika w rodzie, u którego powstały, zgoła niezależne.

Dziedziczność stanów patologicznych w sprawach zakaźnych, których etyologia i patogeneza w znacznej mierze są wyświetlone, jest dzięki tej okoliczności o wiele jaśniejszą, niż w innych stanach chorobowych.

Otóż, jeśli u potomstwa rodziców zakażonych występuje jako skutek choroby rodziców stan patologiczny, to mogą tu zachodzić następujące ewentualności.

Przedewszystkiem może przenieść się zarazek w stanie czynnym z matki na jajko, względnie na zarodka. Takie zakażenie jajka przez zarazki, pochodzące z ustroju matki, zachodzi w chorobie jedwabników, zwanej pebryną, sprowadzanej przez drobnoustrój, odkryty przez Pasteura; tu rodzą się jedwabniki, zawierające zarazki pebryny, na razie nic działające, przez co choroba przez pewien czas jest niejako utajona, poczem dopiero, gdy powstają motyle, zarazki stają się czynne i choroba wybucha. Gdy tylko samiec jest zakażony, rodzi się wprawdzie potomstwo osłabione, ale drobnoustrojem pebryny nie zakażone. Zakażenie jajka przez matkę zachodzi dalej w chorobach różnych roztoczy, jakoto w zakażeniu »Argas Miniatus« przez krętki zarazy kurzej, w zakażeniu »Argas Rhipicephalus« przez krętki Theilera, wywołujące zarazę u bydła rogatego, w zakażeniu »Argas Ornithodorus« przez zarazka, wywołującego chorobę, zwaną »Tick fever«, w zakażeniu komara gatunku »Culex pipiens« przez zarazka spotykanego we krwi ptaka »Athene noctua«, oraz w zakażeniu kur zarazkiem cholery kurzej.

Z drugiej strony jest rzeczą możliwą, że zarazki, zakażające ustrój ojca, zwłaszcza gdy choroba usadowiła się w narządach rodnych, dostają się do nasienia i zakażają plemniki.

W obu przypadkach, jeśli wskutek zakażenia, czy to jajka, czy to plemnika, powstały z takich komórek płód będzie danymi zarazkami zakażony, ten jego stan patologiczny będzie polegał na zakażeniu, a z właściwą dziedzicznością nie będzie miał nic wspólnego. Stan taki, w odróżnieniu od spraw dziedzicznych, nazwał słusznie Baumgarten zakażeniem zarodkowem.

Powtóre, w stanach zakaźnych matki może nastąpić zakażenie śródmaciczne płodu mniej lub więcej wykształconego przez zarazki, które ze krwią matczyną przechodzą przez łożysko i dostają się do ustroju płodu. Łatwość, z jaką zarazki, krążące we krwi matki, przechodzą przez łożysko, zależy przedewszystkiem od tego, czy łożysko jest prawidłowe, czy też okazuje zmiany patologiczne, które naogół przepuszczalność łożyska dla mikrobów zwiększają. Jednakże i łożysko prawidłowe, przynajmniej u niektórych zwierząt, jak to wynika z doświadczeń Sabrazèsa i Chambrelenta, może przepuszczać mikroby. Jak wiadomo, budowa łożyska u różnych zwierząt jest rozmaita; otóż i przepuszczalność łożyska dla mikrobów u rozmaitych zwierząt jest różna, zapewne w zależności od jego budowy. Przepuszczalność dla mikrobów łożyska ludzkiego jest większa, niż u zwierząt przeżuwających, a mniejsza, niż u gryzoniów. Z doświadczenia Charrina i Duclerca wynika, że niektóre stany patologiczne ogólne, mianowicie niektóre zatrucia, pomimo że nie sprowadzają dających się wykazać zmian patologicznych łożyska, zwiększają jego przepuszczalność dla mikrobów.

Liczne doświadczenia różnych autorów wskazują, że przez łożysko przechodzą ze krwi matki i zakażają płód zarazki ropotwórcze, zwłaszcza paciorkowiec ropny, zarazek wąglika, duru brzusznego, który u płodu sprowadza zakażenie krwi, pneumokok, przecinkowiec cholery, zarazek nosacizny i inne mikroby. Spostrzeżenia lekarskie świadczą,

że zimnica, gorączka powrotna, odra, płonica, ospa matki może przejść na płód. Ospa płodu zwykle kończy się jego śmiercią; jednakże choroba ta nie zawsze przechodzi z matki na płód; znane są nawet przypadki ciąży bliźniaczej, wśród której wybuchła ospa matki przeszła tylko na jeden płód. Conradi twierdzi na podstawie swoich niedawno ogłoszonych doświadczeń, że zarazek wścieklizny przechodzi z matki na płód jeszcze przed wybuchem choroby u matki; zarazek wścieklizny osłabia się jednak po przejściu przez łożysko; okres wylęgania się choroby jest wówczas dłuższy, niż po bezpośredniem zakażeniu substancyą mózgową matki.

Należy przytem zauważyć, że zarazki po przejściu ze krwią matki do płodu, nie zawsze sprowadzają w jego ustroju zmiany swoiste, a natomiast stosunkowo często są tu przyczyną zaburzeń odżywczych, które wiodą do różnych upośledzeń i wad w rozwoju płodu; mogą one również wywołać rozwijające się później usposobienie do niektórych chorób, niekiedy zaś odporność na nie. Oczywistą jest rzeczą, że i te ostatnio omówione stany patologiczne płodu, jakkolwiek z cierpienia matki powstałe, zupełnie nie są sprawami dziedzicznemi, ale sprowadzają się tylko do zakażenia łożyskowego.

(C. d. n.).

Z oddziału i kliniki laryngologicznej Prof. Pieniążka w Krakowie.

Dwieście siedemdziesiąt trzy przypadki twardzieli

leczone w latach 1894—1910

podał

Dr Antoni Pachoński

asystent kliniki.

(Ciąg dalszy).

Ujemną stroną rozszerzań, występującą na jaw w przypadkach, które wydają się jakby właśnie były stworzone dla takiego leczenia, jest występujący po nich niejednokrotnie odczyn w postaci obrzmienia, które sprawia, że n. p. u chorych, którzy przybyli do kliniki z żalami na zasychanie w gardle, mniejsze lub większe upośledzenie głosu, a doznawali małej tylko duszności po jednorazowem wprowadzeniu rurki Schröttera, nawet bardzo cienkiej, przechodzącej bez żadnego oporu, musieliśmy w parę godzin później wykonać tracheotomię z powodu znacznego zwężenia krtani (u 16 chorych, w tem u 2 dopiero po kilkakrotnem wprowadzeniu). Często bywa ta wrażliwość tylko chwilową, gdyż nierzadko, przeczekawszy po tracheotomii jakiś czas, aż obrzmienie ustąpi, udaje się mimoto rurkami Schröttera, wprowadzanemi ostrożnie i w dłuższych odstępach czasu, uzyskać rozszerzenie światła, a w dalszym ciągu zmniejszenie się nacieków.

Do wyjątków natomiast, po użyciu rozszerzadła Schrötterowskiego, należy odma podskórna. Mimo rozległego stosowania rozszerzadeł zdarzyło się to w nieznacznym stopniu tylko u jednej chorej. Nie była to wina metody i narzędzia samego, jak raczej terenu operacyjnego, bo mieliśmy odmę i po przepaleniu twardej pletwy twardzielowej elektrokauterem, a dwukrotnie, raz nawet bardzo groźną (jak wyżej opisałem), po zabiegu śródkrtaniowym. Każde działanie tutaj narzędziami wywołuje mniejsze lub większe rany, chory podrażniony kaszle odruchowo, a częściej jeszcze celowo dla odkrztuszenia spływającej krwi, a przy istnieniu tych warunków nic dziwnego, że czasem, jak się wyrażamy, »nadmucha się«, zresztą bez dalszych następstw.

Blizko u $^1/_4$ części chorych zajmuje twardziel tchawicę i wśród opisywanych twardzielowych w liczbie 273 wystąpiło to 75 razy. W trzech przypadkach była tchawica pierwotnem siedliskiem choroby, a w dalszych dziewięciu nie było równoczesnych zmian krtani i nacieki twardzielowe spotykało się dopiero dalej, np. w nosie lub jamie nosowo-gardłowej (zob. tablicę I.). Co do postaci nacieków, to te 75 przypadków według stanu, znalezionego przy pierwszem badaniu, dzielą się następująco:

25 naciek rozlany, często guzowaty całej tchawicy lub ogromnej jej części;
16 naciek rozlany górnej części tchawicy, wytwarzający czasem silne okrężne zwężenie;
8 takisam naciek dolnej części tchawicy;
6 naciek okrężny świeży w postaci wązkiego pierścienia w różnych wysokościach tchawicy;
3 naciek w postaci wysepek rozrzuconych po całej tchawicy;
10 pojedyncze ogniska, guziczki twardzielowe zwłaszcza na klinie podziałowym lub tuż nad nim;
6 stare zmiany w postaci listewek okrężnych lub półksiężycowatych, czasem jedna nad drugą;
1 postać mieszana: w górnej części stara listwa okrężna, w głębi naciek ziarnisty, zwężający światło tchawicy do wielkości groszku.
75

Naturalnie z biegiem czasu i w miarę różnych zabiegów leczniczych obrazy te zmieniają się. Z jednej strony przybywają świeże ogniska twardzielowe, oddzielone od dawniejszych lub z niemi się zlewające, z drugiej strony w dawnych naciekach zachodzą zmiany włókniste, wskutek których zmienia się ich barwa i zbitość, ulegają przypłaszczeniu lub całkiem i to znowu ogniskowo zmieniają się w blizny płaskie, podłużne i szerokie, lub wązkie, cienkie i okrężne albo sierpowate, zależnie od usadowienia się i przebiegu nacieku, z jakiego powstały.

Z chwilą przeniesienia się lub nawet i pierwotnego usadowienia się twardzieli w tchawicy, choroba staje się już bardzo poważną. Długie trwanie, ciągłe nawroty nie tylko przykuwają chorego na długi czas do zakładu i podkopują poważnie jego ustrój, ale nadto każdej chwili grożą mu nagłą śmiercią przez zaduszenie, któremu tylko doraźna i umiejętna pomoc może zapobiedz. Mimo że długość cierpienia rozwija u tych chorych znaczną pomysłowość właśnie w kierunku pomagania sobie i niesienia ulgi w okresach wzmagania się duszności, to przecież nieraz zostają oni tem zupełnie znienacka zaskoczeni. Wspomnę tu tylko o przypadku, jaki zdarzył się w klinice przed kilku miesiącami.

Barbara P... z Podhajec, leczona od roku 1907 z powodu scleroma cavi phar. nasal., laryngis et tracheae, w roku 1909 już ze zmianami staremi, bliznowatemi, była przez kilka miesięcy posługaczką kliniczną. W tym czasie, ponieważ światło krtani, a zwłaszcza tchawicy było dostatecznie szerokie, miała polecone tylko wziewania z 2% dwuwęglanu sodowego. Przez zaniedbanie wdychiwań nagromadziła się jednak w tchawicy tak znaczna ilość strupów

zaschłej wydzieliny, że raz w nocy wystąpiła silna duszność i to tak nagle, że chora odrazu straciła przytomność, a dalsze życie zawdzięcza tylko służącemu klinicznemu, który u sinej, charczącej i nieprzytomnej usunął szybko kaniulę i miękką sondą tchawiczną przebił czop zaschłej w tchawicy wydzieliny, którą chora następnie odkrztusiła.

Dalsze niebezpieczeństwo twardzieli tchawicy kryje się w bezpośredniem sąsiedztwie jej z oskrzelami, których zajęcie jest już zazwyczaj ostatecznym okresem choroby i życia. Niebezpieczeństwo tego rozszerzenia się jest tem większe, że twardziel zajmuje z pewnem upodobaniem miejsce podziału tchawicy na oskrzela, a przedewszystkiem klin podziałowy, skąd nacieki przesuwają się na boczne ściany i wywołują zwężenie wejścia do obu oskrzeli, a szczególnie lewego. Zajęcie głębsze oskrzeli spostrzegano u 12 chorych: 4 razy oskrzele lewe, 8 razy oba oskrzela, w tem raz jako pierwotne siedlisko choroby.

Przypadek ten dotyczył Anny J...., lat 24, służącej z Półwsia zwierzynieckiego. Zgłosiła się ona na klinikę 30. VI. 1907 ze znaczną dusznością, która miała trwać już od dłuższego czasu. Szczególnie upośledzony, t. j. utrudniony i wydłużony był wydech. W nosie, gardle, jamie nosowo-gardłowej, krtani i tchawicy niema żadnych zmian. Tracheo-bronchoskopia górna wykazały co następuje: Wejścia do obu oskrzeli, zwłaszcza prawe i same oskrzela, na krótkiej zresztą przestrzeni, zwężone przez naciek ziarninowy (badanie drobnowidowe: twardziel); naciek obejmuje i klin podziałowy. Po wyskrobaniu głąb oskrzeli okazała się już prawidłowa. Po zabiegu wystąpiła odma podskórna, obejmująca całą twarz, szyję, klatkę piersiową i część brzucha. Duszność większa. Kilkakrotna aspiracya powietrza z pod skóry wielką strzykawką, a później przyrządem ssącym Potaina. 14. VIII. chora opuściła klinikę z nieznaczną dusznością wydechową. Odma podskórna od dwu tygodni zupełnie ustąpiła. Dalsze losy chorej nieznane.

Twardziel tchawicy może mieć jednak i przebieg łagodny. Nacieki pozostają ogniskowemi, ograniczonemi, nie rozlewają się na większej przestrzeni, niebawem ulegają przemianie włóknistej i wygasają, jak świadczą o tem owe zmiany twardzielowe tchawicy, które już przy pierwszem badaniu przedstawiały się jako cieńsze lub grubsze listewki okrężne lub półksiężycowate, nawet nie zawsze zwężające światło tchawicy, a o ich przyrodzie świadczyły tylko gdzieindziej rozrzucone żywotne nacieki twardzielowe. W jednym przypadku takie świeże ognisko leżało w samej tchawicy, ale w znacznem oddaleniu od listwy, w innych spotykało się je dopiero poza tchawicą.

Łagodny przebieg pierwotnej twardzieli tchawicy przedstawiał np. chory Wincenty J....., wyrobnik z Hermanowej w Rzeszowskiem. W 31. roku życia, t. j. w r. 1898. został przyjęty na oddział laryngologiczny z twardzielą tchawicy i przewlekłym zanikowym nieżytem nosa i gardła. Z powodu silnej duszności wykonano zaraz tracheotomię i przy tracheoskopii dolnej wyskrobano okrężnie rozlany naciek twardzielowy dolnej połowy tchawicy, poczem miejsce zwężone rozszerzono zapomocą długiej elastycznej kaniuli, na stałe założonej. Po czterech tygodniach kaniulę usunięto, a chory opuścił oddział z zupełnie swobodnym oddechem. W roku 1901 wystąpiły zmiany twardzielowe w jamie nosowo-gardłowej na fałdach trąbkowo-gardłowych, jako ziarniste zgrubienie i zwężenie wejścia do prawej trąbki Eustachego, a w tchawicy znaleziono już tylko gładkie bliznowate zwężenie dolnej części, które w ciągu dwu tygodni miękkiemi sondami zupełnie rozszerzono. Tosamo powtórzono w ciągu paru miesięcy pod koniec roku 1904, a kiedy badałem chorego w r. 1909, znalazłem w tchawicy przy górnej tracheoskopii na górnej granicy dawnego nacieku okrężne, zupełnie gładkie, blade bliznowate zwężenie tak znaczne, że najcieńszy wziernik tchawiczny z trudnością tylko przez nie przeprowadziłem. Poniżej tego pierścienia bliznowatego było światło tchawicy już szerokie, a klin podziałowy i wejścia do oskrzeli nie okazywały żadnych zmian. Kilkakrotne wprowadzenie wziernika tchawicznego przez usta pod nadzorem wzroku usunęło i teraz zwężenie w zupełności, może znowu na lat parę.

Odmienny od opisanego przebieg, jaki niestety u bardzo wielu chorych spotykamy, miała twardziel u Chany P., recte F...., pozostającej w obserwacyi od roku 1894 aż do dzisiaj (ostatni raz opuściła klinikę po $1^1/_2$ miesięcznym pobycie z końcem kwietnia).

Przyjęta na oddział w 22. roku życia podawała chora, że przed rokiem wystąpiła u niej chrypka i wysychanie w gardle. Chrypka powoli pogarszała się, a w $^1/_2$ roku później zaczęła chora doznawać także duszności stopniowo się wzmagającej i przechodzącej niekiedy, zwłaszcza przy kaszlu, w formalne duszenie się.

Stan obecny (w skróceniu):

3. V. 1894. Nos: zewnętrznie bez zmian, w jamie nosowej prawej naciek blado różowy, zajmujący dno, ścianę boczną i część przegrody, wypełnia dolny przewód, przechodzi na małżowinę dolną. Przewód średni i małżowina średnia nie zmienione. Po stronie lewej takiesame zmiany, tylko w mniejszym stopniu i tą stroną chora jeszcze dobrze oddycha.

Gardło: Pharyngitis sicca.

Jama nosowo-gardłowa: Rozlany naciek na tylnej powierzchni podniebienia miękkiego tworzy po bokach poduszkowate wzniesienia i wzdłuż znacznie zgrubiałych fałdów podniebienno-trąbkowych przechodzi na ściany boczne i ścieśnia silnie nozdrza tylne od boków.

Krtań: dolna połowa nagłośni po stronie krtaniowej zajęta przez gładki naciek, ciemno-czerwono zabarwiony. Chrząstki nalewkowate silnie do siebie zbliżone przez naciek ściany tylnej (regio interarythenoidea), Następnie naciek przechodzi w postaci rozlanej na więzadła rzekome (kieszonka Morgagniego nie widoczna), na struny prawdziwe, a pod niemi tworzy wałki dość znaczne, które od przodu stykają się ze sobą i pozostawiają ledwo widoczny otwór w tyle. Przy fonacyi spostrzega się wyraźniej napinające się struny prawdziwe, które jednakże nie dochodzą do linii środkowej i fonacyjne zamknięcie głośni nie następuje.

Objawy zwężenia znaczne. Tracheotomia. Badanie wydzieliny z nosa co do prątków Frischa daje wynik dodatni.

7. VI. 1894. Lusterkiem Czermaka widać przez ranę tracheotomijną, że zgrubienia podwięzadłowe łączą się ze sobą i w tyle pod kątem ostrym, przez co szpara między niemi zawarta ma kształt wrzecionowaty

Śródkrtaniowo nacięto tylną ścianę; chrząstki nalewkowate rozstąpiły się częściowo, przez co krtań można dokładniej oglądać. Nacieki podgłośniowe zlewają się ze strunami, a głośnia przedstawia się wrzecionowato i przy oglądaniu od góry. Wycięto i wyskrobano ostrą łyżeczką nacieki w jamach nosowych.

23. VI. 1894. Laryngofissura i wycięcie nacieków podgłośniowych aż do brzegów strun prawdziwych, skrobanie nacieku między chrząstkami nalewkowatemi.

18. VII. 1894. Przed paru dniami usunięto kaniulę. Otwór głośni dostatecznie szeroki. Otwór po tracheotomii jeszcze nie zupełnie zrośnięty. Chora wychodzi do domu.

16. X. 1897 czyli w trzy lata później, zwężenie lej-

kowate w okolicy podgłośniowej; ściany oblepione zaschłą wydzieliną.

Tracheotomia w obrębie dawnej blizny. Lusterkiem Czermaka widać głośnię jako mały otworek, którym kończy się ów lejek, widoczny przy badaniu od strony gardła. Codzienne rozszerzanie otworka rurkami Schröttera od Nru 1—7, poczem chora opuściła oddział 7. XI. z kaniulą zatkaną korkiem.

1. VI. 1899. Pod obu strunami prawdziwemi wyniosłości listewkowate, łączące się ze sobą w przednim kącie krtani.

Leczenie: U chorej siedzącej wycięto listwy przez przetokę tchawiczną, a następnie stosowano rurki Schröttera Nr 3, 4, 5. Mimo postępu w rozszerzaniu się światła, przecież utrzymują się twarde zgrubienia ścian bocznych, wycięto je więc przez laryngofisurę. 26. VI. Kaniulę usunięto, a 3. VII. chora opuszcza oddział z oddechem zupełnie swobodnym. Chora wraca znowu w trzy lata później i pozostaje na klinice od 19. XI. 1902 do 27. I. 1903. Przyszła bez kaniuli z przetoką tchawiczną otwartą, którą przy mówieniu zatyka sobie czopem ze szmaty.

Krtań: Struny prawdziwe zgrubiałe, od przodu zrośnięte, pod niemi naciek, przechodzący na ścianę przednią i skracający znacznie szparę oddechową.

Tchawica: zaraz poniżej przetoki naciek okrężny pozostawia otwór wielkości groszku. Dalsza część tchawicy bez zmian, dopiero klin podziałowy jest zgrubiały.

Nos: po stronie lewej guzowate wyrośle szarawe, po prawej zewnętrznie w części chrząstkowej wybitnie twardy, a w środku szary naciek dna, przegrody i ściany bocznej pozostawia swobodną tylko linijną szczelinę.

Gardło: podniebienie miękkie rozpięte w postaci ostrego łuku gotyckiego, języczka nie widać.

Jama nosowo-gardłowa: przy rynoskopii tylnej widać języczek przeciągnięty zupełnie na tylną powierzchnię podniebienia miękkiego. Zakrywa on lemiesz, a po obu jego bokach widać wązkie szczeliny, wiodące do nozdrzy tylnych, zwężonych z boków silnie występującymi fałdami, biegnącymi od podstawy czaszki wzdłuż ścian bocznych ku podniebieniu miękkiemu. Trąbek Eustachego nie widać.

Leczenie: Wyskrobanie ostrą łyżeczką nacieku tchawicy, przepalenie elektrokauterem zrostu strun głosowych, wycięcie nacieków z nosa. W siedem miesięcy później w czasie od 3. VIII. do 2. IX. 1903 wycinano śródkrtaniowo nacieki ścian bocznych, a później wypalono elektrokauterem naciek w przednim kącie.

(C. d. n.).

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

F a l k i S t i c k e r. **O karbenzymie.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 1). Swego czasu podał Hedin, że węgiel zwierzęcy ma mieć podobno silne antytryptyczne działanie. Trypsyna zmieszana z węglem, po przesączeniu nie posiada już zdolności trawienia kazeiny. Działanie to tłómaczy H. nie jakimś chemicznym rozkładem trypsyny przez węgiel, lecz t. zw. adsorpcyą, t. j. zabraniem, przyczem każdej chwili część zaczynu może być oddana, n. p. przy dodatku kazeiny. Autorzy sprawdzali badania Hedina na nowo, i to z węglem roślinnym, zwierzęcym i grafitem, i przekonali się, że rzeczywiście węgiel wywołuje adsorbcyę trypsyny, ale nie w całości; pewna część pozostaje luźną, a raczej łatwo ją wydobyć znowu można. Najłatwiej uwalnia się zaczyn od węgla roślinnego rozczynami białkowatymi. Własność tę postanowili F. i S. wyzyskać praktycznie, mianowicie używając węgla jako przenośnika zaczynów. Połączenie trypsyny z węglem nazwali autorzy: »karbenzymem«. O ile wstrzykiwanie podskórne samej trypsyny wywołuje zaburzenia toksyczne, rozpad tkanki, podniesienia ciepłoty i t. p., to wstrzykiwania karbenzymu znoszą zwierzęta zupełnie dobrze. Nawet i wstrzykiwania śródżylne nie są niebezpieczne. W 2 przypadkach mięsaków u psów osiągnęli autorzy wybitną poprawę przez leczenie karbenzymem. Następnie przeszli autorzy do prób na ludziach w tej myśli, że wstrzykuje się tu związaną trypsynę, która dopiero powoli pod wpływem istot białkowatych się uwalnia. Przedewszystkiem podawali autorzy karbenzym wewnętrznie przy zaburzeniach przewodu pokarmowego, mianowicie przy sprawach fermentacyjnych w kiszkach, w których to podług Heima podawanie węgla jest wskazane, a dalej w przypadłościach, występujących po laparotomiach (wzdęcia i t. p.). Podawano tabletki karbenzymu co 3 godziny. — Wynik tego leczenia był bardzo dobry; wzdęcia znikały, lub nawet nie występowały wcale. Karbenzym okazał się też bardzo dobrym jako zasypka na rany. Do wstrzykiwań w przetoki używali autorzy zawiesiny w $^1/_2{}^0/_0$ rozczynie sody. Autorzy zamierzają próbować tego leczenia głównie przy nowotworach; nie liczą wprawdzie na wyleczenia, ale choć na poprawę. (O stosowaniu karbenzymu przy gruźliczych cierpieniach donosi równocześnie w osobnej pracy Verth). Karbenzym stosuje się w postaci tabletek lub też jako zawiesinę w rozczynie sody. K.

Prof. R i t t e r. **Przyczynki do przeszczepiania tkanek.** (Med. Klinik. 1910, Nr 17). Materyałem bardzo dobrym do przeszczepiania i podatnym do łączenia innych przerwanych tkanek np. ścięgien, są naczynia krwionośne. Okazują one wielką żywotność i zdolność przygajania się. R. używał ich w doświadczeniach na zwierzętach w celu okrywania nimi rdzenia, jako nową oponą (w razie urazowego uszkodzenia); osłona taka przygajała się bez zarzutu. Gdzie chodzi o ubytki płaskie, tam znowu nieocenione usługi oddaje powięź mięśniowa, jak to wykazał Kirschner. Możemy z niej brać duże kawałki (np. z uda) i pokrywać nimi ubytki np. powłok brzusznych, łatać narządy miąższowe (Rotter np. zeszył w ten sposób pękniętą wątrobę), pokrywać kikuty amputacyjne, uruchomiać przecięte, a przedtem kostnie zrośnięte stawy i t. p. W miejscu zabrania powięzi nie spostrzega się w następstwie wcale przepukliny mięśniowej. Klęsk.

H a y w a r d. **Dalsze doświadczenia kliniczne nad zastosowaniem barwików szkarłatowych do przyspieszania pokrywania się nabłonkiem powierzchni ziarninowych.** (Münch. med. Wochs. 1909, Nr 36). Jak wiadomo, Fischer zwrócił w r. 1906 uwagę na fakt, że t. zw. szkarłat R w rozczynie oliwnym, wstrzyknięty podskórnie w ucho królika, pobudza żywo nabłonek do bujania. W r. 1908 polecił Schmieden stosowanie maści szkarłatowej celem przyspieszania pokrywania się nabłonkiem powierzchni ziarninowych, wykazując, że przy stosowaniu tej maści nietylko nabłonek buja szybciej, ale staje się grubszym i odporniejszym. Zapatrywanie to potwierdzili następnie i inni. Stöber podniósł, że własność tę posiadają i części składowe szkarłatu, zwłaszcza alphanaphtylamin. Badania nad tą sprawą przeprowadził H. w klinice Biera. H. przekonał się, że w handlu pod nazwą szkarłat R spotyka się bardzo różnorodne ciała, a naodwrót niektóre, nazwane inaczej, n. p. sudan IV odpowiadają zupełnie właściwemu szkarłatowi. Tem też tłomaczyć sobie należy, dlaczego niektórzy badacze nie spostrzegali żadnego skutku po stosowaniu szkarłatu. Wspomniany przez Stöbera alpha-naphtylamin nie posiada zupełnie własności pobudzania nabłonka do wzrostu, natomiast wybitną własność posiada stały składnik szkarłatu amidoazotoluol, przedstawiający się w czystej postaci jako proszek żółty, rozpuszczający się w alkoholu i eterze. Stosuje się go w maści $8^0/_0$ na waselinie lub lanolinie na powierzchnię ziarninową na 24 godzin, a potem robi się przerwę 1—2 dni, stosując przez ten czas obojętne maści. Wyniki kliniczne są przytem bardzo dobre. Barwik ten wyrabia akcyjna fabryka aniliny w Berlinie (S. O. 36. Lohmühlenstrasse 67). A.

Wassermann. **O kosmetycznem i leczniczem zastosowaniu parafiny w dziedzinie chorób nosa.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 26). W. zajmuje się wstrzykiwaniem parafiny od lat 9 i statystyka jego obejmuje już 100 przypadków. Tolerancya ustroju względem parafiny jest ogromna; można zastąpić parafiną cały sutek, jądro i t. p. Z czasem parafina ulega zwolna wessaniu i zastąpieniu przez tkankę łączną. Wyniki stałe są bardzo dobre. Czasem po wstrzyknięciu występuje obrzęk i zaczerwienienie skóry, trwające dość długo i kończące się niekiedy zaciągnięciami, psującemi zupełnie wynik. Obecnie stosuje się twardsze gatunki parafiny, albowiem przy dawniej używanych miękkich występowały powikłania, jak zatory płuc, tętnicy siatkówkowej (oślepnięcia) i t. p. W. używa do wstrzykiwań strzykawki Lermoyez-Macha, dozwalającej wstrzykiwać parafinę o punkcie topliwości 42—45°. Prócz plastyk nosa, sutka, jądra i t. p. znajduje ten sposób także lecznicze zastosowanie przy uporczywych cuchnących nieżytach nosa (ozena) w postaci wstrzykiwań podśluzówkowych. Dołączone ryciny ilustrują doskonałe wyniki kosmetyczne, osiągnięte przez autora. K.

Tiegel. **Chirurgiczne leczenie raka przełyku.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 17). Chociaż dotychczasowe wyniki operacyi raka przełyku są bardzo smutne, to jednak nie powinniśmy opuszczać rąk, lecz starać się ulepszać sposoby operacyi, gdyż operacya raka przełyku uzyska, zdaniem T., na pewno prawo obywatelstwa w chirurgii. Wielkim krokiem naprzód jest już operowanie pod zmiennem ciśnieniem podług Sauerbrucha. Trudności sprawia jeszcze łączenie obu odcinków przełyku, ew. przełyku z żołądkiem. Do tego celu polecono różne sposoby: 1) łączenie guzikiem, 2) przy raku wpustu wpochwienie chorej części do żołądka i następnie wycięcie guza od wewnątrz, t. j. od światła żołądka, 3) założenie przetoki żołądkowej po ślepem zaszyciu kikutów przełyku, ew. wpustu. Operacya u człowieka jest znacznie trudniejsza, niż u zwierząt, albowiem przełyk ludzki bardzo łatwo rozdziera się od szwów, a żołądek zwykle jest silnie skurczony i nie daje się dogodnie podciągać. Także powikłania płucne i opłucne wchodzą tu w rachubę. Operacya dwuczasowa, proponowana przez Küttnera, niema podług autora żadnej podstawy, albowiem chorzy sił na dwa zabiegi nie mają, a trzeba je wykonywać w kilka dni po sobie. Podobnie nieuzasadniona jest próbna laparotomia jako zabieg rozpoznawczy, jak również pierwotne założenie przetoki żołądkowej, gdyż nie wiedzie ono do celu, t. j. wiele sił choremu nie przysporzy, a bardzo utrudnia potem podciąganie żołądka przy operacyi śródpiersiowej. Naturalnie o wyniku rozstrzyga jedynie wczesna operacya przy dokładnem opanowaniu techniki operacyi śródpiersiowych. Klęsk.

Ginekologia i położnictwo.

Niskubina. 1) **Budowa ciałka żółtego.** 2) **Czynność ciałka żółtego.** (C. R. Soc. Biol. 1908, II. półr.). Ancel i Bouin. **Czynność ciałka żółtego** (tamże 1909, I. półr.). Badając ciałko żółte w rozmaitych okresach jego rozwoju u królika miała Niskubina na celu określić czas, kiedy następuje inwolucya tego ciałka, oznaczyć zmiany histologiczne i zbadać, jaki może być stosunek inwolucyi ciałka żółtego do fizyologii ciąży. Z badań N. wynika, że czynność ciałka żółtego jako »gruczołu o wydzielaniu wewnętrznem« ustaje około 15. dnia, t. j. około połowy ciąży. A zatem, jeżeli ciałko żółte wywiera jaki wpływ na ciążę, to chyba tylko w pierwszej jej połowie.

W następnym szeregu doświadczeń niszczyła N. żegadłem Paquelina ciałko żółte w rozmaitych odstępach czasu. Przytem okazało się, że po zniszczeniu ciałka żółtego w 7 do 11 dni po zapłodnieniu, następuje wessanie jaja płodowego. Nawet po zniszczeniu ciałka żółtego w 14 dni nastąpiło w jednym przypadku wessania jaja. Po zniszczeniu w 15 dni ciąża dochodziła do kresu i następował prawidłowy poród. Ciałko żółte ma więc bardzo wyraźny wpływ na fizyologię ciąży. Ono wytwarza warunki w macicy, konieczne dla rozwoju jaja płodowego. Wpływ ten trwa u królika tylko przez pierwszą połowę ciąży, t. j. 15 dni.

Ancel i Bouin, przekonawszy się doświadczalnie, że pęknięcie pęcherzyka Graafa u królika jest skutkiem podniecenia, powstałego w czasie aktu spółkowania, wpadli na myśl, by wyodrębnić wpływ ciałka żółtego w ten sposób, że parzyli samice z samcem, u którego wycięto kawałek nasieniowodu. Samiec taki nie mógł zapłodnić samicy i rozwój ciałka żółtego odbywał się w warunkach, analogicznych do ciąży. Okres rozwoju trwał 5—6 dni, okres zmian wstecznych zaczynał się na 13—14. dzień. Autorowie zauważyli przytem, że w macicy powstają takie same zmiany, jak i w czasie ciąży. Zmiany te mają przygotować macicę do utrwalenia (fixatio) jaja płodowego. A ponieważ jajo płodowe jako takie nie powstawało wcale w tych doświadczeniach, można więc przypuszczać, że przed swem utrwaleniem w macicy, nie wywiera ono na nią żadnego wpływu, a wszystkie zjawiska przygotowawcze są skutkiem działania nowo powstałego czynnika, mianowicie »ciałka żółtego«. Jednocześnie stwierdzili autorowie, że ciałko żółte ma wybitny wpływ na gruczoły mleczne. Objętość ich zwiększa się, następuje silne przekrwienie. Objawy te potęgują się do 13—14. dnia, następnie zanikają, gdy i w ciałku żółtem występuje sprawa zaniku.

W jednej grupie doświadczeń niszczyli autorowie ciałka żółte w rozmaitych odstępach czasu, w innej zaś grupie, żeby wyłączyć wpływ samego aktu spółkowania, wywoływali powstawanie ciałek żółtych przez przekłucie lub nacięcie dojrzałego pęcherzyka Graafa. Na podstawie tych badań dochodzą autorowie do wniosku, że 1) ciałko żółte wywołuje zjawiska przekrwienia, przerostu i ogólnych zmian w budowie macicy, zmian, które zwykle powstają w początkach ciąży; 2) ciałko żółte jest również przyczyną rozrostu komórek w gruczołach mlecznych.

Dr L. Mańkowski.

Adam Czyżewicz jun. **Doświadczenia nad zabezpieczaniem rodzących przed zakażeniem połogowem. O działaniu fagocytyny Rosenberga.** (Arch. f. Gyn. 1910, t. 99, z. III.). Ponieważ dotychczasowe wyniki po stosowaniu surowic przeciw zakażeniu połogowemu nie były zadowalniające, podjęto w ostatnich latach próby, najprzód na zwierzętach, ze środkami chemicznymi, wywołującymi leukocytozę; wyniki tych doświadczeń były dość zachęcające. Najlepsze wyniki osiągnięto po zastosowaniu 0·5% kwasu nukleinowego zobojętnionego i fizyol. rozczynu soli kuchennej. Następnie stosowano te środki u chorych, celem zabezpieczenia ich przed grożącem zakażeniem w ogólności. Rozczyn kwasu nukleinowego przygotowywano z początku zawsze świeżo przy łóżku chorego, później używano gotowych już przetworów: Böhringa »natrium nucleinicum«, Richtera fagocytyny sproszkowanej i Rosenberga rozczynu fagocytyny. Autor pierwszy podjął doświadczenia u rodzących; przypuszczał możliwość sztucznego zabezpieczenia ustroju rodzącej przed zakażeniem połogowem przez wywołanie leukocytozy pod wpływem podskórnych wstrzykiwań rozczynu fagocytyny Rosenberga w ilości 1 cm^3. Istotnie przekonał się, że wstrzykiwania takie wywoływały u ciężarnych i rodzących zawsze leukocytozę. Występowała ona zwykle bezpośrednio po wstrzyknięciu, dochodząc po 6 godzinach do szczytu, poczem zmniejszała się stopniowo, a po 48 godzinach znikała bez śladu; przytem zauważył C., że leukocytoza jest neutrofilna, i że zmiany krwi, wywołane przez poród, nie mają żadnego wpływu na zmiany, wywołane przez fagocytynę i naodwrót. Celem poznania praktycznej wartości stosowania fagocytyny u ciężarnych i rodzących, wstrzykiwał ją C. wśród 300 zgłaszających się rodzących i położnic, każdej drugiej, bez względu na rodzaj przypadku, tak że otrzymał dwie różne grupy: 150 przypadków, gdzie stosowano fagocytynę i 150 dla kontroli, gdzie jej nie stosowano. Wyniki tych badań są następujące: w przypadkach napewno nie zakażonych, gdzie

ciepłota ciała nie przekraczała 37° C, wywołuje fagocytyna Rosenberga zabezpieczenie ustroju przeciw gorączce połogowej, wskutek czego gorączka tak rzadko występowała (4·67%: 10%); tam, gdzie mimoto rozwinie się zakażenie, fagocytyna może wybuch jego opóźnić. Wyniki te odnoszą się jednak tylko do tych przypadków, w których nie wprowadzano do jamy macicy ani ręki, ani przyrządów. W przypadkach podejrzanych z ciepłotą powyżej 37°, a poniżej 38°, pozostaje fagocytyna bez skutku, a nawet zdaje się czasem szkodzić, podobnie, jak i w przypadkach już zakażonych z ciepłotą ciała powyżej 38° C. Z tego widać, że fagocytyna może mieć tylko znaczenie zapobiegawcze, ale nigdy lecznicze. Nadaje się więc do stosowania w praktyce prywatnej w czystych przypadkach porodu samorodnego, i może tu obniżyć częstość gorączki połogowej do połowy. E. Ehrenpreis.

Richter. **Jakie usługi oddaje fulguracya w ginekologii.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 17). W klinice ginekologicznej w Dreznie stosuje się obecnie na szeroką skalę leczenie raków macicy fulguracyą, zwłaszcza tam, gdzie przypadek nie nadaje się do operacyi, lub w uzupełnieniu zabiegu. Jeden z głównych warunków, podanych przez twórcę fulguracyi Keating-Harta, t. j. gruntowne chirurgiczne usunięcie chorej tkanki, niestety właśnie w ginekologii bardzo często nie może być dopełniony i z tego też powodu wyniki co do trwałości wyleczenia są niezbyt świetne. Zwykle postępowano w ten sposób, że najpierw wykonywano wyskrobanie nowotworu (bez względu na krwawienie), a potem tamowano krwotok na przemian uciskiem i fulguracyą. Potem skrobano powtórnie utworzony strup i fulgurowano energicznie 10—20 minut, poczem tampon z gliceryną, płukanie pochwy rozczynem nadmanganianu potasu i wlewania acetonu. Ostatni ten środek (we wzierniku przez 10 minut) działa znakomicie stwardniająco, odwaniająco i nieraz tamuje krwotok. Choć więc leczenie fulguracyą nie leczy doszczętnie, to przecież ma ono swe zalety, bo łagodzi bole, tamuje krwawienie i usuwa na długi czas rozkład tkanki i cuchnące odchody, a daje się wykonywać prawie bezboleśnie, w razie potrzeby bez uśpienia. Fulguracya nadaje się znakomicie także do oczyszczenia n. p. części pochwowej z tkanki nowotworowej rozpadłej przed zamierzoną operacyą doszczętną. A.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie częstochowskie.

Posiedzenie z d. 23. kwietnia 1910 r.

Obecnych 24 członków.

I. Kol. Łokczewski opisał przypadek **tężca** u 15-letniej robotnicy fabrycznej. Chora, mimo stosowania surowicy przeciwtężcowej, na trzeci dzień zmarła.

W dyskusyi omawiano wartość leczniczą surowicy swoistej. Zabierali głos kol. Biegański, Rejman, Wasilewski, Wasserthal i Wrześniowski. Zdaniem większości kolegów surowica wywiera wpływ pomyślny tylko w podostrych i przewlekłych postaciach tężca.

II. Kol. Wrześniowski przedstawił chorego **po zeszyciu** naczyń biodrowych, a mianowicie zeszyciu **całkowitem tętnicy biodrowej i bocznem żyły biodrowej.** Chory postrzelony z rewolweru. Kula przeszła na granicy pomiędzy górną i środkową częścią uda. Początkowo stan chorego był zupełnie dobry. Po dwóch tygodniach wystąpiła gorączka 38·5° i obrzęk górnej części uda. Badanie stwierdziło w górnej połowie uda z przodu duży płaski guz, bolesny przy dotykaniu i chełbocący. Po trzech dniach wykonano operacyę. Guz tworzyły skrzepy krwi. Tętnica biodrowa przerwana zupełnie, końce oddalone od siebie na 3 ctm, łączy je tylko mostek grubości 2 mlm. Na przedniej powierzchni żyły rana w kształcie podłużnej wrzecionowatej szpary. Tętnicę zeszyto szwem ciągłym dwupiętrowym, żyłę zaś — ciągłym jednopiętrowym. Ranę zewnętrzną zeszyto częściowo i założono sączek. Po upływie czterech tygodni pozostał tylko mały pasek ziarniny. Chory zaczyna chodzić.

III. Kol. Stefan Kohn wypowiedział wykład: **O wczesnem wstawaniu położnic.** Prelegent streszcza poglądy Prof. Küstnera, oparte na wielkim materyale statystycznym, składającym się z 10.401 spostrzeżeń klinicznych. Przetrzymywanie położnic w łóżku w ciągu kilku tygodni, jak się to dzieje zazwyczaj w praktyce, nie daje się usprawiedliwić żadnymi względami i najczęściej sprzyja powstawaniu różnych zboczeń, z których pierwsze miejsce zajmuje tyłozgięcie macicy. Prelegent omawia wpływ wczesnego wstawania na zmiany wsteczne narządów rodnych, na zator tętnic płucnych, na zakażenie, przebieg ciepłoty, tętno, trawienie, czynność pęcherza i odbytnicy, wreszcie na stan podmiotowy. Po rozważeniu wszystkich okoliczności za i przeciw, wypowiada kol. Kohn zdanie, że pomijając przypadki gorączki i zakażenia, położnice po porodach, przeprowadzonych bez zarzutu pod względem czystości, powinny wstawać bardzo wcześnie, już w kilka dni po porodzie. Nie należy jednak utożsamiać wstawania ze zwykłą pracą w życiu codziennem.

W dyskusyi oświadcza kol. Nowak, że prace, oparte wyłącznie na spostrzeżeniach klinicznych, nie mają bezwzględnej wartości, albowiem, wobec wczesnego opuszczania kliniki przez położnice, nie uwzględniają dalszego przebiegu połogu. Wczesne wstawanie ułatwia niewątpliwie wydzielanie odchodów, moczu i kału, może jednak mechanicznie sprzyjać powstawaniu zatorów. Poglądy Küstnera mają jeszcze wielu przeciwników. — W tej samej sprawie zabierają głos kol. Brzozowski i Edward Kohn.

IV. Kol. Stefan Kohn przedstawił **rachiotom,** stosowany przy poprzecznem zaniedbanem położeniu w celu przecięcia kręgosłupa.

V. Kol. Wacław Kohn przedstawił hodowle i preparaty drobnowidowe **twardzieli, laseczniki duru i okrężnicy** na podłożach Drigalskiego. Dr Karol Rozenfeld.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie z d. 3. marca 1910.

Przew. kol. Rundo. Sekr. kol. Tomaszewski.

Kol. Sterling wypowiedział drugą część swego odczytu: **O postępach w dziedzinie lecznictwa chorób płuc i serca.** Mówiąc o postępach lecznictwa gruźlicy płuc wskazał był prelegent na usiłowania leczenia przyczynowego; zarówno tuberkulina, jak i metody operacyjne dążą nieraz skutecznie do usunięcia samej anatomicznej istoty choroby. Inaczej w dziedzinie chorób serca i nerek. Tu wszystko się ogranicza do lecznictwa czynnościowego. Poważne wzbogacenie lecznictwa chorób serca stanowią dwa przetwory, które śródżylnie wprowadzać można: digalen i strofantyna. Ich przewagę nad innymi przetworami naparstnicy stanowi jedynie to, że działają bezpośrednio po ich zadaniu. Ale ta ich własność czyni je nieraz bardzo pożądanymi. — Jeżeli przyczyną wyczerpania serca jest spadek ciśnienia z powodu rozszerzenia się światła naczyń (najczęściej naczyń układu naczyń trzewnych), wówczas znakomite usługi oddać może adrenalina, którą śródżylnie, ale i podskórnie (do tkanki łącznej) wprowadzać można.

Na szeregu przykładów objaśnia prelegent dodatnie wyniki, jakie miał przy użyciu wyżej wyliczonych środków w przypadkach zapadu w przebiegu chorób zakaźnych (zapalenie płuc, zapalenie otrzewnej). Wskazuje na wartość tych środków przy leczeniu chirurgicznem wielu chorób jamy brzusznej i przy leczeniu zatruć, którym towarzyszy nagły spadek ciśnienia (adrenalina).

Codzienne spostrzeżenia z praktyki przekonały prele-

genta, że poza nielicznymi wyjątkami — ogół lekarzy utożsamia do dziś dnia leczenie dyetetyczne chorób nerkowych przewlekłych z leczeniem dyetą mleczną. Dyeta bezchlorowa, t. j. usunięcie z pożywienia soli kuchennej, jako główna zmiana w zwykłej dyecie, nie znalazła u nas zwolenników. A jednak ta dyeta bywa w większości przypadków skuteczna, a jest dla chorego wygodniejsza; dyeta mleczna jest dyetą półgłodową; dyeta bezchlorowa pozwala na dobre odżywianie. Co prawda, bywają przypadki, w których wydalanie wody przez nerki jest utrudnione, więc pierwotnym czynnikiem szkodliwym, wywołującym powstanie obrzęków nie jest zatrzymanie soli kuchennej; wtedy dyeta bezchlorowa nie jest skuteczna; w większości jednak przypadków zatrzymanie soli jest czynnikiem szkodliwym pierwotnym i dlatego dyetę bezchlorową należy stosować tytułem próby w każdym przypadku zapalenia nerek miąższowego. Systematyczne ważenie chorego daje najlepsze kryteryum do oceny wyników tej terapii, zarówno jak i do oceny szkody, jaką przynieść może powrót do dyety zwykłej.

Dyetę bezchlorową z powodzeniem stosować można i przy obrzękach sercowych, a nawet przy puchlinie brzusznej z powodu marskości wątroby, przy obrzękach przewlekłych pochodzenia mechanicznego i zapalnego. Główną jednak dziedziną stosowania tej dyety są choroby nerek, serca i naczyń (dyspnoe cardiale, angina pectoris, arteriosclerosis universalis). Jednocześnie sprzyjać należy zwiększonemu wydalaniu wody (środki moczopędne).

Prelegent przytacza jadłospis specyalnej »porcyi« szpitalnej bezchlorowej, jaką stosuje w szpitalu. Zawiera ona jaja, cukier, kartofle, kasze, kluski, ryż, owoce, groch, fasolę; mięso cztery razy na tydzień po 200 gr.; móżdżki cielęce; wszystko jest przygotowywane bez soli; pieczywo jest specyalnie także bez soli kuchennej pieczone. Gotowe pokarmy chory posypuje azotanem sodowym (natrium nitricum, po 5 gr. dziennie). Ta porcya bezchlorowa zawiera około 80 gr. białka, tyleż tłuszczu i 400 gr. węglowodanów, ciepłostek 2000—2500, a soli o wiele mniej, aniżeli dwa litry mleka. Dyetę ściśle mleczną stosuje prelegent tylko w przypadkach ostrych i przechodząc od dyety zwykłej do bezchlorowej. Po 2—3 tygodniach dyety bezchlorowej powrócić należy stopniowo (ważąc chorego) do dyety zwykłej.

W dyskusyi nad powyższym odczytem ostrzega kol. Trenkner przed zbiorowem (kumulatywnem) działaniem digalenu, oraz w odpowiedzi na zarzut ścisłego przestrzegania mlecznej dyety w zapaleniu nerek, oświadcza, że w szpitalu zakaźnych i w szpitalu dziecięcym również jest stosowana dyeta mieszana, bezchlorowa. — Kol. Pański przypomina, że w padaczce nadmiar chloru wywołuje zwiększenie napadów. Usunięcie chloru z pokarmów, nawet bez podawania bromu, zmniejsza i łagodzi napady. Mowca proponuje azotan sodowy zastąpić bromkiem sodu. — Kol. Grabowski zapytuje prelegenta, w jakiej formie i ilości wstrzykuje adrenalinę, ponieważ spostrzegał przypadki, gdzie po wstrzyknięciu adrenaliny nastąpiła zgorzel śluzówki. — Kol. Tomaszewski twierdzi, że przy wstrzykiwaniu digalenu pod skórę nie spostrzegał takich nieprzyjemnych powikłań, o jakich wspominał prelegent. — Oprócz tego zabierali głos kol. Mogilnicki, Rundo i Klozenberg. — Kol. Sterling odpowiada: Digalen niema przewagi nad np. pulv. fol. digitalis depurat.; wartość jego stanowi możność zadziałania naparstnicowego w ciągu pół godziny — przy stosowaniu śródżylnem. Jeśli dyetę bezchlorową stosują z powodzeniem w dwu szpitalach, to tem dziwniejsza, dlaczego w praktyce wszyscy po dawnemu surowo zalecają przez długie tygodnie dyetę mleczną. Zastąpić azotan sodowy przez bromek sodu St. nie radzi, ponieważ brom stale używany upośledza odżywianie; azotan sodowy jest przy tem łagodnym lekiem moczopędnym. St. nie widział zgorzeli po podskórnem wstrzykiwaniu adrenaliny; jeśli zdarza się ona na błonach śluzowych, to z powodu obfitości naczyń tych błon, czego niema w tkance łącznej podskórnej. Zatrucie alkaloidami, nawet zwężającymi naczynia, wywołuje wstrząs przez stan niedowładu naczyń trzewnych, a więc przez spadek ciśnienia. Dyeta ściśle mleczna przez czas długi jest właściwa chyba przy jednem tylko cierpieniu, przy tętniaku tętnicy głównej, gdzie nam chodzi o ochudzenie chorego. Wspomniana w odczycie hipoteza o zależności t. zw. skazy wysiękowej od nadmiaru soli kuchennej w pożywieniu przekarmianych dzieci ma swoich zwolenników i warta jest sprawdzenia.

---

39 Zjazd niemieckiego towarzystwa chirurgicznego

(Berlin 30. III. — 2. IV. 1910)

podał

Dr. Adolf Klęsk.

(Dokończenie).

25. Sprengel. **Uwagi w sprawie cięcia i szwu powłok brzusznych.** S. poleca przy operacyach brzucha cięcia poprzeczne, jako najmniej uszkadzające, gdyż biegnące równolegle do przebiegu tkanek.

26. Rehn (jun.). **Przyczynki do wolnej plastyki.** R. zdaje sprawę z wolnych przeszczepiań ścięgien, powięzi i tkanki tłuszczowej.

27. Lexer. **Przeszczepiania stawów.** Demonstracye odpowiednich przypadków: 1) przeszczepienie stawu kolanowego u 20-letniej dziewczyny, 2) przeszczepienie stawów kolanowych u 20-letniego mężczyzny, 3) przeszczepienie części kości goleniowej w miejsce wyciętej łokciowej u 50-letniego chorego, operowanego z powodu mięsaka, 4) wycięcie części stawowej goleni z powodu mięsaka u 20-letniej dziewczyny i wstawienie takiejże części z goleni świeżo amputowanej innego osobnika. Po operacyi chorzy leżeć powinni bardzo długo (do pół roku), by nie obciążać za wczas nowo-stworzonego stawu.

28. Saar. **Doświadczalne i kliniczne próby plastyki opony twardej.** S. poleca do tego celu powięź, otrzewnę i okostnę.

W dyskusyi podaje m. i. Unger, że w przypadku mocznicy przyszył nerkę małpy do tętnicy udowej chorego, Franke, że przeszczepiał skutecznie jajniki i t. p.

29. Anschütz. **Demonstracye przedłużania kończyn.** Z pomocą skośnego przecięcia kości udaje się przedłużać kończyny nieraz do 15 cm.

30. Dreyer. **Możność natychmiastowych ruchów po szwie ścięgna.** Na podstawie swego doświadczenia poleca D. nie zakładać opatrunku ustalającego po szwie ścięgna, lecz odrazu wykonywać ruchy.

31. Friedrich. **Gruźlica otrzewnej.** Stwierdziwszy, że wstrzykiwanie hygroskopijnych substancyi wywołuje w otrzewnej szybkie nagromadzanie się płynu i potem szybkie jego znikanie, postanowił F. zastosować to do leczenia gruźlicy otrzewnej. Wstrzykuje się dzieciom 15—20 cm^3, a dorosłym 20—30 cm^3 gliceryny (glycerinum officinale), i to kilkakrotnie z małego cięcia tępą kaniulą. Tylko pierwsze wstrzyknięcie robi się z dużego cięcia (celem oryentacyi). Nie nadają się do operacyi duże guzy gruźlicze, przypadki z owrzodzeniami jelit przedziurawionemi i ropienia otrzewnej. W ten sposób leczono 22 przypadki. Wyniki bardzo dobre. Już w 3—4 miesięcy przybytek wagi, spadek ciepłoty, niekiedy zupełne wyzdrowienie.

32. Bergel. **Tworzenie kostniny z pomocą włóknika.** Włóknik jest koniecznie potrzebny do tworzenia się kostniny i dlatego poleca B. przy stawach rzekomych podokostne wstrzykiwanie włóknika.

33. Brunner. **Rzut oka na obecny stan traktowania ran w praktyce.** Na rozesłane zapytania otrzymał B. od operatorów następujące odpowiedzi: Do mycia przeważnie używa się sposobu Fürbringera. Połowa chirurgów u-

żywa do operacyi rękawiczek, 1/3 masek. Wielka część chirurgów operuje sucho, ew. tamponuje przeciwgnilnie. Co do ran przypadkowych, to przeważnie traktują je chirurdzy przeciwgnilnie, a otaczającą skórę odkażają jodyną. Przy złamaniach powikłanych największe ma zastosowanie balsam peruwiański, do tamponany gaza jodoformowa.

34. Bürgers. **Oznaczanie żywotności paciorkowców.** B. poleca oznaczać żywotność paciorkowców na podstawie obliczenia, ile z nich zostaje pochłoniętych przez ciałka białe. Na 100 ciałek w razie żywotności paciorkowców liczba ta wynosi 50—100, w razie braku żywotności 0—30.

35. Hageman omawiał **działanie surowicy przeciwpaciorkowcowej** na podstawie 46 przypadków z kliniki Payra w Greifswaldzie. Wyniki były niebardzo zachęcające.

36. Klapp. **Operacyjne uruchomienie stawu kolanowego.** Przy sztywnem kolanie zwykle tylne powierzchnie stawu są wolne i ich właśnie używa K. do uruchomienia, wycinając z kości udowej klin z podstawą od przodu i przesuwając powierzchnie w ten sposób, że tylne stanowią główną część ruchomego stawu.

37. Steinmann. **Pęknięcie chrząstki półksiężycowatej kolana.** S. przytacza 17 przypadków operowanych. Najczęściej pęka chrząstka wewnętrzna i to podłużnie na dwa ramiona.

38. Hochmeier. **Obecny stan znieczulenia lędźwiowego.** Doniesienie o 2400 przypadkach różnych operatorów. Znieczulenie zawiodło w 9%. Najczęstszem powikłaniem są bole głowy, ew. krzyżów. Pięć razy zdarzyło się się porażenie n. odwodzącego, z czego 3 stałe. Powikłania nerkowe (stowaina) są rzadkie, natomiast często wymioty i podniesienia ciepłoty. 4 razy spostrzegano zapad i musiano zastosować sztuczne oddychanie. Powikłania płucne w 1·7%. 12 zejść śmiertelnych, z tego 4 wskutek porażenia oddechu, 1 na udar mózgu zaraz po wstrzyknięciu, 3 razy ropne zapalenie opon (złe wyjałowienie wstrzykiwanych przetworów). H. sądzi, że znieczulenie lędźwiowe stosować się powinno tylko w niezbędnej potrzebie, gdy inne sposoby niedają się zastosować.

39. Payr omawiał patogenezę i leczenie operacyjne **wrzodu żołądka,** Küttner leczenie wrzodu modzelowatego. Ważną rzeczą jest fakt, że obaj autorzy w wyciętych wrzodach w 27 (Payr) do 43·4% (Küttner) wykazali początki raka.

Korespondencya.

Z Kopenhagi.

Podam nieco wiadomości i uwag o »Statens Seruminstitut«, państwowym zakładzie serologicznym. Zakład ten, otwarty w r. 1902, obejmuje 5 budynków. W budynku głównym, dwupiętrowym, pierwsze piętro zajmuje mieszkanie dyrektora zakładu; na parterze mieszczą się: pokój administracyjny, pracownie: chemiczna, serologiczna, bakteryologiczna (obok niej pokój-termostat), »pokój Wassermanna« (przeznaczony wyłącznie tylko dla badań odczynu W.), dalej 2 pokoje do wyrobu surowicy przeciwbłoniczej, pokój z przyrządami do wyjaławiania i pokój fotograficzny; z wyjątkiem pokoju fotograficznego wszystkie ubikacye i wszystkie sprzęty biało malowane, wszędzie posadzka z »terrazzo«, okna bardzo duże, przy każdem oknie palnik gazowy i wodociąg, przy nim zaś urządzenia ssące do wytwarzania próżni. W pracowniach termostaty różnej konstrukcyi, do celów zaś hemolitycznych używane są tylko termostaty wodne Ostwalda; zakład ma dwie wirownice, z których większa (8.000 obrotów na minutę) wyrobu tutejszej fabryki »Burmester i Wain« miała być na wystawie higienicznej w Berlinie w r. 1907 przedmiotem ogólnego uznania. Piętro drugie przeznaczone na skład różnych przyrządów. W suterenach znajdują się: pokój do pakowania tabletek antytyreoidynowych, pokój do mycia probówek i innych naczyń szklannych — i drugi do suszenia; dalej są: ubikacya dla mniejszych zwierząt, używanych do doświadczeń, pracownia mechanika zakładu i »lodownia«. W »lodowni« ciepłotę + 4° C. do + 8° C. utrzymuje się zapomocą parowania amoniaku; »lodownia« podzielona jest na 2 części; jedna służy do przechowywania »Testgift« błoniczego, różnych toksyn, lizyn i jadów węży, — druga do codziennego użytku. W przyległym budynku stajnia dla koni; obok sala operacyjna. Trzeci, najbardziej odległy budynek, »Pesthus«, zbudowany wyłącznie tylko dla badań bakteryologicznych w razie wybuchu cholery lub dżumy, urządzony zaś w ten sposób, że przy zamykaniu i otwieraniu drzwi i przyrządów, przy używaniu telefonu, nie posługując się rękami, wygodnie się można posłużyć ramieniem. W czwartym budynku jest stajnia dla kóz i baranów, w piątym pomieszczenie dla zwierząt mniejszych, do doświadczeń nie używanych, a przeznaczonych do rozmnażania się. W stajniach zakładu mieści się 15 koni, do 100 kóz i baranów, królików i świnek morskich po kilkaset, około 1000 myszy i zależnie od potrzeby większa lub mniejsza ilość szczurów; świnek morskich przy samym wyrobie surowicy przeciwbłoniczej i przy odczynie Wassermanna zużywa zakład miesięcznie do 100. W ogrodzie otaczającym budynki znajduje się boisko, na którem pewną część dnia zwierzęta przebywają. Utrzymanie całego zakładu zewnątrz i wewnątrz wzorowe. Zakład zatrudnia 1 mechanika, 1 stajennego i 5 osób do posługi. W pracowniach do pomocy asystentów zajęte 2 panny. Koszta utrzymania zakładu wynoszą rocznie 60.000 koron skandynawskich = 90.000 koron wal. austr.

Zakład pozostaje pod dyrekcyą Dra[1]) Thorwalda Madsena Rozwój zakładu był bardzo szybki; w początkach przed ośmiu laty jeden asystent spełniał wszystkie zadania — dzisiaj zakład ma 6 asystentów i wkrótce będzie powiększony o nowy budynek, przyczem liczba pracowni podwoi się. Kierownikiem oddziału rozpoznawczego jest Dr Oluf Thomsen, — fabrycznego kand. farm. Walbum. Zadaniem oddziału rozpoznawczego jest wykonywanie — dla całego kraju — wszelkich badań bakteryologicznych i serologicznych, wśród których pierwsze miejsce zajmują: próba Widala i odczyn Wassermanna. Co się tyczy sposobu porozumiewania się zakładu z lekarzami, trudno o lepsze i praktyczniejsze od tutejszego postępowanie. Na żądanie każdego lekarza w całej Danii, wysyła zakład bezpłatnie list pod nazwą »próbki«, zawierający: kopertę z wydrukowanym adresem zakładu, a w niej blankiet złożony i owinięty na futerale drewnianym (długości 5 cm); w futerale znajduje się naczyńko szklanne, pojemności 2—3 cm^3, wyjałowione, zamknięte wyjałowioną zatyczką kauczukową. Całe postępowanie objaśnia tekst blankietu; na jednej jego stronie znajduje się następujący kwestyonaryusz: »Odczyn Widala. Nazwisko chorego? Jego lub jego rodziców zatrudnienie? Wiek? Mieszkanie? Próbka krwi brana dnia? Kiedy się zaczęła choroba? Czy oddany do szpitala? Data przyjęcia? Czy chory dawniej dur brzuszny przechodził? Zródło zakażenia? Uwagi. Nazwisko lekarza? Adres? Liczba telefonu? O jakim czasie można się zgłaszać?« Odwrotna strona blankietu opiewa: »W płatek ucha, dokładnie obmyty, należy zadać głębokie ukłucie wyjałowionym nożykiem lub lancetem; naczyńko po naczerpaniu weń 15—20 kropel krwi należy natychmiast zakorkować i odstawić, póki krew nie skrzepnie; potem należy naczyńko zamknąć w drewniany futerał, na futerał zaś owinąć blankiet złożony i w załączonej kopercie wysłać jako zwyczajny list. O wyniku każdej próby, która rano do zakładu nadeszła, zawiadamia zakład telefonem codziennie (z wyjątkiem niedziel i świąt), jeśli na blankiecie podano numer telefonu

[1]) Tutaj Dr = docent u nas; Dr ma prawo wykładów uniwersyteckich.

i czas, w którym się zgłaszać należy« [2]). Prócz tego, w kilka dni po przysłaniu próby, każdy lekarz zostaje pisemnie powiadomiony o wyniku badania na blankiecie, na którym między innymi punktami czyta się: »Odczynu można się spodziewać najwcześniej w 4 – 5. dniu choroby«. »Brak jego nie wyłącza, że chory cierpi na dur brzuszny«. »Jeśli chory przechodził dawniej dur, surowica jego może przez kilka lat zachowywać własność aglutynowania i tylko stwierdzenie wzrastania siły własności aglutynacyjnych surowicy, w początku choroby, ma znaczenie dla rozpoznania«. »Jeśli przypadek niejasny, należy w ciągu kilku dni nadesłać nową próbkę«. W pojęciu próby Widala leży badanie: co do bakteryi duru, paratyfusu A i B, dalej hodowanie bakteryi ze skrzepu przysłanej próbki krwi: szczegół to nieposledniego znaczenia, nierzadko bowiem zdarza się, że w surowicy tegosamego chorego, badanej kilkakrotnie w przerwach kilkudniowych, odczyn Widala jest zawsze ujemny, natomiast ze skrzepu tychsamych próbek udaje się za każdym razem wyhodować bakterye durowe. W ostatnich czasach zarządzono w całym kraju bardzo skrupulatne poszukiwania tak zwanych »roznosicieli bakteryi durowych« (Typhusbazillenträger); zakład otrzymuje z całego kraju próbki kału i moczu osób zdrowych lub pozornie zdrowych, które z jakiegoś powodu mogą uchodzić jako źródło zakażenia durowego. Jako ilustracya niechaj posłuży przypadek w jednej wiosce, gdzie w ciągu kilku tygodni zachorowało 15 osób na dur brzuszny; lekarz powiatowy stwierdził, że wszystkie osoby chore brały nabiał w jednej mleczarni. Z polecenia lekarza posłano do »zakładu serologicznego« kał i mocz zdrowych osób, w mleczarni zajętych; badanie bakteryologiczne wykryło, że jedna kobieta jest »roznosicielką« bakteryi durowych. Roznosicielom bakteryi durowych nie wolno tutaj mieć zajęcia przy artykułach żywności, a tego dopilnować jest obowiązkiem lekarza miejskiego lub powiatowego; o zmianie miejsca zamieszkania »roznosiciela« muszą lekarze urzędowi wzajemnie się zawiadamiać. Każdy »roznosiciel duru« bywa dokładnie pouczony, jak się ma zachować, by innych nie zakażać. Dzisiaj w Danii na $2^1/_2$ miliona mieszkańców liczba zachorzeń na dur brzuszny w ciągu roku wynosi około 600. (Dok. nast.).

Dr Kostrzewski.

Zebranie Komitetu lekarskiego słowiańskiego w Sofii.

Prof. Wicherkiewicz wystosował do Dra Berona, prezydenta lekarzy bułgarskich w Sofii, list, brzmiący w tłumaczeniu jak następuje:

»JW. Panie Prezydencie! Po szczęśliwem usunięciu rozlicznych przeszkód, utrudniających przygotowanie zjazdu członków Komitetu lek. słow. w Sofii w d. 2. lipca b. r., odczuwam potrzebę zwrócenia słów kilku do Pana, P. Prezydencie i do bułgarskich naszych kolegów, i to nietylko w mojem własnem imieniu, ale by dać zarazem wyraz zapatrywaniu towarzyszy moich w biurze Komitetu słowiańskiego, a niewątpliwie także moich Kolegów rodaków wogóle w ich imieniu.

Pewien odłam prasy zagranicznej rozgłaszał niedawno wieść, jakoby Polacy postanowili nie przyjmować udziału w zebraniu Komitetu lek. słow., gdyby tenże odbył się w Sofii. Takie postawienie kwestyi polega na nieporozumieniu, jeżeli nie ma być oszczerstwem. Przyznaję, że w tym roku bylibyśmy woleli każde inne miasto słowiańskie, niż Sofię, wybrać na miejsce konferencyi, a to z tego zwłaszcza względu, by uniknąć atmosfery politycznej, która, wobec mającego się równocześnie w Sofii odbyć Kongresu neoslawistów, — bezwarunkowo zdaniem naszem objawiać się będzie tak przed, jak i po Kongresie w stolicy Waszej, a która nam Polakom bynajmniej sympatyczną być nie może, przypominając w zbyt przykry sposób zupełny brak zrozumienia naszych słusznych aspiracyi i brak nawet dobrej woli, który w Petersburgu zaznacza się tak dobitnie przeciw nam, głównie przez usta hr. Bobrinskijego i jego towarzyszy.

W liście poprzednim miałem już zresztą zaszczyt wyrazić moje zapatrywanie w tym względzie i sądzę, Panie Prezydencie, żeś Pan wyniósł z niego przekonanie, że to powód jedyny, dla którego w tym właśnie czasie pragnęliśmy ominąć Sofię. Zaznaczaliśmy już raz dawniej, że inny termin Zjazdu uważalibyśmy za dogodniejszy dla nas i odpowiedniejszy nietylko dla zadań i celów Komitetu lekarskiego, lecz także na koleżeńskie spotkanie się z naszymi słowiańskimi Kolegami. Z żalem zaś wyrazić musimy wątpliwość, czy zdołalibyśmy zrozumieć się nawzajem w chwili, gdy w Petersburgu ludzie, powołani do szczytnej propagandy słowiańskiej, zdradzają nas Polaków i sprzeniewierzają się samej idei ogólno-słowiańskiej.

Jesteśmy zawsze gotowi uścisnąć dłoń nawet dawnych przeciwników, jeżeli w szczerej intencyi ją nam podadzą. Wyraziłem tę myśl publicznie w Petersburgu w roku 1902 na posiedzeniu Zjazdu rosyjskich lekarzy, co gorąco wtenczas oklaskiwano. Ileż razy od tego czasu usuwano nam tę dłoń — zwłaszcza w latach ostatnich!...

Poza tem termin Zjazdu w miesiącu lipcu jest dla nas o tyle jeszcze niekorzystnym, że zbiega się z obchodem Grunwaldzkim, który odbędzie się jednocześnie w Krakowie, i z nawałem prac zawodowych, które wielu z nas do końca lipca od podróży wstrzymują.

Mam nadzieję, że Pan, Panie Prezydencie oraz Jego współrodacy, zechcecie sprawiedliwie ocenić i uznać ten zbieg okoliczności, które nie pozwalają nam odwiedzić naszych bułgarskich Kolegów, dla których zachowamy jednak stale przyjazne uczucia, życząc Im, by naród Ich był szczęśliwym, by znowu się stał wielkim między narodami cywilizowanymi, pomny szczytnej idei kultury istotnej, która brzydzi się tyranią, niesprawiedliwością i uciskiem wobec słabszych.

W końcu załączam prośbę, żebyś raczył, JWPanie Prezydencie, przy otwarciu Kongresu lekarzy bułgarskich list ten kazać odczytać, by kategorycznie położyć kres wszelkim mylnym domysłom odnośnie do wstrzymania się Polaków od udziału w zebraniu Komitetu lek. słow , jakoteż w Zjeździe bułgarskich lekarzy.

Racz przyjąć itd.

Prof. Wicherkiewicz,

Prezes Komitetu lek. słowiańskiego i Komitetu lek. polskiego dla międzynarodowych Zjazdów lekarskich«.

Otrzymaliśmy następujący:

»Program konferencyi nadzwyczajnej centralnego słowiańskiego Komitetu lekarskiego, mającej się odbyć w Sofii w dniu 2. lipca o godz. 9 rano w lekarskiej bibliotece (medicinska biblioteka).

1. Zagajenie konferencyi przez p. wiceprezydenta Kom. lek. sł. 2. Sprawozdanie z nadzwyczajnej konferencyi Centr. słow. komitetu lekarskiego, odbytej w Wiedniu d. 5. września 1909 r. złoży prof. Pesina z Pragi. 3. Sprawozdanie za rok ubiegły spisane przez jener. sekretarza Dr J. Surzyckiego z Krakowa zostanie odczytanem. 4. Organizacya lekarzy czesko-słowiańskich. Referat prymaryusza Dr Semerada z Pragi. 5. Organizacya czeskich zdrojowisk a wywóz wód mineralnych. Założenie związku lekarzy kąpielowych. Ref. Prof. Vesely z Pragi. 6. Dyskusya nad przygotowaniem wszechsłowiańskiego zjazdu lekarskiego. Zagai Prof. Pesina z Pragi. 7. Ustawa Centralnego lekarskiego Komitetu słow. i Komitetów lek. narodowych w ostatniem opracowaniu. Dyskusya i przyjęcie ostateczne z ewent. zmianami. 8. Stosunek narodowych Komitetów lekarskich do międzynarodowych lekarskich kongresów. Referat z odnośną rezolucyą przekaże konferencyi R. dw. Prof. Wicherkiewicz.

Z biura Centraln. lek. komitetu słowiańsk.: Przewodniczący Prof. Dr B. Wicherkiewicz. Jen. sekretarz Dr J. Surzycki.

Wobec tego, że konferencya ma zajmować się sprawami ważnemi, a zwłaszcza, że ma przyjąć obowiązujący na przyszłość statut i zastanowić się nad stosunkiem komitetów narodowych do międzynarodowych kongresów lekarskich, uprasza się panów

[2]) Wszystkie wieczorem do skrzynki pocztowej wrzucone listy, z całego kraju (z małym wyjątkiem) na rano są w zakładzie; do godziny dwunastej w południe próba jest gotowa, wcześniej więc, niż w przeciągu doby, każdy lekarz, nawet daleko na wsi, może być telefonem powiadomiony o wyniku badania. Na wsi, gdzie nieco dalej do stacyi kolejowej, w wysyłce próbek wielką oddają usługę rowery, które tutaj i na wsi są w bardzo wielkiem użyciu; po wsiach na każdy dom należy liczyć co najmniej jeden rower.

członków Komitetu lek. słowiańskiego, żeby, o ile tylko stosunki na to im pozwolą, zechcieli wziąć udział w tem zebraniu«.

Ponieważ większość komitetów lekarskich innych narodowości słowiańskich oświadczyła się za odbyciem zebrania Centr. Komitetu lek. słow. w Sofii, przeto prezydyum tego Komitetu, chociaż złożone z Polaków, nie jadących do Sofii, musiało zastosować się do woli większości w tem, żeby program zebrania ułożyć i ogłosić, a członków Centr. Komitetu słowiańskiego, nie-Polaków, do udziału w zebraniu zawezwać. Jednakże zgodnie z uchwałami delegatów Tow. lek. polskich, powziętemi w Krakowie, ani polscy członkowie prezydyum Komitetu słow., ani nikt z lekarzy polskich w zebraniu w Sofii nie uczestniczył, ani uczestniczyć nie zamierzał; niektóre dzienniki polityczne polskie przedstawiły w tym względzie rzecz niezgodnie z prawdą, wyrządzając polskim członkom prezydyum Komitetu lek. słowiańskiego krzywdę, którą powinnyby naprawić przez stosowne sprostowania.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Krajowa Rada Zdrowia odbyła w d. 2. VII. 1910 posiedzenie, na którem krajowy referent sanitarny, r. dw. Dr Merunowicz, przedstawił stan chorób zakaźnych w kraju; wydano opinie w sprawie posady docenta higieny w seminaryum naucz. żeńskiem w Samborze, w sprawie instrukcyi dla oglądaczy zwłok, w sprawie taksy szpitalnej w Krośnie i szpitala w Nadwórnej, oraz w sprawie zmiany siedziby lekarza okręgowego w powiecie gorlickim. R.

Związek państwowy organizacyi lekar. austr. ogłasza bojkot kas chorych w następujących miejscowościach dolnoaustryackich: Allensteig, Baden, Mödling, Liesing i Steyrermühl. Scisłe przeprowadzenie tej sprawy co do kas w pobliżu Wiednia działających ma ważne znaczenie w obecnej akcyi przeciw pewnym szczegółom projektu ustawy o ubezpieczeniu społecznem. R.

Kasa wsparcia podupadłych lekarzy w Warszawie miała w r. 1909 w Warszawie 409, na prowincyi 456, ogółem 865 członków. Bilans zamknięto sumą 91264·89 rb., fundusz żelazny wynosił 52144·99 rb., obrotowy 10.065·74 rb. Wypłacono wsparć 9372·83 rb. R.

Opinia Towarzystwa lekarskiego łódzkiego w sprawie ogłoszeń lekarzy w prasie peryodycznej.

§ 1. Każdy lekarz ma prawo umieszczać »ogłoszenia« w pismach publicznych, lecz nie powinien »reklamować się«.

§ 2. a) Ogłoszenie może zawierać: 1) imię i nazwisko ogłaszającego się z dodaniem »Dr« (dotyczy to zarówno lekarzy, jak i doktorów medycyny), 2) specyalność, 3) godziny przyjęć, 4) adres, 5) Nr telefonu, 6) wzmianki o wyjeździe, przeprowadzeniu się, powrocie (do zdrowia). (Uwaga. Nie należy używać w ogłoszeniu wyrazów: »specyalista«, »specyalnie«, »wyłącznie«). b) Ogłoszenie powinno być drukowane nie zbyt dużemi czcionkami, umieszczane poza tekstem pisma i nie częściej niż 3 razy tygodniowo.

§ 3. Ogłoszenia o lecznicach prywatnych, domach zdrowia, podlegają tym samym przepisom z zastrzeżeniem, aby w ogłoszeniach nie były podawane adresy lekarzy.

§ 4. Ogłoszenia, których forma, miejsce, częstość i treść przekraczają zakres, objęty artykułem 2-gim, zaliczają się do kategoryi reklamy. Za reklamę więc uważa się: a) Ogłoszenia, rażące rozmiarami, jaskrawo rzucające się w oczy, umieszczane codziennie lub 2 razy w jednym numerze pisma, zawierające wzmianki o celu, w jakim lekarz wyjechał lub skąd powrócił (np. wyjechał dla studyów), ogłoszenia, w których lekarz zapowiada swój przyjazd, osiedlenie się i t. d. i gdy o fakcie osiedlenia się ogłasza miesiące i długie lata. b) Ogłoszenia, zawierające wzmianki o ordynaturach, asystenturach, studyach w klinikach, stopniach naukowych zagranicznych i t. d. c) Ogłoszenia, w których wymieniane są metody lecznicze i rozpoznawcze. Naprzykład: leczenie metodą prof. X., stosowanie endoskopii, cystoskopii, miesienia, hipnotyzmu, elektryczności, promieni Roentgena, leczenie tuberkuliną, badanie krwi co do kiły i t. d. d) Ogłoszenia, w których obok wymienionej specyalności podkreśla się leczenie jakiegoś pojedynczego cierpienia lub pojedynczego narządu, już objętych szerszem pojęciem zakresu danej specyalności, naprzykład: choroby weneryczne i syfilis. Choroby skóry, włosów i paznokci. Choroby narządów moczowopłciowych i pęcherza. Leczenie niemocy i t. d. e) Posługiwanie się górnobrzmiącemi nazwami »gabinetów lekarskich«, »instytutów« i t. d. f) Ogłoszenia o wydawaniu świadectw (np. o wydawaniu świadectw mamkom); dawanie w ogłoszeniach jakiejkolwiek rękojmi, zapewniającej wyleczenie (np. radykalnego usuwania włosów); podawanie w ogłoszeniach wzmianki o pewnych specyalnych dla klienteli udogodnieniach (np. ogłaszanie o osobnych poczekalniach i gabinetach dla dam) i t. d. g) Ogłaszanie się pojedynczych lekarzy i lecznic w kalendarzach, pismach ulotnych, przewodnikach podróży i wogóle w księgach informacyjnych, o ile w nich niema listy wszystkich lekarzy, praktykujących w mieście; wywieszanie ogłoszeń lekarzy i ogłoszeń o lecznicach w aptekach, składach materyałów aptecznych, w hotelach, wagonach, na dworcach kolejowych i t. d.; wywieszanie znaków lekarskich na rogach ulic zdala od domu, zamieszkanego przez osobę ogłaszającą się. h) Ułatwianie prasie niefachowej umieszczania pochlebnych wzmianek o osobie lekarza lub o lecznicy, o otrzymanych tytułach, o udziale w kongresach, zjazdach i t. d., podziękowań za wyleczenie, opiekę lekarską; wzmianek o udziale w leczeniu osób znanych i wybitnych itd.; przyczynienie się do umieszczania w prasie nielekarskiej zdjęć fotograficznych z pracowni lekarza lub lecznicy i t. d.

§ 5. Za reklamę z intencyą ukrytą uważa się: a) ogłaszanie o leczeniu biednych bezpłatnie; b) wydawanie zaświadczeń o skuteczności leków i wód mineralnych.

§ 6. Specyalnego zwłaszcza charakteru i wagi nabierają powyższe reklamy, umieszczane w prasie żargonowej, a obliczone na utrudnione kontrolowanie ich treści.

§ 7. Sekretarz stały Towarzystwa lekarskiego ma obowiązek ścisłego czuwania nad przestrzeganiem przez lekarzy powyższej uchwały. (Uwaga. Gdyby pisemne zwrócenie przez Sekretarza stałego uwagi lekarzowi, nie stosującemu się do niniejszych przepisów, pozostało bez skutku, lekarz, o ile jest członkiem Towarzystwa lekarskiego, zostaje oddany przez Sekretarza stałego pod sąd przy Towarzystwie. Lekarz, nie należący do Towarzystwa, lecz wyłamujący się z pod władzy opinii Ogólnego Zebrania, naraża się na zakłócenie towarzyskiego stosunku swego do ogółu kolegów).

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 26. VI. do 2. VII 1910 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Brzeżany (Taurów 3), Gródek jagiell. (Majdan 6, Wiszenka 2), Jaworów (Jazów stary 4, Młyny 1), Nadwórna (Kamienna 1), Podhajce (Mużyłów 3), Przemyślany (Nowosiółka 5), Stanisławów (Czerniejów 1); ospy sprawdzono 1 przypadek w Michałówce pow. Borszczów; nagm. zapalenie opon mózgowo-rdzen. stwierdzono w pow. Krosno (Swieżawa polska 1, sprawdzono bakteryologicznie), pow. Lwów (Lewandówka ad Biłohorszcza 2). Dr T.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 26. VI. do 2. VII. 1910 zgłoszono przypadków: błonicy 4 † 1 (w tem obcych 2 † 1), ospy 2, płonicy 8 † 1 (1 † —), odry 2 † 1 (1 † 1), duru brzusznego 5 † 2 (3 † 2), tężca 1 † 1 (1 † 1). Dr Janiszewski.

Choroby zakaźne w Warszawie. Od 5. VI. do 11. VI. 1910 przybyło do szpitali warszawskich przypadków: ospy 10 † 1 (w całem mieście † 4), odry 12 († 3), płonicy 26 † 3 († 16), błonicy 3 († 2), róży 12 († 3), duru plamistego 6 † 2 († 2), duru brzusznego 18 † 2 († 1). (Gaz. lek. Nr 27).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Magistrat przypominając z powodu grożącego zawleczenia cholery z Rosyi o obowiązku donoszenia o chorobach zakaźnych i przesyłania wydalin do badania w rządowej stacyi bakteryologicznej, zawiadomił lekarzy, że obecnie można do badania bakteryologicznego posyłać próbki nietylko w przypadkach podejrzanych co do cholery, ale w każdym przypadku którejkolwiek choroby zakaźnej, jeżeli badanie bakteryologiczne będzie potrzebne do ustalenia rozpoznania. — Zarządzenie to jest wielkim postępem, mogącym znacznie wpłynąć na zwalczenie chorób zakaźnych w Krakowie.

— Roman hr. Potocki ofiarował Wydziałowi powiatowemu w Łańcucie mórg ziemi i 150.000 koron na budowę szpitala. Fakt ten zasługuje na podniesienie, zwłaszcza z tego względu,

że w społeczeństwie naszem, zdobywającem się na wielu innych polach na zdumiewającą nieraz ofiarność, dotąd bardzo rzadko zdarzały się fundacye prywatne na cele zdrowia publicznego. Po fundacyi szpitala w Tarnobrzegu jest to w ostatnich kilkunastu latach druga dopiero fundacya prywatna tego rodzaju.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Kazimierz Dadej, rodem z Drohobycza.

Warszawa. Towarzystwo lekarskie warszawskie przyznało nagrodę konkursową im. Koczorowskiego Drowi Fryderykowi Barachowi za pracę: »O włóknach Dürcka«, wykonaną w zakładzie anatomii patol. Uniwersytetu lwowskiego, a nagrodę im. Wszebora Drowi Ryszardowi Hertzowi, asystentowi oddziału Doc. Dr Wł. Janowskiego w Warszawie, za pracę: »O wywoływanem doświadczalnie szpikowem przeistoczeniu śledziony«.

— Komisya reform szpitalnych projektowała m. i. budowę osobnego szpitala zakaźnego na 500 łóżek za miastem. Z powodu znacznych kosztów postanowił Wydział dobroczynny magistratu ograniczyć się do rozszerzenia szpitala św. Stanisława przez dobudowę 2 pawilonów po 72 łóżek i budowli gospodarczych kosztem 400.000 rb., na razie zaś dobudować tylko jeden pawilon kosztem 181.423 rb.

— Dzienniki donoszą, że Dr A. Sokołowski i S. Sterling nie przyjęli mandatu członków zarządu wszechrosyjskiej ligi walki z gruźlicą.

— W pracowni naukowej warszawskiego Towarzystwa lekarskiego rozpoczynają się odczyty dnia 1. października r. b. połączone z pokazami i zajęciami praktycznemi: 1) Prof. J. Sosnowski. Zasady energetyki organizmów (7 wykładów). 2) Dr Anast. Landau. Choroby przemiany materyi (8 wykładów). 3) Dr Anast. Landau. Choroby krwi (4 wykłady i zajęcia prakt.). 4—5) Dr A. Sokołowski i Dr B. Dębiński. Podstawowe metody rozpoznawania i leczenia chorób dróg oddechowych. 6) Dr F. Erbrich. O najnowszych postępach ryno- i laryngologii ze szczególnem uwzględnieniem broncho- i ezofagoskopii (wykłady teoretyczne i zajęcia praktyczne). 7—9) Prof. Dr Kryński. 7) Operacye typowe i anatomia chirurg. na zwłokach (6 g.). 8) Chirurgia ambulatoryjna (10 godzin). 9) Postępy w dyagnost. chirurg. (cystoskopia) 6 g. 10) Dr M. Rejchman. Metody rozpoznawania i leczenia chorób przewodu pokarmowego (8 wykładów i zajęcia prakt.). 11) Dr F. Malinowski. Nowe metody rozpoznawania i leczenia chorób skórnych i wenerycznych (8 wykładów i zaj. prakt.). 12) Dr Cz. Barszczewski. Kurs praktyczny radyologii lekarskiej z pokazami radyogramów z kazuistyki chirurgicznej i wewnętrznej. 13) Dr St. Serkowski. Bakteryologia lekarska (12 wykładów z zajęciami praktycznemi). 14) Dr St. Serkowski. Zajęcia praktyczne laboratoryjne, a) analizy krwi chemiczne, fizyczne i bakteryologiczne, b) analizy moczu, c) badania sanitarne. — Plan poszczególnych wykładów i warunki uczestnictwa u kierownika pracowni Towarzystwa lekarskiego (Niecała 7) codziennie w godz. od 2 do 3-ciej.

— W Tomaszowie rawskim ma być zbudowany szpital, na który bł. p. Jakób Halpern zapisał 40.000 rb.

Z różnych stron. Dziekanem Wydziału lek. lwowskiego na r. 1910/11, wybrany został Prof. Dr Henryk Kadyi.

— Dr Mazurkiewicz habilitował się we Lwowie z zakresu farmakognozyi.

— Nowy środek przeciwkiłowy, wynaleziony przez Ehrlicha i jego współpracownika Hata, dioksydiamidoarsenobenzol (nazwany przez Ehrlicha dla skrócenia »przetworem 606«), nabiera coraz większego rozgłosu w najszerszych sferach wskutek szumnych i niekrytycznych sprawozdań, jakie prasa codzienna ogłosiła z posiedzeń Towarzystwa lekarskiego berlińskiego, i in. poświęconych tej sprawie. Dotychczas ogłoszone badania zdają się istotnie dowodzić, że nowy środek jest znacznem wzbogaceniem skarbca leczniczego, że w krótkim czasie wywołuje znikanie krętków bladych z wydzielin i tkanek. Nie stwierdzono jednak dotąd, czy można liczyć na trwałe wyleczenie; Ehrlich sam nawołuje do krytycyzmu, a Neisser zwraca uwagę w »Deutsche med. Wochs.« (Nr 26) na konieczność ustalenia dawek, zanimby lek można oddać w ręce ogółu lekarzy. To też ubolewać należy, że i tym razem podobnie, jak kilkakroć w ostatnich czasach, sprawa stała się przedmiotem przedwczesnej reklamy dziennikarskiej, mogący przynieść tylko szkody.

Mianowani. Dr Józef Praski młodszym ordynatorem zakładu w Tworkach, Dr Sławiński nadetatowym ordynatorem szpitala św. Rocha w Warszawie.

Zmarli: Dr Aleksander Tumpowski, autor szeregu prac z zakresu neurologii, w 41 r. ż.; praktykował czas dłuższy w Irkucku, później w Warszawie; Dr Ludwik Zbierzchowski, w Ojcowie w 42 r. ż.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w czerwcu 1910. (Dokończenie).

Nasze Zdroje: K. Krzyżanowski: Odezwa kom. przem. lekarskiej i sprawozdanie z posiedzenia tejże komisyi z referatem Dra Bandrowskiego »O zdrojowiskach«. — Loebel: Wzorowe dobywanie i przetwarzanie borowiny. — Jarosiński: Notatki z wycieczek balneologiczno-turystycznych po kraju. — Bandrowski: Akcya rządu dla zwiększenia ruchu przyjezdnych. — Albinowski: Vestigia polonica in Thermis ceticis ad Vindobonam. — Flis: O potrzebie stałej wystawy zdrojowisk. — Bandrowski: Nowe zdrojowisko polskie w Delatynie. — Albinowski: Aktualne zagadnienia w zakresie zwiększenia ruchu przyjezdnych. — Lesław Gluziński: Pierwszorzędne wskazania dla Krynicy jako przodownicy zdrojowisk polskich. — J. Bandrowski: Jubileusz 25-lecia Dra H. Ebersa.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

Ogłoszenie płatne. (Naśladownictwo zastrzeżone).

I. Zdrojowiska krajowe:

Iwonicz.

Dr **Turzański Grzegorz Jarosław**, lekarz zakładowy.

Krynica.

Dr **Cercha Maksymilian**, („Domek Szwajcarski“).

Dr **Dębicki Klemens**, „Pod Jeleniem“.

Dr **Lewicki Stanisław**, b. asystent kliniki położ. ginek. Uniwersytetu lwowskiego.

Dr **Pruszyński Jan**, Docent Uniw. lwow. Dom Zdrojowy.

Rabka.

Dr **Lang Otokar**, Willa „pod Luboniem“.

Dr **Supiński E.**, lekarz zdrojowy.

Szczawnica.

Dr **Hammerschlag Rudolf**.

Dr **Gorski Xawery**, b. lekarz zakładowy (zimą w **Abacyi**).

Dr **Kolączkowski**, ord. i prowadzi pensyonat hidropatyczny.

Dr **Kruszyński Kazimierz**, Radca cesarski.

Truskawiec.

Dr **Pelczar Zenon**.

Dr **Praschil Tadeusz**, lekarz zakładowy.

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Bad Hall (w górnej Austryi).

Dr **Feuerstein Leon**, Villa „Söllradl“.

Baden pod Wiedniem.

Dr **Kümmerling Henryk**, lekarz zdrojowy, Renngasse 3.

Cieplice Trenczyńskie.

Dr **Filipkiewicz Stefan**, lekarz zakładowy.

Franzensbad.

Dr **Przybylski Stan.** Palast Hotel. Wejście od Kirchenstr.

Dr **Steinsberg Leopold**, we własnym zakładzie leczniczym, (Willa Dra Steinsberga).

Dr **Zeitner Józef**, Kirchenstr. Villa „Stadt Paris“.

Gleichenberg.

Dr **Bulikowski**, Radca ces., Villa „Höflinger“ IV.

Karlsbad.

Dr **Obmiński Ksawery**, objął od 1 czerwca b. r. zakład dla elektr., wibracyi i masażu po śp. Drze Kaufmanie. „Maltaserritter“.

Kissingen (w Bawaryi).

Dr **Chłapowski F.**, Radca san. Prinzregentenstr. 1, tamże pensyonat dyetetyczny własny.

Dr **Maciejewski**, Sanatorium „Quo vadis“ Ludwigstr. 16.

Doc. Dr **Modrakowski J.**, Villa „Elsa“.

Marienbad.

Dr **Eichhorn Ferdynand**, ord. jak dotychczas Dom „Mozart“.

Dr **Jasinicka Marya**, Schloss Heilbronn, Kaiserstrasse.

Dr **Kwiatkowski Stanisław Benedykt**, ordynuje od 1 maja do 1 października „Haus Hamburg“.

Dr **Z. Szczepański**, od 20 maja „Haus Schiller“.

Rok XLIX. Kraków, dnia 16. lipca 1910. Nr 29.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Problemat dziedziczności w patologii.

(Podług wykładu na uroczystem posiedzeniu Wydziału lekarskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu w dniu 17. kwietnia 1909).

Napisał

Prof. Dr Karol Klecki.

(Ciąg dalszy).

Łożysko przepuszcza atoli w stanach zakaźnych nietylko zarazki, krążące we krwi matki, ale podobnie, jak w stanach toksycznych przepuszcza ono związki ołowiu, arsenu, fosforu, jodek i bromek potasu, makowiec, atropinę, strychninę, chininę i inne trucizny, tak samo tutaj przepuszcza ono krążące we krwi matki toksyny mikrobów, które doprowadzone do płodu ustrój jego zatruwają. Wprawdzie w stanach toksycznych matki może dochodzić do ustroju płodu stosunkowo mniej jadu, niż krąży we krwi matki, jak to wskazują doświadczenia Savoryego, w których po zatruciu zwierząt ciężarnych strychniną matka padała, płód zaś znosił to zatrucie, jednakże w stanach zakaźnych przechodzi do płodu częstokroć taka ilość nie osłabionego jadu, że powstają stąd w jego ustroju wybitne zmiany patologiczne. Wogóle zatrucie płodu jest sprawą groźniejszą, niż analogiczne zatrucie ustroju dojrzałego, z tego powodu, że czynność obronna nerek jest u płodu słabsza, niż po urodzeniu, a wobec tego, że glikogen, który jest w jakimś dotychczas bliżej jeszcze nie poznanym związku z czynnością antytoksyczną wątroby, gromadzi się w tym narządzie dopiero w drugiej połowie ciąży, należy przypuszczać, że i ochrona od zatrucia, jaką w późniejszem życiu daje wątroba, w pierwszej połowie życia płodowego odpada. Impregnacya płodu przez toksyny mikrobów, krążących we krwi matki, wywołuje zaburzenia odżywcze płodu, wady w jego rozwoju i jego obumarcie, co pociąga za sobą poronienie, jak to widać z doświadczeń Charrina i Gleya, którzy zatruwali królice ciężarne jadami zarazka ropy błękitnej. Nawiasem wspomnę, że tak samo, jak jady mogą przechodzić z matki na płód, mogą one, jak to wykazali Charrin i Gley, oraz Charrin i Nobécourt, przechodzić z płodu do ustroju matki i zatruć go.

We wszystkich stanach zakaźnych matki, w których płód cierpi wskutek zadziałania nań toksyn mikrobów, doprowadzonych do jego ustroju przez łożysko, sprawa polega na t. zw. zatruciu łożyskowem, a z dziedzicznością niema ona równie, jak i zakażenie łożyskowe, nic wspólnego.

W sprawach zakaźnych rodziców stan patologiczny płodu może być dziedzicznym jedynie wówczas, gdy wskutek choroby rodziców ich komórki rozrodcze jeszcze przed zapłodnieniem ulegają takim zmianom, że stąd wynika stan patologiczny powstałego z nich zarodka. Pierwszy przykład takiej dziedziczności patologicznej w sprawach zakaźnych podał jeszcze Pasteur, który zauważył, że z niezakażonych jajek jedwabników, zakażonych zarazkiem pebryny, powstają młode owady, zarazkiem tym wprawdzie nie zakażone, ale okazujące wybitne usposobienie do zakażenia pebryną. Pasteur zauważył także, że w innej chorobie jedwabników, t. zw. flacheryi, przekazuje się dziedzicznie osłabienie przewodu pokarmowego. Otóż takie usposobienie chorobowe lub też osłabienie płodu w tym, czy innym kierunku jest w danym przypadku skutkiem uszkodzenia komórek rozrodczych, a względnie plazmy zarodkowej, a zatem sprawą dziedziczną. Możnaby wprawdzie w myśl poglądów Weismana zarzucić, że w stanach zakaźnych czynnik chorobotwórczy, działający na komórki somatyczne, działa równocześnie bezpośrednio i na plazmę zarodkową. Atoli zarzut ten w tym przypadku nie opierałby się na pewnych podstawach, a z równem, jeżeli nie większem, prawem wolno nam twierdzić, że w wielu sprawach zakaźnych, zwłaszcza takich, które pierwotnie są usadowione poza narządami rodnymi, szkodliwy wpływ na komórki rozrodcze może być tylko wtórnym, a zarazem zawisłym od stanu komórek somatycznych, jednem słowem wpływem pośrednim, czyli dziedzicznym.

W oświetleniu powyższych wywodów sprawa dziedziczności w gruźlicy przedstawia się w następujący sposób.

Gruźlica, jakkolwiek rzadko, może być niewątpliwie chorobą wrodzoną; świadczy o tem kilkadziesiąt pewnych przypadków gruźlicy płodów, oraz noworodków ludzkich i zwierzęcych, w których stwierdzono gruzełki, a względnie obecność prątków gruźlicy. W tym względzie niestety tylko materyał anatomo-patologiczny jest rozstrzygający, gdyż próba tuberkulinowa, jakoteż i serodyagnostyka stale tu zawodzą: według Schreibera, Hutinda i Toleda próba tuberkulinowa u noworodków rodziców gruźliczych daje zawsze wynik ujemny, a serodyagnostyka zawodzi tu również, zdaniem Descosa z powodu własności aglutynacyjnych surowicy dzieci, innych, jak u osób dorosłych. W gruźlicy ojca, gdy narządy rodne są zdrowe, nasienie nie zawiera prątków gruźlicy (Cornet); w tych zaś przypadkach, w których prątki Kocha znajdują się w nasieniu, nie jest rzeczą stwierdzoną, czy mogą one istotnie zakażać plemniki. Gaertner wstrzykiwał świnkom morskim do jąder prątki gruźlicze, oraz wywoływał zakażenie ogólne wielką ilością tych prątków u samców świnek morskich; mimo to, że nasienie tych zwierząt zawierało prątki gruźlicze, ani jedna z młodych świnek, spłodzonych przez takich samców, nie okazała gruźlicy wrodzonej, gdy tylko samiec był gruźliczy, a samica zdrowa.

M. Koch i Rabinowitsch stwierdzili obecność prątków gruźlicy w jajach ptasich, ale gruźlicy piskląt, powstałych z takich jaj, również nie stwierdzono. A zatem zakażenie zarodkowe w gruźlicy nie jest dotychczas rzeczą dowiedzioną.

Natomiast w gruźlicy wrodzonej wielką rolę musi odgrywać zakażenie łożyskowe, prątki gruźlicy przechodzą bowiem przez łożysko; zwłaszcza w takich przypadkach, w których powstają gruzełki w łożysku, ten sposób zakażenia płodu jest niewątpliwym. To też, jak to wszyscy badacze stwierdzają, dla zdrowia płodu znacznie groźniejszą jest gruźlica matki, niż gruźlica ojca; jednakże i gruźlica ojca ma tu wielkie znaczenie, mianowicie z tego względu, że ojciec może zakazić matkę, a matka płód. Dla płodów matek gruźliczych wielkie znaczenie musi mieć również zatrucie łożyskowe wytworami prątka Kocha; jasną bowiem jest rzeczą, że jeśli wytwory te krążą we krwi matki i przez to na cały jej ustrój szkodliwie wpływają, nie mogą one nie działać na płód, do którego ze krwią matczyną dochodzą. Już Arloing doszedł do przekonania, że taka impregnacya płodu jadem prątka gruźlicy stwarza u niego usposobienie do gruźlicy. Atoli sprawę tę oświetliły należycie dopiero doświadczenia Carrièrea, ogłoszone w roku 1900. Carrière zatruwał świnki morskie toksynami prątków gruźlicy, produktami i pozostałością przekroplenia bulionu, w którym hodował te prątki, oraz wyciągami toluolowym, eterowym i ksylolowym z prątków Kocha; okazało się, że najsilniej trująco działały produkty przekroplenia ciekłego podłoża prątków. Zatruwane świnki parzył Carrière ze sobą i badał pochodzące od nich potomstwo; pokazało się, że ilość miotów u takich świnek morskich zmniejszyła się, że często ich płody obumierały, a rzucone młode szybko ginęły, te zaś, które żyły dłużej, były wogóle słabsze, niż młode, pochodzące od rodziców zdrowych. Najsilniej cierpiały młode świnki morskie, gdy zarówno samiec, jak i samica były zatrute, już słabiej, gdy zatruta była tylko samica, a najmniej, gdy tylko samiec był zatruty. Najważniejszym zaś wynikiem tych doświadczeń było to, że młode, pochodzące od świnek zatrutych, okazywały znaczną wrażliwość na zakażenie prątkiem gruźlicy, innemi słowy były do tego zakażenia usposobione. Niezmiernie ciekawe w tym względzie są również doświadczenia Marmorka z r. 1907. Marmorek wstrzykiwał różnym świnkom morskim krew, wziętą ze zwierząt zakażonych prątkiem gruźlicy, zawierającą tego prątka w stanie osłabionym, a zatem o stosunkowo niewielkiej jadowitości. U świnek morskich, pochodzących od matek zdrowych, a nawet w słabym stopniu gruźliczych, nie wystąpiły po owem wstrzyknięciu żadne zmiany patologiczne; natomiast u świnek morskich, pochodzących od matek w wysokim stopniu gruźliczych, powstawała w tych warunkach wybitna gruźlica jamy brzusznej i płuc. Innemi słowy u zwierząt, pochodzących od matek wybitnie gruźliczych, a zatem usposobionych do gruźlicy prawdopodobnie wskutek swoistego zatrucia łożyskowego, jadowitość wprowadzonego do ustroju osłabionego prątka gruźlicy wzmagała się i wskutek tego powstawała u tych zwierząt ciężka gruźlica. Z doświadczeń Carrièrea i Marmorka wynika zatem, że usposobienie do gruźlicy potomstwa sprowadzić może zatrucie ustroju rodziców jadami prątka gruźlicy i że u osobników, usposobionych do gruźlicy, prątek Kocha wzmaga swą jadowitość. Zatrucie ustroju matki może działać na rozwijający się płód i wywołać w ten sposób jego zatrucie łożyskowe. Ale ta okoliczność, że pewne usposobienie do gruźlicy powstaje nawet wówczas, gdy tylko samiec jest zatruty, przemawia za tem, że obok zatrucia łożyskowego może tu wchodzić w grę także zatrucie, czy jakieś inne uszkodzenie plazmy zarodkowej, czy to ojca, czy matki. I tu oczywiście nasuwa się pytanie, czy to uszkodzenie plazmy zarodkowej jest bezpośrednie, od komórek somatycznych niezależne, czy też jest ono wtórne i dziedziczne. Rozstrzygnąć tego pytania z wszelką pewnością w dzisiejszym stanie nauki nie możemy, jednakże, jak to już wyżej zauważono, jesteśmy zupełnie uprawnieni przypuszczać, że istotnie zachodzi tu wtórne uszkodzenie plazmy zarodkowej, które do powstania usposobienia do gruźlicy przyczynić się może.

Z powyższego przedstawienia wynika, że wrodzone usposobienie do gruźlicy, a przekazanie zarazka gruźlicy przez matkę w życiu płodowem, względnie ewentualnie przez ojca jako zakażenie zarodkowe, są sprawami zupełnie od siebie niezależnemi. Przytoczona powyżej okoliczność, że usposobienie do gruźlicy przechodzi na potomstwo częściej z matki, niż z ojca, jak również wyniki doświadczeń Carrièrea przemawiają za tem, że usposobienie do gruźlicy powstaje głównie wskutek zakażenia łożyskowego; nie można atoli wyłączyć tu i czynnika dziedzicznego, mianowicie wtórnego uszkodzenia plazmy zarodkowej rodziców, wywołanego również przez pierwotne zatrucie ustroju rodziców toksynami prątka gruźlicy. Najbliższym prawdy wydaje się przeto pogląd, że usposobienie do gruźlicy jest własnością wrodzoną, głównie nabytą w życiu płodowem, a może w części i dziedziczną, właściwe zaś zakażenie prątkiem Kocha przychodzi ze świata zewnętrznego, jako sprawa w późniejszem życiu nabyta.

Usposobienie do gruźlicy polega głównie, jak to twierdzi wielu patologów, na szczególnej skłonności tkanek do rozpadu serowatego pod wpływem prątka gruźlicy; obok tego należy uwzględnić okoliczność, wynikającą z doświadczeń Marmorka, że u osobników do gruźlicy usposobionych jadowitość prątka Kocha się potęguje. U osobników do gruźlicy usposobionych powstają atoli obok skłonności do swoistego zserowacenia tkanek jeszcze różne zaburzenia odżywienia, oraz wady rozwojowe, jakie powyżej już wyszczególniono. Ze wszystkich tych zmian najpospolitszą jest niewątpliwie szczególna budowa klatki piersiowej, o której wyżej była mowa. Ponieważ usposobienie do gruźlicy przekazuje dzieciom najczęściej matka, słusznem wydaje się przypuszczenie, że owe zaburzenia i zmiany patologiczne w stanie tym spotykane, są głównie skutkiem zatrucia łożyskowego. Na tej samej podstawie wolno wnosić, że i inne zmiany, spotykane u potomstwa osób gruźliczych, n. p. wrodzone wady serca, zwłaszcza stosunkowo często powstające tu zwężenie ujścia żylnego lewego, są również skutkiem zatrucia płodu toksynami prątka Kocha, krążącemi we krwi matki.

Usposobienie do gruźlicy jako stan wrodzony występuje jednak nietylko u potomstwa rodziców gruźliczych. Już wyżej zauważono, że powstaje ono również u potomstwa alkoholików i zakażonych kiłą. Jest to zatem stan, który powstaje niekoniecznie wskutek zadziałania swoistych toksyn na płód, czy też bezpośrednio lub pośrednio na plazmę zarodkową rodziców, ale i wskutek działania innych, nie swoistych czynników szkodliwych. Sprawa dziedziczności usposobienia do gruźlicy w powyższych przypadkach przedstawia się tak samo, jak u potomstwa rodziców gruźliczych, mianowicie może tu wchodzić w grę dziedziczność, o ile plazma zarodkowa rodziców cierpi wtórnie wskutek stanu patologicznego komórek somatycznych, obok tego zaś może tu zachodzić śródmaciczne uszkodzenie płodu, ułatwiające, czy to przez zaburzenia odżywcze, czy też przez osłabienie energii życiowej komórek płodu rozwój prątka Kocha, który się doń dostanie, i przez to wywołujące usposobienie do gruźlicy wprawdzie wrodzone, ale nabyte, podobnie jak i w późniejszem życiu może powstać usposobienie do gruźlicy jako stan nabyty wskutek zadziałania na ustrój różnych czynników szkodliwych.

Sprawa dziedziczności kiły jest jeszcze mniej jasna, niż dziedziczności gruźlicy, a to dlatego, że, jak wiadomo, dopiero niedawno poznano mikroba, który według wszelkiego prawdopodobieństwa jest swoistym zarazkiem kiły, i że jest to choroba, której wywołanie u zwierząt napotyka na wielkie trudności, tak że doświadczeń laboratoryjnych w tym względzie dotąd nie posiadamy, a wiadomości nasze opierają się tylko na spostrzeżeniach lekarskich.

Ze spostrzeżeń tych wynika, że zarówno ojciec, jak i matka, mogą przekazać kiłę potomkowi. Jeśli tylko ojciec jest chory, a matka jest zdrowa, płód zazwyczaj obumiera

i matka go roni; płód w takich przypadkach może matkę zakazić, niekiedy jednak może on nie zakazić matki, a nawet ją uodpornić na kiłę (prawo Collesa). Gdy tylko matka jest kiłą zakażona, a ojciec jest zdrowy, dziecko może być kiłą dotknięte, mianowicie gdy zakażenie matki nastąpiło przed poczęciem, albo już w ciąży, przed 7-mym jej miesiącem, przyczem choroba płodu może być cięższa, niż choroba matki, a usadowienie jej może być inne, albo też dziecko może być na kiłę uodpornione według prawa Profety, od którego zresztą dość często zdarzają się wyjątki, to jest dziecko może być wprawdzie zdrowe, ale na kiłę bynajmniej nie uodpornione.

W ciągu ostatnich lat wykazano u osób kiłą dotkniętych obecność krętka bladego zarówno w jądrach, jakoteż w jajnikach, i to w pęcherzykach Graafa; wykazano go również w tkankach płodów, niekiedy nawet w bardzo wczesnych okresach ich rozwoju. Wobec tego że kiła wrodzona może wystąpić i wówczas, gdy tylko ojciec jest chory, możliwą jest rzeczą, że powstaje tu, przynajmniej w niektórych przypadkach, zakażenie zarodkowe. Również możliwem jest tu w przypadkach, gdy matka jest chora, zarówno zakażenie, jakoteż i zatrucie łożyskowe. Nadto, zarówno w chorobie ojca, jak i matki, a tembardziej obojga rodziców, możliwem jest uszkodzenie zarodkowe, powstałe wskutek zadziałania czynnika chorobotwórczego na plazmę zarodkową w narządach rodnych jednego z rodziców, czy też ich obojga. Czy to działanie jest tu bezpośrednie, od stanu komórek somatycznych niezależne, czy też wtórne, pośrednie, a więc dziedziczne, orzec z pewnością i w tym przypadku nie można. Tak samo nie da się powiedzieć, czy nieswoiste zmiany, jakie u potomstwa chorych na kiłę spotykamy, są zmianami we właściwem znaczeniu dziedzicznemi, czy też są skutkiem bezpośredniego zadziałania czynnika chorobotwórczego na plazmę zarodkową, a względnie zatrucia łożyskowego płodu, a więc zmianą nabytą.

Co do powstawania trądu, jaki rodzice przekazują potomstwu, wiadomości nasze są jeszcze mniejsze, niż w powyżej omówionych dwu sprawach zakaźnych. Z badań Klingmüllera i Webera, oraz Kalindera wiadomo, że u trędowatych swoisty zarazek może się znajdować w nasieniu, oraz gruczołach rodnych zarówno męskich, jakoteż i żeńskich, i to nawet wówczas, gdy narządy te żadnych dających się wykazać zmian anatomo-patologicznych nie przedstawiają. A zatem nie można tu wyłączyć zakażenia zarodkowego, jakkolwiek według wszelkiego prawdopodobieństwa i w trądzie wrodzonym choroba może powstać podobnie, jak w gruźlicy i kile, w inny sposób, mianowicie wskutek zakażenia łożyskowego, a zatrucie łożyskowe, oraz uszkodzenie zarodkowe bezpośrednie, czy pośrednie, do powstania choroby również przyczynić się mogą. Dowodu, by trąd wrodzony był sprawą dziedziczną, podobnie jak w powyżej omówionych zakażeniach, nie posiadamy.

W zatruciach, zwłaszcza przewlekłych, łożyskowe zatrucie płodu może niewątpliwie odbić się szkodliwie na jego rozwoju i zdrowiu w dalszem życiu. Atoli okoliczność, że przewlekłe zatrucie ojca, zwłaszcza alkoholem, którego działanie na potomstwo jest ze wszystkich jadów, wywołujących zatrucie przewlekłe, najlepiej poznane, zupełnie wystarcza do powstania u potomka poważnych zaburzeń czynnościowych, a nawet zmian anatomicznych, wskazuje, że w tym przypadku uszkodzenie plazmy zarodkowej niezmiernie wielkie ma znaczenie. Czy uszkodzenie to jest tutaj bezpośrednie, co ze względu na szybkość, z jaką wprowadzony do ustroju wyskok zostaje wchłonięty i doprowadzony przez krew do różnych narządów, wydaje się rzeczą zupełnie możliwą, czy też uszkodzenie plazmy zarodkowej powstaje wskutek pierwotnych zaburzeń i zmian w komórkach somatycznych, a więc czy to uszkodzenie jest dziedzicznem, czy wreszcie zachodzi tu zarówno jedno, jak i drugie, i tutaj rozstrzygnąć nie można.

Zjawiska telegonii czyli impregnacyi są jeszcze, jak to już zaznaczyłem, niezupełnie jasne. Bernard tłómaczył je przez niezupełne zapłodnienie jajek w otoczeniu jajka zapłodnionego. Według Boucharda zachodzi tu impregnacya matki przez wytwory pierwszego płodu, która odbija się na późniejszem potomstwie. Correns sądzi również, że tu zachodzi jakiś wpływ płodu na matkę; nie może tu zachodzić, jego zdaniem, bezpośredni wpływ plemników na ustrój matki, gdyż te działać mogą tylko na jajko. Jeżeli przyjąć tłómaczenie Boucharda lub Corrensa, zjawisko impregnacyi sprowadzałoby się do przekazania dziedzicznego potomstwu własności nabytej, wskutek zmiany w plazmie zarodkowej matki, powstałej pośrednio, jako odbicie się w plazmie tej stanu ogólnego ustroju; niepodobna bowiem przypuszczać, by płód, czy jego wytwory mogły działać bezpośrednio na plazmę zarodkową ustroju matczynego.

Powyżej przytoczone spostrzeżenia, poczynione przez różnych biologów z życia różnych zwierząt, oraz z hodowli zwierząt domowych, przemawiające za dziedziczeniem się własności nabytych, wartości ścisłego dowodu w tym względzie nie przedstawiają, możliwą bowiem jest rzeczą, że odnoszące się tu zjawiska sprowadzają się, jak to uważa Weismann, bądź do atawizmu, bądź do skutków doboru płciowego, dokonanego z pożytkiem dla gatunku w danym kierunku.

Przytoczone powyżej doświadczenia, przemawiające za dziedziczeniem się własności nabytych, tezy tej również ściśle nie dowodzą, zwłaszcza przy uwzględnieniu tych poglądów Weismanna, które wydają się zupełnie słuszne. W doświadczeniach bowiem z dziedziny botaniki, w których działały na ustrój roślin czynniki fizyczne, czy klimatyczne, niepodobna wyłączyć bezpośredniego ich działania na plazmę zarodkową. Doświadczenia Standfussa i Fischera, które niewątpliwie bardzo silnie przemawiają za dziedziczeniem się własności nabytych, przedstawiają również tę słabą stronę, że czynnikiem sprowadzającym u motyli zmianę skrzydeł była ciepłota, która, jak to zresztą sam Fischer przyznaje, mogła była działać bezpośrednio na ich plazmę zarodkową; Weismann zaś sądzi, że w doświadczeniach tych przejawia się tylko atawizm, a względnie selekcya zarodkowa. Doświadczenia M. Chauvin na aksolotlach, oraz doświadczenia Kammerera na salamandrach, przemawiające również bardzo silnie za dziedziczeniem się własności nabytych, są podobne do poprzednich o tyle, że i tutaj czynniki sprowadzające zmianę, były czynnikami fizycznymi. Lecz w tych doświadczeniach trudniej jest, niż w innych, przypuścić, by działanie ich było zwrócone bezpośrednio na plazmę zarodkową; wydaje się zaś bardziej prawdopodobnem, że zadziałanie na plazmę zarodkową odbywało się tu za pośrednictwem komórek somatycznych, czyli że zmiana nabyta stała się tu dziedziczną. Słabszą zaś stronę tych doświadczeń stanowi ta okoliczność, że zmiana w ustroju zwierząt, jaką sztucznie sprowadzano, a która przekazywała się potem dalszym pokoleniom, miała niewątpliwie tło atawistyczne.

Doświadczenia Cunnighama na rybach płaskich mają tę słabą stronę, że czynnikiem sprowadzającym zmianę, było światło. W doświadczeniach Férégo, w których alkoholizował on jaja kurze, niepodobna wyłączyć tej okoliczności, że jad mógł tu bezpośrednio zadziałać na plazmę zarodkową. Doświadczenia, w których okaleczano zwierzęta wyższe i badano skutki zmiany stąd powstałej dla ich potomstwa, nie przyczyniły się zupełnie do wyświetlenia spornej sprawy dziedziczenia się własności nabytych. To, że okaleczenia, czy odjęcie części zewnętrznych nie sprowadzały zmian dziedzicznych, bynajmniej przeciwko dziedziczeniu się własności nabytych nie świadczy, albowiem nie wydaje się rzeczą konieczną, by zmiany, sprowadzone w ustroju dorosłym w takich jego częściach, które nie są do życia koniecznie potrzebne, i które poważnego zaburzenia w całym ustroju nie wywołują, musiały się odbić w jego plazmie zarodkowej. Jak to słusznie zauważa Rignano, amputacya nie stanowi jakiegoś wpływu, do którego tylko ewen-

tualne przystosowanie się mogłoby się dziedziczyć, ale jest skutkiem takiego wpływu, czy zadziałania na ustrój, Semon zaś podnosi, że w ustroju jest jakby siła, przeciwdziałająca brakom w nim powstałym, ujawniająca się w dalszych pokoleniach jeszcze silniej, niż u osobnika uszkodzonego; wyrazem tej siły jest u zwierząt niższych zdolność odradzania sztucznie odjętej części, u zwierząt wyższych zaś sprawy regeneracyjne, występujące przy gojeniu się ran, oraz zdolność płodzenia potomstwa prawidłowego, danego braku nie okazującego.

Doświadczenia Brown-Séquarda nad padaczką, sztucznie wywołaną u świnek morskich, również dziedziczenia się własności nabytych ściśle nie dowodzą. Baumgarten czyni doświadczeniom tym zarzut, że czynnik szkodliwy działał w nich równocześnie na komórki somatyczne, oraz na plazmę zarodkową. Ale pomijając nawet ten pogląd, którego podstawy zresztą bynajmniej nie są pewne, nie można doświadczeń Brown-Séquarda uważać za rozstrzygające w danej sprawie już dlatego, że napady padaczkowe zupełne nie występują bynajmniej stale u świnek morskich, operowanych sposobem Brown-Séquarda; sam Brown-Séquard, gdy powtórzył swoje doświadczenia, przeprowadzone poprzednio w Paryżu, w Ameryce Północnej, nie mógł wywołać u miejscowych świnek morskich zupełnych napadów padaczkowych, co później starał się wytłómaczyć odmiennym klimatem Ameryki Północnej, oraz odrębnością rasy tamecznych świnek morskich. Ziegler już w r. 1885 słusznie podniósł, że świnki morskie, przez długi szereg pokoleń hodowane w naszych zakładach naukowych, są zwierzętami o układzie nerwowym przeczulonym i osłabionym, u których zarówno drgawki jakoteż i inne zaburzenia nerwowe niezmiernie łatwo powstają, tak, że jest bardzo trudno w danym przypadku orzec, co na karb dziedziczności, a co na karb indywidualnej wrażliwości nerwowej zwierzęcia położyć. Późniejszy zarzut Sommera, że te zmiany, jakie występują u potomstwa świnek morskich operowanych podług Brown-Séquarda, nie stanowią właściwej padaczki, ale są skutkiem wpływu, jaki operacya wywiera na cały ustrój zwierzęcia, a przez to i pewnego osłabienia jego potomstwa, ze względu na sprawę dziedziczenia się własności nabytych ma tu mniejszą wagę.

(C. d. n.).

Z oddziału i kliniki laryngologicznej Prof. Pieniążka w Krakowie.

Dwieście siedemdziesiąt trzy przypadki twardzieli

leczone w latach 1894—1910

podał

Dr Antoni Pachoński
asystent kliniki.

(Ciąg dalszy).

W r. 1904 (25. V. do 4. VIII.) przepalono zrost strun, wycięto śródkrtaniowo guz twardzielowy z tylnej ściany krtani.

W r. 1905 (6. VII. do 27. VII.) laryngofisura i wycięcie wałowatych twardych zgrubień w dolnej części krtani.

Rok 1907 (8. V. do 20. VII.). Chora powróciła do kliniki ze znaczną dusznością i sinicą.

Krtań stosunkowo swobodna i tylko z przodu jest szpara oddechowa nieco zwężona przez naciek różowawy.

Tracheoskopia dolna: Tchawica w całości jednostajnie i obficie naciekła, zgrubienie klina podziałowego, naciek wejścia do obu oskrzeli. Po wyskrobaniu odma podskórna, obejmująca powieki, całą twarz, klatkę piersiową i część brzucha. Po kilku tygodniach odma zupełnie ustąpiła.

25. VI. druga tracheoskopia dolna i wyskrobanie resztek nacieków w tchawicy.

W r. 1908 (29. VI. do 24. VII.) powtórzono tosamo.

Rok 1909 (25. VI. do 21. IX.). Klin podziałowy zgrubiały, w obu oskrzelach płaskie nacieki, zacieśniające światło, wskutek czego powietrze trudno do płuc dochodzi. W krtani zmiany bliznowate, szpara wązka i chora przy zatkaniu kaniuli oddychać nie może.

Wyskrobanie obu oskrzeli, poczem powietrze dochodzi dobrze do dolnych części płuc, a do górnych słabiej. W miesiąc później wycięto przez przetokę zgrubienia ponad kaniulą i krtań rozszerzono rurkami Schröttera.

24. VIII. Częściowo wyskrobano łyżeczką ostrą a częściowo rozszerzono tracheoskopem z mandrynem znacznie zwężone wejście do lewego oskrzela.

9. IX. Wejście do lewego oskrzela silnie ściągnięte. Przy tracheoskopii dolnej rozszerzono wejście mandrynem, a zdarte przytem i zwisające kawałeczki błony śluzowej usunięto szczypczykami.

10. IX. Od wczoraj krwawienie. Krew sączy się punkcikami z klina podziałowego, jak również ze ściany bocznej lewego oskrzela. Wysmarowanie adrenaliną tłumi krwawienie tylko chwilowo. Przypalenie punkcików krwawiących długim elektrokauterem pozostaje bez skutku, bo nie widać wszystkich miejsc krwawiących. Co jakiś czas chora kaszle i wyrzuca po trochu krwi płynnej, ciemnej. Lód na mostek. Ergotyna.

12. IX. Od rana już niema krwawienia, stan ciągle bezgorączkowy, badaniem fizycznem klatki piersiowej tego dnia i w dniach następnych nie stwierdzono ognisk zapalenia aspiracyjnego.

W roku 1910 (10. III. do 28. IV.) tchawica na całej długości pokryta gładką blizną, oskrzele prawe dość szerokie, lewe silnie bliznowato ściągnięte, nigdzie nie widać świeżych nacieków. Rozszerzono oskrzele bronchoskopem, a bliznowato pościąganą krtań czopkami Thosta po częściowem wycięciu blizny na ścianie bocznej i tylnej przy wejściu do krtani od strony przetoki. W nosie, w całości twardym i wypełnionym szaro-białymi naciekami, nie podejmowano żadnych zabiegów z powodu znacznego osłabienia chorej.

Zabiegi lecznicze, jakie stosujemy przy twardzieli tchawicy i oskrzeli, przedstawiają się dość ubogo i w tych paru opisach, jakie powyżej przytoczyłem, niemal się wyczerpują. Świeże, obfite nacieki usuwamy ostrą łyżeczką przy tracheoskopii górnej lub dolnej, więcej płaskie lub ogniskowe zabiera już nawet tępy brzeg lejka tchawicznego. Krwawienie bywa przytem zazwyczaj zależne od rozległości zmian, czasami, zwłaszcza przy naciekach świeżych, silniej unaczynionych, dość znaczne, mija jednakże wkrótce po ukończeniu zabiegu, a tylko w dwu przypadkach utrzymywało się przez 2 i 3 dni, przyczem chore odkrztuszały często krew płynną. U żadnej z tych, ani u innych chorych nie nastąpiło aspiracyjne zapalenie płuc. Po wyskrobaniu nacieków rozszerza się tchawicę albo przez założenie na szereg dni, a nawet tygodni długiej elastycznej kaniuli Pieniążka, albo też u chorych nietracheotomowanych wprowadza się co kilka dni miękkie zgłębniki tchawiczne lub przy tracheoskopii górnej lejek tchawiczny z introduktorem, usuwając przy sposobności resztki dawnych lub świeże nacieki. Zmiany stare i blizny, wywołujące zgrubienie ścian tchawicy, występują nieraz do światła tchawicy jako fałdy po-

dłużne, jakby zwiotczałe ściany. Aby je odchylić i utrzymać w położeniu prawidłowem, trzeba długo i często wprowadzać zgłębniki elastyczne, lub lejki tchawiczne, a nawet wykonać tracheotomię i założyć na dłuższy czas długą kaniulę elastyczną. Poza tem leczenie ogranicza się do systematycznego wdychiwania 2% dwuwęglanu sodowego dla rozwilżenia i wysuszenia łatwo zasychającej wydzieliny.

Tracheo-bronchoskopię górną stosowano ogółem u 25 chorych, tj. u 12, którzy nie mieli żadnych zmian w krtani i u 13 z twardzielą krtani, bądźto dawniej tracheotomowanych i dekaniulowanych, bądźto leczonych śródkrtaniowo krwawo lub bezkrwawo. W tej liczbie uwzględniam tylko tych chorych, u których tracheo-bronchoskopii używaliśmy do celów leczniczych (rozszerzań) i do zabiegów operacyjnych, nie biorąc w rachubę tych, u których posługiwano się tą metodą tylko dla celów rozpoznawczych. Ogółem chorzy znosili zabiegi te dobrze przez całe dziesiątki minut, a wprowadzenie długiej nieraz rury tchawiczno-oskrzelowej jest szczególnie łatwe u chorych duszących się, zwłaszcza przy ponownych wprowadzeniach, kiedy chory nietyle się przyzwyczaił do tracheobronchoskopii, ile nauczył cenić ją jako jedyny środek, po którym bezpośrednio doznaje ulgi. Obrzmienie krtani po bronchoskopii i duszność taka, że musiano zaraz wykonać tracheotomię, zdarzyły się dwukrotnie u jednej chorej z twardzielą gardła (guziczek na łuku przednim prawym) i krtani (naciek strun prawdziwych i okolicy podgłośniowej, bez zwężenia, bezgłos), u której tracheobronchoskopię wykonano dla celów rozpoznawczych i u tej chorej poza tracheotomią nie było żadnych dalszych następstw. U innej jednak chorej skończyło się obrzmienie krtani po bronchoskopii śmiercią. Przypadek ten przedstawia się następująco:

Aniela P...., lat 20, żona wyrobnika z Dydni w Brzozowskiem. Przyjęta na klinikę 3. X. 1903.

Stan obecny: Nos: Rhinitis crustosa.

Gardło: Łuk tylny prawy w dolnej części wrzecionowato zgrubiały i zrośnięty z tylną ścianą gardła.

Krtań: Na tylnej części więzadła rzekomego prawego guzek wielkości groszku o powierzchni nierównej, barwy szarawej. Także guzek na przednim końcu więzadła rzekomego lewego i w kącie przednim pod więzadłami. Struny prawdziwe różowawe naciekłe. Pod niemi nacieki szarawe wystające poza brzegi strun i pozostawiające przedni kąt wolny. Zwężenie krtani średniego stopnia.

19. X. Wycięto śródkrtaniowo zgrubienia podwięzadłowe, poczem przy tracheobronchoskopii (Kiliana) stwierdzono rozległe nacieki twardzielowe tchawicy, w części środkowej więcej guzowate, miękkie, które wytwarzały tu znaczne zwężenie okrężne. Nacieki wyjęto szczypczykami, poczem oddech się poprawił. Po bronchoskopii obrzmienie obu fałdów nalewkowo nagłośniowych, większe po stronie prawej.

20. X. Obrzmienie fałdów ustąpiło, duszność, choć mniejsza, utrzymuje się. Tracheoskopia górna, wyskrobanie nacieków tchawicy, oddech swobodny.

30. X. Nacieki więzadeł rzekomych rozszerzają się, szpara głosowa wązka, duszność średniego stopnia.

12. XI. Szpara wązka prawie że linijna, brzegi nacieku nierówne, duszność znaczna. Chora nie zgadza się na tracheotomię.

13. XI. Po południu zwężenie wysokiego stopnia, i na zsiniałej, duszącej się chorej tracheotomia. Przecięto najpierw przerosły gruczoł tarczowy, a gdy poza nim, z powodu silnego krwawienia nie można było szybko odsłonić tchawicy, która była wygięta na stronę lewą, wykonano tyreotomię; miejsce zwężone krtani nie przepuszcza lejka; przedłużenie cięcia na tchawicę. Śmierć z uduszenia się.

Sekcya: Tchawica prawie do podziału na oskrzela zgrubiała; nacieków świeżych w postaci ziarniny niema; w miejscu wyskrobania blizna, Krtań cała zajęta naciekiem twardzielowym.

Poza samą śmiercią, jako fatalnem choć wyjątkowem następstwem zabiegów mechanicznych, uderza w tym przypadku nagłe bujanie nacieków twardzielowych w krtani; one bowiem właściwie były powodem silnej duszności, a nie obrzmienie odczynowe po bronchoskopii, gdyż to obrzmienie wystąpiło po pierwszem tylko badaniu w stopniu nieznacznym i wkrótce znikło. Bronchoskopia jednak i dalsze zabiegi zadziałały same na twardziel, jako silny bodziec mechaniczny, pod wpływem którego nacieki poczęły bujać w sposób wprost złośliwy, zajmując w krótkim przeciągu czasu całą krtań. Takie mechaniczne pobudzenie twardzieli do szybkiego bujania stwierdzono w klinice krakowskiej niejednokrotnie, a nauczeni doświadczeniem wkraczamy czynnie, zwłaszcza w krtani, tchawicy i oskrzelach, tylko wówczas, kiedy zachodzi istotna potrzeba, a więc głównie przy objawach duszności. W innych przypadkach, zwłaszcza gdy dolegliwości, na które się chory skarży, przedstawiają się jako zasychanie lub nieznaczna chrypka, ograniczamy się do wspomnianych już wdychań z 2% roztworu dwuwęglanu sody. Przy istnieniu np. nieznacznych wałeczków pod strunami głosowemi, których trwanie na podstawie wywiadów i zewnętrznych cech ocenić można na kilka, a nawet więcej miesięcy, może chory od stwierdzenia takich zmian przez nas nieraz jeszcze miesiące całe, wśród nieznacznych dolegliwości oddawać się swemu zajęciu, natomiast usuwając te zmiany nawet w zupełności, nie możemy choremu zapewnić większej pauzy w cierpieniu, a nadto, choć wprawdzie wyjątkowo, możemy go narazić na tracheotomię lub silniejsze szerzenie się twardzieli. Wzgląd ten odpada z chwilą wystąpienia zwężenia i duszności, a wtedy dokładnem i częstem usuwaniem nacieków świeżych staramy się uzyskać szybszą ich przemianę włóknistą.

Nacieki twardzielowe w oskrzelach usadawiają się najczęściej tuż przy ich początku. To miejsce zajmowała także opisana powyżej twardziel pierwotna oskrzeli u chorej Anny J. Dopiero przy dalszem rozrastaniu się posuwa się twardziel na oskrzela I. i II. rzędu, nie sięgając już dalej. Oczywiście trudno byłoby twierdzić to na podstawie samej tylko bronchoskopii, nawet przy tak znakomitem oświetleniu, jakie daje bronchoskop Brüningsa. Już bowiem przy twardzieli drugorzędnych oskrzeli jest bronchoskopia ogromnie utrudniona przez twardzielowe zwężenie światła i przez to, że chcąc dojść do tych dalekich gałęzi, trzeba sobie poprzednio torować drogę wśród pni grubszych, a krwawienie, choćby nieznaczne i tamowane już samym uciskiem bronchoskopu na ściany oskrzela, również utrudnia badanie. Wreszcie i dla oszczędzania chorego uciekamy się do takiego zabiegu dopiero w ostateczności, kiedy już duszącego się chorego nic innego ratować nie może. Ale i w przypadkach, które skończyły się śmiercią, nekroskopia również nie wykazała zmian w oskrzelach trzeciorzędnych. Kilka wyjątków z przebiegów choroby najlepiej objaśni szerzenie się twardzieli w oskrzelach i nasze przy tem postępowanie.

I. Wasyl P., lat 22, służący z Wierzbicy, urodzony w Rublaczynie pow. Rawa Ruska, leczony na klinice 1. IX. 1903 — 18. I. 1904.

Nos: Rhinitis atrophica.

Jama nosowo-gardłowa: Naciek blado-różowy, schodzący z boków gardła ku górnej powierzchni podniebienia miękkiego, które podciąga ku górze.

Krtań bez zmian.

Tchawica: Na tylnej i prawej ścianie na wysokości szóstej chrząstki naciek o powierzchni guzowatej wielkości 10 halerzówki. Klin podziałowy (Bronchoskopia górna Kiliana) zgrubiały, nacieknięty. Wejście do oskrzela lewego szczelinowate. Guz usunięto ostrą łyżeczką.

Szmery oddechowe po stronie lewej klatki piersiowej osłabione.

9. XI, Bronchoskopia Kiliana: Guza tchawicy nie widać, wprowadzenie bronchoskopu do lewego skrzela trudne.

1. XII. Bronchoskopia: Klin podziałowy zgrubiały, widać tylko jego górną powierzchnię i jedną boczną przechodzącą w przyśrodkową ścianę oskrzela prawego. Wejścia do oskrzela lewego wcale nie widać, wydaje się jakby ściana lewa tchawicy przechodziła wprost w klin podziałowy. Ściany oskrzela prawego zgrubiałe, w głębi zwężenie szczelinowate. Po bronchoskopii oskrzele prawe rozszerzyło się, a wejście do lewego stało się widoczne.

15. I. Bronchoskopia Kiliana: Prawe oskrzele zupełnie prawidłowe, widać jego podział na gałęzie drugorzędne; klin podziałowy znacznie zgrubiały. Wejście do lewego oskrzela nieco zwężone. Oddech zupełnie wolny, powietrze dochodzi do obu płuc jednakowo. 18. I. chory opuszcza oddział. Dalsze losy nieznane.

II. Katarzyna B., lat 40, żona rolnika z Wysokiej pow. Strzyżów, 12. X. 1903 — 14. V. 1904.

Chrypka od lat czternastu, w ostatnich miesiącach duszność.

Nos: Rhinitis atrophica.

Gardło: bez zmian.

Krtań: Wejście do krtani prawidłowe, struny rzekome tworzą w przedniej 1/3 długości pletwę. Na jej górnej powierzchni guziczek twardzielowy, takiż w okolicy szypułki nagłośni (petiolus epiglottidis).

Zwężenie nieznaczne, a mianowicie wydech jest nieco przedłużony.

Płuca: Po obu stronach objawy nieżytu oskrzelowego suchego — świsty i gwizdy. Po stronie lewej szmery oddechowe wyraźnie osłabione.

2. XI. Bronchoskopia górna (najpierw wprowadzono tracheoskop Pieniążka, a przez ten tracheoskop dopiero bronchoskop): klin podziałowy zgrubiały; wejście do oskrzela lewego szczelinowate; wejście do oskrzela prawego. szerokie, bez zmian. Samo oskrzele lewe zmian nie okazuje, widać jego dalszy podział na mniejsze gałęzie.

Po bronchoskopii z powodu oderwania brzegiem bronchoskopu tkanki twardzielowej przy wejściu do oskrzela lewego, zwężenie tak podmiotowo, jak i przedmiotowo zmniejszyło się.

6. XI. Bronchoskopia.

7. XI. Szmery oddechowe po obu stronach jednakowego natężenia, objawy suchego nieżytu oskrzeli utrzymują się.

1. XII. Bronchoskopia: klin podziałowy nieznacznie zgrubiały; oskrzele prawe prawidłowe, widać jego podział; wejście do oskrzela lewego szczelinowate, bronchoskop wchodzi tylko z trudem. Oddech po skończeniu zabiegu nieznacznie utrudniony, po stronie lewej nieco słabszy.

16. XII. Przecięcie pletwy między strunami.

15. I. Bronchoskopia: Klin zgrubiały; oskrzele prawe wydaje się okrężnie zwężone, atoli nacieków na jego ścianach nie widać. Oskrzele lewe: wejście szczelinowate, samo zaś oskrzele wyraźnie okrężnie zwężone, i już podziału jego na boczne gałęzie nie widać.

23. II. Bronchoskopią stwierdzono jeszcze ciągle ten sam stan w oskrzelu lewem.

Dopiero przy dalszych bronchoskopiach, w następnych trzech miesiącach, co parę tygodni przedsiębranych, rozszerzono stopniowo zwężenie oskrzela rurami lub mandrynem do tego stopnia, że ostatecznie podział jego na boczne gałęzie znowu stał się widocznym, duszność ustąpiła, szmery oddechowe słyszało się na klatce piersiowej dość słabo, ale w jednakiem nasileniu, a świsty i furczenia pozostały.

Od tego czasu chora już się na klinikę nie zgłaszała.

Dopisek w korekcie: W przypadku twardzieli krtani u Wiktoryi L... (Nr 27 »Przeglądu«), usunięcie kaniuli wykonano już w roku 1882, a nie dopiero 1890.

(Dokończenie nastąpi).

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Prof. Seydel. **O nadawaniu się do operacyi nowotworów płuc i opłucnej.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 9). Przy rozpoznawaniu guzów płuc spotykamy wielkie trudności, albowiem często niema żadnych typowych objawów, lecz tylko ogólne (wychudzenie) lub też objawy ucisku narządów sąsiednich. Rozpoznanie ułatwia nakłucie próbne (uczucie ciała twardszego w płucu) i prześwietlanie rentgenowskie. Plwocina czasem bywa dość znamienna, podobna do galarety malinowej (Stocks) lub zawiera kulki tłuszczu i komórki olbrzymie z wakuolami. Operacyjnie usunąć można bardzo dużo tkanki płucnej, a u zwierząt udawało się usuwać nawet całe płuco. Przestrzeń pusta wypełnia się przez zapadnięcie żeber, rozedmę drugiego płuca i przesunięcie serca i śródpiersia.

W płucach i opłucnej spotykamy nowotwory pierwotne (16·8%), przechodzące z sąsiedztwa (9·8%), a najczęściej przerzutowe (73·4%). Do operacyi nadają się oczywiście tylko nowotwory pierwotne, czasem także nowotwory przeszłe z sąsiedztwa (n. p. nowotwory żeber, sutka i t. p.) Przerzuty w płucacach tworzą najczęściej nowotwory śródpiersia, gruczołu tarczowego, sutka i skóry. Łagodne nowotwory płuc (włókniaki, zwykle mnogie, chrząstniaki i t. p.) są bardzo rzadkie; bywały już z pomyślnym skutkiem operowane. Pierwotne mięsaki płuc nadają się do operacyi w 26·9%, natomiast raki zaledwo w 9%, albowiem szczególnie raki bardzo szybko tworzą przerzuty. Raki występują w płucach zwykle u mężczyzn po 50. roku życia, nierzadko u osobników, cierpiących równocześnie na gruźlicę. K.

Hirschel. **Leczenie rozlanego ropnego zapalenia otrzewnej zapomocą 1% olejku kamforowego.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 15). H. poleca podany przez siebie jeszcze w r. 1907 sposób leczenia rozlanego ropnego zapalenia otrzewnej zapomocą wprowadzania przy operacyi olejku kamforowego, a to na zasadzie badań Glimmsa, który wykazał w doświadczeniach na zwierzętach korzystne działanie olejku, jak się zdaje, przez zatykanie dróg limfatycznych, a przez to zwolnienie wessania toksyn z otrzewnej do krwi. Sposób ten zastosował H. u 9 chorych, cierpiących na bardzo ciężkie rozlane ropne zapalenie otrzewnej; 5 wyzdrowiało, a 4 zmarło. Po otwarciu brzucha H. zaszywa przedziurawienia, o ile istnieją, wyciera ropę na sucho, a następnie wyciera 1% olejkiem wszelkie zaułki otrzewnej, zużywając do tego 100—300 grm ogrzanego jałowego olejku. Kamfora działa zarazem bardzo korzystnie na serce. H. wyraża zdanie, że jedynie rozprowadzanie jest uzasadnione, natomiast stosowanie na ograniczonem miejscu, n. p. zapomocą zwykłego wlania lub igłą strzykawki przez nakłucie lub z małego cięcia jest zupełnie bezcelowe. W przypadkach, sekcyonowanych w pewien czas

po operacyi, n. p. w jednym w 15 dni, wykazano zupełny brak zrostów, otrzewnę gładką i pokrytą warstewką tłuszczu. Höhne w ostatnich czasach poleca zapobiegawcze wstrzykiwania 30 cm³ 10% olejku przed operacyami, a korzystny wynik tego leczenia odnosi jedynie do podrażnienia otrzewnej i pobudzania sił ochronnych ustroju, odrzucając przypuszczenie, że korzystne działanie oleju polega na zatkaniu się nim dróg limfatycznych. K.

Van Roojen. **O wrzodzie trawiennym jelita czczego po gastroenteroanastomozie.** (Arch. f. klin. Chir. 1910, 91. II.). R. zebrał 12 przypadków z klinik holenderskich i 89 z literatury. Wrzód ten występuje dwa razy częściej po gastroenteroanastomozie przedniej, niż po tylnej i to w różnym czasie po operacyi (10 dni do 10 lat). Klinicznie rozróżnić się daje 5 postaci chorobowych: 1) wrzody przebiegające bez objawów i zwykle gojące się same przez się, 2) wrzody z objawami nieokreślonymi, 3) wrzody dziurawiące, 4) wrzody drążące w powłoki brzuszne i tam naśladujące guzy (najczęstsze), 5) wrzody przebijające do innych części jelita. K.

Hirschel. **Rzadki przypadek przedziurawienia wrzodu żołądka przy formie klepsydrowatej.** (Münch. med. Woch. 1910, Nr 12). Przy operacyi przedziurawionego wrzodu żołądka (przedtem chora nie miała żadnych objawów) znaleziono typowy żołądek klepsydrowaty; na granicy obu części żołądka znajdował się przedziurawiony wrzód. Wobec tego wycięto przewężenie, zaszyto ślepo obu części żołądka i połączono połowę wpustową z pętlą jelita cienkiego. Część odźwiernikowa pozostała ślepą. Wyleczenie. K.

Stern. **W sprawie guzów wewnętrznej zatoki biodrowej.** (Münch. med. Woch. 1910, Nr 12). U 17-letniego chłopca po silnym urazie pojawił się guz na prawym talerzu biodrowym, nie przesuwalny, rosnący zwolna. Guz był twardy i bolesny. W jednej z klinik rozpoznano mięsaka i uznano przypadek za nienadający się do operacyi. Natomiast Rehn, mimo wynędznienia chorego, ze względu na wystąpienie po urazie, wzrost i bolesność, rozpoznał podokostny krwiak talerza biodrowego z bujaniem tkanki kostnej na podniesionej okostnej, co operacya w zupełności potwierdziła. Wyleczenie. Różniczkowo wchodziły w rachubę: mięsak, tętniak, ropień, bąblowiec, chrząstniak i kostniak. K.

Pupovac. **W sprawie patologii i terapii ostrego zapalenia trzustki.** (Med. Klinik. 1910, Nr 12). Choroba ta występuje zwykle u ludzi tęgich, którzy rzekomo zapadali już często na kamicę żółciową. Zaczyna się nagle; wkrótce zjawiają się uporczywe wymioty żółciowe; ciepłota bywa prawidłowa, tętno bardzo szybkie. Na drugi dzień stan wybitnie się pogarsza, zjawiają się objawy niedrożności jelit, zapad, a w końcu śmierć. Bole z początku opisują chorzy jako błyskawiczne, przeszywające, idące w krzyże, potem lokalizują je więcej po stronie prawej, co wiedzie do mylnych rozpoznań zapaleń wyrostka robaczkowego. Zwykle chorzy są bardzo bladzi, kończyny zaś sine. Zmiany w stolcu i moczu są bardzo niestałe. Leczenie jest jedynie operacyjne i to jak najwcześniej, a polega ono na dokładnem odsłonięciu trzustki i tamponadzie. Przy operacyi znajdujemy wysięk surowiczo-krwawy, nastrzykanie otrzewnej, a w tkance tłuszczowej krezki i sieci plamki szaro-żółte, będące wyrazem martwicy tkanki tłuszczowej (działanie steapsyny). K.

Klose. **Nawykowe skręcenie ruchomej kątnicy, typowy obraz chorobowy.** (Münch. med. Woch. 1910 Nr 7). Ruchome jelito ślepe może być albo wyrazem ogólnego opadnięcia i zwiotczenia osady przewodu pokarmowego lub też być »ruchomem« z powodu wady rozwojowej. Ten drugi rodzaj zajmuje głównie chirurga. Bardzo często ruchome jelito ślepe nie daje żadnych objawów i spotyka się je przypadkowo dopiero na sekcyi. Natomiast w innych przypadkach objawy są typowe i wyraźne, a przedewszystkiem należy do nich nawykowe skręcanie się tegoż jelita, cechujące się kolkami peryodycznemi. Kolki te występują z początku co kilka miesięcy, potem coraz częściej, a poprzedza je wzdęcie i zaparcie stolca przez kilka dni. Napad kończy się biegunką. Z czasem wytwarzają się zrosty, wywołujące stałe bóle. Ból wśród napadu utrzymuje się $^1/_2$—6 godzin i towarzyszy mu silna bębnica, gdyż z czasem zastawka Bauhina staje się niedomykalną. Wśród napadu doznaje chory ulgi przez położenie się na stronę prawą, a nieraz nawet przy tem napad zostaje przerwany. Wielu z tych chorych operuje się z rozpoznaniem: przewlekłe zapalenie wyrostka robaczkowego. Przez powłoki nieraz daje się wyczuć aż ku linii środkowej przesuwalne jelito ślepe, wydające przy obmacywaniu wybitne kruczenie. Rozpoznanie uzupełnić może doskonale badanie promieniami Röntgena w seryach, wymaga ono jednak czasu (3 dni) i jest za kosztowne dla chorych. Już w 24 godzin okazuje się cień w jelicie grubem. Przy wzdymaniu osiąga się również ciekawe obrazy; nieraz powietrze wnika aż do jelit cienkich. Cierpienie to występuje tak u dorosłych, jak i u dzieci. Leczenie: jedynie operacyjne, a mianowicie śródotrzewne umocowanie jelita ślepego (przyszywa się boczną taśmę jelita do otrzewnej talerza biodrowego). Przed operacyą poleca się spokój, leżenie w łóżku, odpowiednią dyetę i t. p. K.

Alapy. **Niedrożność jelit u dzieci.** (Arch. f. klin. chir. 91. IV). U dzieci w razie niedrożności przewodu pokarmowego wchodzą w rachubę głównie 2 postacie chorobowe: zapalenie wyrostka robaczkowego i wgłobienie. Co do wgłobienia, to na zasadzie swego doświadczenia twierdzi A., że prawie zawsze udaje się przy operacyi wgłobienie rozsunąć, a wynik ujemny pochodzić może ze złej techniki rozsuwania. A. ujmuje część dolną w pełną garść i poprostu wyciska część wgłobioną, przez co zwykle część ta wychodzi bez żadnego nawet pociągania. Jedynie wyjątkowo uciec się należy do wycięcia i to wtedy także należy przedtem rozsunąć wgłobione części, by niepotrzebnie nie wycinać za wiele. Leczeniem wewnętrznem, t. j. próbami wewnętrznego rozsuwania, nie należy za długo się bawić, albowiem dzieci tracą prędko siły, potrzebne do operacyi. K.

Dermatologia i syfilidologia.

Schreiber i Hoppe. **O leczeniu kiły nowym przetworem arsenu (Ehrlich-Hata, Nr 606).** (Münch. med. Wochenschr. 1910, 27). Autorowie ogłaszają wyniki leczenia przypadków kiły świeżej dwuoksy-dwuamidoarsenobenzolem. Wrzody pierwotne okazywały już w 24 godz. po wstrzykiwaniu wyraźną skłonność do ustępowania, a mniej rozległe goiły się po 3—4 dniach. Plamy bladły już drugiego dnia, guzki przypłaszczały się szybko, a w 4 tyg. nie było z nich już ani śladu. Nawet u tych chorych, którzy nie znosili rtęci, dalej w przypadkach kiły złośliwej i późnej wynik był bardzo dobry. — Odczyn Wassermanna znikł z 52 przypadków w 92·3% do 50 dni; w większości przypadków odczyn był ujemny już w 14. dniu, najwcześniej po 4 dniach, najpóźniej po 70 dniach od czasu wstrzykiwania. Różnica ta zdaje się polegać na różnicy w szybkości wchłaniania się przetworu. — Stwierdzono następnie, że już w kilka dni po wstrzykiwaniu pojawiała się leukocytoza. Wydzielanie arsenu ustawało najczęściej już 5-go dnia, u chorych z obłędem z porażeniami trwało do 10 dni. Po wstrzykiwaniach do żył wydzielał się arsen szybciej moczem i przez jelita (Hoppe). — Autorowie kładą słusznie wielki nacisk na to, że na 300 chorych dotąd leczonych u żadnego nie spostrzegano objawów zatrucia. Dotąd wstrzykiwano średnio 0,0096 gr przetworu na kilogram wagi ciała, a badania wykazały, że dawką trującą dla zwierząt jest 0,15 gr na klgr. — Dawkę początkową 0,3—0,4 gr zwiększono obecnie do 0,6—0,7 gr, gdyż po dawkach początkowych występowały w pewnej liczbie przypadków nawroty choroby już po 4 tygodniach tak, że podejmowano

powtórne wstrzykiwanie. Przytem zmieniono i sposób wstrzykiwania, gdyż coraz więcej robi się obecnie wstrzykiwań do żył, zamiast pierwotnych miąższowych. Pociąga to za sobą i zmianę rozczynu, gdyż płyn użyty do wstrzykiwania musi być więcej rozcieńczony, a tem samem wstrzykuje się większą ilość płynu. Autorowie zastrzegają się zarazem, że, gdyby dotychczasowa dawka okazała się niewystarczająca, można użyć w przyszłości większej, gdyż granica toksyczności tego przetworu leży daleko od dawki dotąd używanej. — Przeciwwskazanie dla leczenia arsenobenzolem stanowią ciężkie schorzenia układu krążenia, nerek i oczu, jakoteż przypadki ogólnego wyniszczenia. — Zgodzić się trzeba z autorami, gdy twierdzą, że przetwór ten jest znacznym postępem w leczeniu kiły, niepodobna jednak, jak dotąd, orzec, czy »606« jest środkiem swoistym i działającym w duchu idei Ehrlicha (therapia sterilisans magna), jak to się okazało w innych zakażeniach krętkami (śpiączce afrykańskiej i durze powrotnym). Krzyształowicz.

Wechselmann W. **O leczeniu dioksydiamidoarsenobenzolem.** (Tow. lek. berl. 22. 6., 1910). W. przedstawił szereg chorych z kiłą świeżą, leczonych nowym przetworem arsenu (Hata-Ehrlich), których ma nadzieję przedstawić za 9—14 dni, jako zupełnie uleczonych. Obok tego przedstawił W. chorych, leczonych z powodu nawrotów kiły, z powodu kiły złośliwej i narządów wewnętrznych, wszystkich z bardzo pomyślnym wynikiem. Zazwyczaj wystarczało jednorazowe wstrzyknięcie przetworu w ilości 0,5—0,6 gr (początkowo 0,3), gdy jednak dawka nie była dostateczna, wyleczenie było niezupełne. Dawka musi być tak dostosowana, aby już następnego dnia nie można było znaleść krętków. W. zaznacza dalej, że odczyn Wassermanna znika powoli i że w żadnym przypadku nie było objawów zatrucia. Przetwór wydziela się z ustroju w zupełności do trzech dni.

W dyskusyi wypowiedział Prof. Alt zapatrywanie, że dotąd nie znamy w medycynie tak swoistego środka, jak przetwór Hata-Ehrlicha. Michaelis i Kromayer wspominali o przypadkach kiły, leczonych przez siebie w ten sposób z podobnie dobrym wynikiem. Kromayer stwierdził bardzo szybkie działanie w ciężkim przypadku łuszczycy.

Krzyształowicz.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie z d. 16. marca 1910.

Przewodniczący: kol. Sterling. Sekretarz: kol. Tomaszewski.

L. Przedborski: **Jakie usługi wyświadcza nowoczesna laryngo-ryno-otologia.**

Prelegent odczyt swój podzielił na 2 części. W pierwszej omówił postępy dyagnostyczne, w drugiej najnowsze zdobycze lecznicze. W części pierwszej uwydatnił wpływ i znaczenie kokainy, oraz całego szeregu środków miejscowo znieczulających, skreślił historyę laryngo- i otologii, których postęp zależy od rozwoju nauki o świetle, elektryczności, promieniach Röntgena i akustyki. Po tem wyjaśnił prelegent fizyologiczne znaczenie górnego odcinka dróg oddechowych i wpływ jamy nosa na rozwój zmian chorobowych w narządach sąsiednich, bardziej oddalonych i w ogólnym ustroju; z cierpieniami nosa pozostają w ścisłym stosunku choroby uszu, oczu i narządu trawienia; cierpienia krtani stanowią często objaw zaburzeń ogólnych: niedokrwistości, zaburzeń krążenia; w narządzie tym odnajdujemy nieraz zmiany, bardzo charakterystyczne dla rozpoznania ogólnych stanów chorobowych. Prelegent poświęcił następnie kilka słów faktowi współczesnego występowania zmian chorobowych w górnym odcinku dróg oddechowych w przebiegu chorób zakaźnych ostrych oraz zmian na błonie śluzowej krtani i gardła przy cierpieniach skóry; podkreślił doniosłość badania laryngoskopowego przy wielu cierpieniach, rozwijających się w ośrodkowym układzie nerwowym, badania sfery węchowej przy zmianach wewnątrzczaszkowych; stan nerwów słuchowych i ucha wewnętrznego — przy zaburzeniach psychicznych; prelegent zaleca w przypadkach nerwobolów w obrębie nerwu trójdzielnego zwracać uwagę na stan zatok bocznych nosa. Pierwszą część swego odczytu kończy prelegent przytoczeniem licznego szeregu faktów, utrwalających ścisły stosunek między cierpieniami górnego odcinka dróg oddechowych a narządami płciowymi.

W części drugiej wskazuje P. na znamienny fakt ciążenia laryngo-rynologii ku chirurgii, zatrzymuje się nad techniką plastycznych operacyi nosa, nad leczeniem zapadnięć nosa zapomocą wstrzyknięć parafinowych, nad leczeniem wewnętrznych zmian chorobowych jamy nosowej, zatok bocznych nosa i jamy nosowo-gardłowej; mówi o chirurgicznem leczeniu gruźlicy krtani, leczeniu ostrych i przewlekłych zwężeń krtani i postępach, osiągniętych przy cierpieniach tych zapomocą intubacyi metodą Dwyera, o walce ze złośliwymi guzami, przeważnie zaś z rakiem krtani. Dalej była mowa o faryngo- i bronchoskopii. Dla uzupełnienia obrazu tegoczesnego stanu laryngo-rynologii omawia P. w zakończeniu wyniki lecznicze, osiągnięte przy niektórych cierpieniach krtani zapomocą promieni Roentgena, w kilku uwagach krytycznych stara się wyświetlić stosunek przerosłych gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu (gruczołu tarczowego, grasicy i t. d.) do cierpień krtani i tchawicy i przytacza szereg argumentów, przemawiających przeciw istnieniu dychawicy grasiczej (asthma thymicum), jako samodzielnej postaci klinicznej.

W dyskusyi zabrał głos kol. Sterling, który zarzucił prelegentowi, że za dużo rzeczy objął w swoim odczycie, w którym brakło osobistych poglądów referenta. Nie wspomniał przytem o leczeniu gruźlicy krtani tuberkuliną i nie uwzględnił metody Biera przy leczeniu cierpień nosa.— W odpowiedzi oświadczył prelegent, że uważa odczyt swój jako taki, który miał za zadanie dać całokształt wiedzy z tej dziedziny, że nie spotkał żadnej pracy, traktującej o leczeniu gruźlicy krtani tuberkuliną, a z metody Biera przy leczeniu kataru nosa nie widział żadnych dodatnich wyników.

2) Kol. Vesely (gość) wypowiedział kilka słów, zachęcając do popierania słowiańskich miejscowości kąpielowych.

3) Kol. Goldman przedstawił preparaty **kamieni żółciowych**, wydobytych podczas operacyi u trzech chorych.

Posiedzenie z d. 20. kwietnia 1910 r.

Przewodniczący: kol. Sterling. Sekretarz: kol. Tomaszewski.

1) Kol. Silberstrom przedstawił **przypadek białaczki** u 40-letniego mężczyzny z powiększeniem gruczołów chłonnych i śledziony. S. leczył chorego wstrzykiwaniami kakodylanu sodowego i naświetlaniem promieniami Roentgena. Chory czuł się daleko lepiej i uważając się za zdrowego zaprzestał leczenia. Po pewnym czasie znowu podupadł na siłach, skutkiem czego znowu zaczął się leczyć. Kol. S. zastosował tym razem zamiast kakodylanu sodu arsacetynę i uważa, że działanie jej jest daleko lepsze, niż kakodylanu sodu.

2) Kol. Bol. Kohn odczytał pierwszą część swego referatu: **O postępach w dziedzinie rentgenologii.**

3) Kol. Trenkner przedstawił mocz chorego dziecka, koloru zielonkawego — zależnego od nadmiernej ilości indykanu.

4) Kol. Perlis wygłosił referat: **O sztucznem ubezkrwieniu dolnej połowy ciała sposobem Momburga.**

Posiedzenie z d. 4. maja 1910.

Przewodniczący: kol. Sterling. Sekretarz: kol. Sonnenberg.

1) Kol. Rosenblat przedstawił kobietę, u której **usunął młotek i kowadełko.**

2) Kol. Steinberg przedstawił kobietę, mającą 73 lata, u której od 12 lat znajduje się na policzku, pod prawą dolną powieką — **wrzód rakowy** (ulc. rodens). Kol. S. ma zamiar zastosować w danym przypadku leczenie promieniami Roentgena.

3) Kol. Bol. Kohn wygłosił drugą część odczytu **O postępach w dziedzinie rentgenologii.** Prelegent mówił o zastosowaniu rentgenoskopii i rentgenografii w medycynie wewnętrznej, t. j. w dyagnostyce i terapii, pokazywał na ekranie obrazy płuca chorego: nacieczenia gruźlicze, ograniczone ropnie, nowotwory i t. d., obrazy górnych odcinków dróg oddechowych, śródpiersia i t. d. Mówił o stosowaniu rentgenografii w cierpieniach narządów trawienia, w rozpoznawaniu kamieni nerkowych, pęcherza i moczowodów. Dalej mówił o zdjęciach rentgenograficznych złogów moczanowych w stawach, naczyń zwapniałych, o stosowaniu rentgenografii w dentystyce, w leczeniu białaczki, złośliwych nowotworów skóry i pokazał szereg zdjęć.

4) Przystąpiono do rozważania projektu przepisów, dotyczących ogłoszeń lekarzy w prasie peryodycznej. Po pobieżnem zapoznaniu obecnych z treścią przepisów przez kol. Sonnenberga, jednego z członków komisyi, wybranej w celu ułożenia przepisów, postanowiono rozpatrywać je w tej postaci, w której zostały przedstawione. Z przyczyny jednak spóźnionej pory zdołano rozpatrzeć jedynie dwa pierwsze artykuły projektu. Artykuły te ściśle określają warunki, którym ogłoszenie lekarskie odpowiadać powinno. W dyskusyi, która była bardzo ożywiona, brali udział koledzy: K. Jasiński, Sterling, Sonnenberg, W. Jasiński, Rosenblat, Pinkus, Goldberg, Rotwand, Maybaum, Steinberg, Handelsman i Silberstrom.

5) W końcu posiedzenia przeczytano: a) odezwę Stowarzyszenia aptekarzy w Łodzi, zapraszającą Tow. lekarskie do udziału w walce, podjętej przez wymienione Stowarzyszenie przeciw fałszowaniu artykułów farmaceutycznych alkoholem metylowym; b) zawiadomienie Sekcyi neurologicznej przy Tow. lekarskiem łódzkiem o mającem się odbyć w d. 16. b. m. w Kochanówce posiedzeniu, na które zapowiedziało odczyty kilku kolegów z Warszawy i Łodzi.

Posiedzenie z d. 18. maja 1910.

Przewodniczący: kol. Krusche. Sekretarz: kol. Sonnenberg.

1) Kol. Grosglik przedstawił 50-letnią kobietę **z kilakami skórnymi na tułowiu,** oraz 30-letnią kobietę **z przyrośniętym do migdałka języczkiem** prawdopodobnie wskutek kiły.

2) Kol. Grosglik przeczytał rzecz p. t. **Przyczynki do etyologicznego leczenia wiądu rdzenia.**

3) Przewodniczący zawiadomił zebranych, że otrzymał wiadomość o zamiarze uczczenia w Krakowie w d. 1. czerwca r. b. zasług Stanisława Pareńskiego, profesora uniwersytetu, znanego lekarza i prymaryusza szpitala św. Łazarza.

Posiedzenie nadzwyczajne z d. 25. maja 1910.

Przewodniczący: kol. S. Sterling. Sekretarz: E. Sonnenberg.

Na posiedzeniu tem toczyły się w dalszym ciągu rozprawy nad opracowanymi przez komisyę wnioskami w sprawie ogłoszeń lekarzy w pismach niefachowych. Po bardzo ożywionej dyskusyi, w której brali udział koledzy: K. Jasiński, Sterling, Sonnenberg, Krusche, Brudziński, Abrutin, Kaufman, Trenkner, Silberstrom, Steinberg i po dokonaniu drobnych tylko zmian, wnioski komisyi zostały przez ogólne zebranie zatwierdzone. Postanowiono uchwalone przepisy nazwać: »Opinią Tow. lekarskiego łódzkiego w sprawie ogłoszeń lekarzy w prasie peryodycznej« i przekazać je do ostatecznego zredagowania komisyi, złożonej z kolegów: K. Jasińskiego, Sonnenberga i Kaufmana.

2) Postanowiono przesłać w d. 1. czerwca r. b. życzenia Dr Henrykowi Dobrzyckiemu z okazyi jubileuszu jego 50-letniej działalności na polu społeczno-lekarskiem.

E. Sonnenberg.

Korespondencya.

Z Kopenhagi.

(Dokończenie).

Z próbką dla odczynu Wassermanna postępowanie jest podobne, jak przy próbie Widala; odczyn Wassermanna wykonywa się tutaj od listopada 1907 dotychczas przeprowadzono około 8000 badań w tym kierunku, a w ostatnich miesiącach wykonano badań: (1909) sierpień — 244; wrzesień — 310; październik — 434; listopad — 501; grudzień — 545; (1910) styczeń — 612; luty 659. Odczytywanie dodatniego wyniku próby jest ilościowe; z wyniku próby wnioski dla leczenia [3]).

Po odczynie Widala i Wassermanna następne miejsce zajmuje w zakładzie badanie dwoinek zapalenia opon. Materyałem dla badań są: wydzielina gardła i płyn mózgowordzeniowy; badanie obejmuje różniczkowanie bakteryologiczne [4]) i próbę aglutynacyi, zawiesiny wyhodowanej, czystej hodowli, surowicą leczniczą [5]). Podobnie, jak za »roznosicielami duru«, śledzi się za roznosicielami meningokoków i bakteryi błoniczych. Wszelkie badania w kierunku ostrych chorób zakaźnych, zakład przeprowadza bezpłatnie; za odczyn Wassermanna taksa dla szpitali 2 kor. skandynawskie.

Głównem zadaniem oddziału fabrycznego zakładu jest wyrób surowicy przeciwbłoniczej. — Nowo kupiony koń, zanim zostanie wprowadzony do większej, właściwej stajni, musi poprzednio odbyć 6-dniową kwarantanę w stajni mniejszej; z tego 3 dni przeznaczone na gruźlicę, 3 dni na nosaciznę, po próbnych rozpoznawczych wstrzyknięciach tuberkuliny i malleiny. Uodparnianie koni odbywa się w sali operacyjnej; zaczyna się od bardzo małych dawek mianowicie od: 0·002 cm^3 toksyny błoniczej; zwiększając dawki, zrazu codziennie, potem co 2 do 5 dni, mniej więcej z końcem trzeciego miesiąca dochodzi się do dawki ostatniej, 400—700 cm^3; w 8 dni po ostatniem wstrzyknięciu, czerpie się krew z konia, na jeden raz średnio 8—10 litrów krwi; po upuście krwi, konia pozostawia się przez 3—4 tygodni w spokoju; poczem się go znowu uodparnia i t. d., co powtarza się tak długo, jak długo koń wytwarza antytoksynę. Zebraną surowicę bada się co do jej siły; — jeśli surowica w 1 cm^3 objętości nie zawiera 400 J. E., zagęszcza się ją (według metody [6]) amerykańskiej) tak, aby w 1 cm^3 jej objętości było zawartych, co najmniej 400 J. E. — Znając siłę surowicy, przepuszcza się ją przez filtry Chamberlanda i bezpośrednio napełnia się nią naczyńka szklanne pojemności 10 cm^3, opatrzone długą i wąską szyjką, którą natychmiast po napełnieniu zatapia się; zazwyczaj nie dodają tutaj do surowicy ani trikresolu, ani karbolu; stosownie przechowywana surowica zachowuje swe własności co najmniej przez rok. — Każde naczyńko zawiera jedną »porcyę« = 4000 J. E.; od siły surowicy zależy, w ilu cm^3 zawarta jest jedna »porcya«; nigdy jednak na jedną

[3]) H. Boas: Die Bedeutung der Wassermannschen Reaktion für die Therapie der Syphilis. Berl. klin. Wochschr. 1909. Nr 13.

[4]) Lingelsheim: Genickstarreepidemie in Oberschlesien 1904/05. Klinisches Jahrbuch 1906. Bd. 15. Heft 2.

[5]) Kolle u. Wassermann: Untersuchungen über Meningokokken; tamże.

[6]) Gibson: The contraction of antitoxin for therapeutic use. The journal of Biological chemistry 1906. Vol I, pag. 161.

»porcyę» nie przypada więcej, jak 10 cm³ surowicy, inaczej mówiąc: surowica jest conajmniej 400 razy normalną; często na jednę porcyę przypada tylko 8 cm³ surowicy, to znaczy, surowica jest 500 razy normalną [7]); zakład miał konie, których surowica zawierała w 1 cm³ objętości 1400 J. E. W archiwum zakładu przechowuje się dokładne zapiski, dotyczące uodporniania, wartościowości otrzymywanej surowicy, zachowania się ciepłoty uodparnianych koni, jako materyał do statystyki. — Surowicę przechowuje się w chłodnem i ciemnem miejscu; z każdorazowego fabrykatu wstrzykuje się normalnej śwince morskiej 10 cm³ surowicy, dla przekonania się, czy surowica nie zawiera jakich trujących składników, n. p. jadu tężca [8]). Surowicę wysyła zakład każdemu lekarzowi [9]) w ilości jakiej żąda; cena za jednę »porcyę« 4000 J. E. wynosi 25 erów = $37\frac{1}{2}$ halerza!! — koszta wytworzenia jednej porcyi wynoszą około $3\frac{1}{2}$ kor. skand. = 5 kor. 25 halerzy wal. austr.; cena, którą zakład pobiera za surowicę, zaprowadzona została tylko dla kontroli. Do każdej »porcyi« dołącza zakład dokładne pouczenie i dokładny przepis użycia; w których m. i. czytamy: »Wstrzykiwać należy, skoro tylko stwierdzono pierwsze objawy choroby, w łagodnych przypadkach 4000 J. E. [10]), w ciężkich 8000—20,000 J. E. »Dzieci, poniżej lat dwu, otrzymują połowę powyższych dawek, w ciężkich przypadkach poleca się wstrzykiwanie śródżylne, jeśli to niemożliwe, śródmięśniowe [11]). Zapobiegawczo wstrzyknięte 1000 J. E. dają odporność na przeciąg 3 tygodni«. — Apteki na składzie surowicy nie mają; natomiast składy surowicy istnieją przy każdym szpitalu epidemicznym, które się znajdują na obszarze całego kraju, w odległości 7—10 klm jeden od drugiego. Produkcya surowicy z 8813 porcyi w r. 1903 wzrosła do 13,243 w r. 1908/9.

Kilka koni i kilkanaście lub kilkadziesiąt kóz jest w zakładzie przeznaczonych dla wyrobu tabletek antytyreoidynowych Möbiusa. — W trzy miesiące po wyjęciu tarczycy po raz pierwszy, a potem w pewnych odstępach czasu, czerpie się ze zwierząt krew, suszy ją, — i dodawszy nieco kaoliny, formuje w tabletki; każda tabletka zawiera 0·35 gr suszonej krwi. Sposób użycia: przez pierwsze 3 dni, 3 tabletki dziennie — przez drugie trzy dni, 3 × 2 tabletki, i wreszcie 3 × 3 tabletki w ostatnich trzech dniach; — w tym samym stosunku i w tych samych odstępach czasu zmniejsza się dawkę. Cena za 100 tabletek wynosi 5 kr. skand. = $7\frac{1}{2}$ kor. w. austr.; większość jednak potrzebujących otrzymuje tabletki bezpłatnie.

Zakład, jako organ »Królewskiej duńskiej rady zdrowia«, ma za zadanie kształcić lekarzy powiatowych w epidemiologii; corocznie w tym celu odbywają się w miesiącach letnich, kilkotygodniowe kursa dla lekarzy powiatowych.

Dyrektorowi pomagają w prowadzeniu zakładu obaj kierownicy oddziałów: Dr O. Thomsen, niestrudzony badacz w zakresie odczynu Wassermanna [12]), i cand. pharm. L. E. Walbum, autor hypotezy o »Prolizynach«, wypowiedzianej w pięknej w pomyśle, a w przeprowadzeniu i wynikach ścisłej pracy [13]).

Aczkolwiek w innym celu założony, zakład od początku stał się zakładem naukowym; tutaj rozwijały się dalej kierunki badań i poglądy, wyrażone po raz pierwszy w »Anwendung der physikalischen Chemie auf das Studium der Toxine und Antitoxine« [14]) Sv. Arrheniusa i Th. Madsena. W dziedzinę badań nauki odporności, wprowadzono metody chemii fizycznej, a na podstawie wyników swych badań, autorowie tłómaczą przebieg zjawisk w dziedzinie nauki odporności, nowoczesną teoryą rozczynów. W pracy tej w rozdziale »Folgerungen bezüglich der Antitoxinwirkung«, wysnuto na podstawie wyników badań nad tetanolizyną i antitetanolizyną wniosek, że zobojętnianie antygenu przez niweczniki (Antikörper) przebiega według prawa Guldberga i Waaga. To zapatrywanie autorów na działanie antytoksyny stało się przedmiotem sporu z Ehrlichem: w pracy [15]): »Ueber die Giftcomponenten des Diphterietoxins«, występuje Ehrlich przeciw uogólnianiu wyników, otrzymanych w badaniach nad tetanolizyną i antitetanolizyną; dalej podkreśla, że zapatrywanie autorów duńskich — jakoby zobojętnianie toksyny przez antytoksynę przebiegało tak, jak przebiega zobojętnienie słabej zasady przez słaby kwas, jest rażącem przeciwieństwem do jego zapatrywania, że jad błoniczy składa się z różnych jadów, o różnym stopniu powinowactwa; takie skomplikowane pojmowanie przyrody jadu błoniczego przyjął Ehrlich swego czasu, a teraz je nadal w całej pełni podtrzymuje, na podstawie bardzo dokładnej analizy jadu błoniczego. Odpowiedź na tę pracę Ehrlicha znajduje się w »Le poison diphtérique« Sv. Arrheniusa i Th. Madsena (1904), gdzie piszą, co następuje: »Nie znamy powodu, dla którego przyjmowaćby trzeba istnienie »prototoksoidów«, aczkolwiek ich szukaliśmy umyślnie. Również nie widzimy podstawy, by przyjmować istnienie »toksonów«. W każdym razie jednak, stężone rozczyny antytoksyny okazują pewne nieprawidłowości; to ma swą przyczynę prawdopodobnie w znacznem zwolnieniu odczynu skutkiem wielkiego stężenia antytoksyny. Wszystkie własności jadu błoniczego tłumaczą następujące hypotezy: jad błoniczy jest jadem jednolitym; przechodzi on powolnie, według formuły jednodrobinowego odczynu, w ciało nietrujące, toksoid. Równowartościowe ilości jadu błoniczego i toksoidu oddziaływują z równemi ilościami antitoksyny w ten sposób, że z jednej drobiny toksyny, względnie toksoidu i jednej drobiny antytoksyny powstają dwie drobiny. Wielkość stała dla równowagi chemicznej, jest tasama dla obu odczynów: z jednej strony — dla odczynu pomiędzy toksyną i antytoksyną, a z drugiej — dla odczynu pomiędzy toksoidem a antytoksyną«. W przeciwieństwie do Ehrlicha, starają się autorowie przy tłumaczeniu tychsamych zjawisk [16]) »używać jaknajmniej hypotez — wierni, ogólnie w naukach ścisłych przyjętej regule«.

Po pracy z r. 1902, nastąpił szereg prac Dra Madsena i jego uczniów o tym samym kierunku. Wszystkie noszą charakter badań ilościowych; we wszystkich wykonano możliwie wielką ilość tychsamych w tymsamym czasie nastawianych doświadczeń: dopiero średnią z otrzymanych wyników brano w rachubę. W badaniach hemolitycznych za miarę służy skala barwna [17]).

Przedmiotem badań był cały szereg antygenów i niweczników, następnie wpływ katalizatorów na przebieg odczynu. W doświadczeniach przedewszystkiem uwzględniano dwa czynniki: czas działania i ciepłotę; przebieg badań przedstawiony w krzywej, przebieg krzywej znowu ujęty w formułę matematyczną: rzadziej empiryczną, przeważnie ra-

[7]) W Niemczech surowica takiej siły nazywa się surowicą »wysokowartościową«; największe »porcye« zawierają 3.000 JE. vide: Romberg: Akute Infektionskrank, w Mering: Lehrbuch der inneren Medizin; gdzie mowa o wartościowości wyrabianej w Danii surowicy, podane w tem dziele niezgodnie ze stanem rzeczy.

[8]) Madsen: Tetanusgift im Serum eines diphterieimmunisierten Pferdes, 5 Tage vor dem Ausbruche von Tetanus.

[9]) Każdemu lekarzowi w Danii i Islandyi.

[10]) O ile mniejsze dawki poleca ogólnie w Niemczech przyjęta tabela Baginskyego, porównaj: Romberg: Akute Infektionskrankheiten w Meringa: Lehrbuch der inneren Medizin.

[11]) Th. Madsen: Diphterieantitoxin. Kraus u. Levaditi: Handbuch der Technik und Methodik der Immunitätsforsch. II.

[12]) Ostatnio »Wassermann'sche Reaktion mit Milch« Berliner klin. Wochs. 1909. Nr 46.

[13]) »Studien über Toxinbildung«. Zeitschrift für Immunitätsforschung und experimentelle Therapie. 1909. III B. 1. H.

[14]) W r. 1902 w języku duńskim; w r. 1903 w języku niemieckim w Zeitschrift für physikalische Chemie XLIV. 1.

[15]) Berlin. klin. Wochs. 1903. Nr 35—37.

[16]) Wstęp do »Immunochemii« Arrheniusa.

[17]) Kraus u. Lewaditi: Handbuch der Technik und Methodik der Immunitätsforsch. Madsen: Allgemeines über bakterielle Toxine, Antinegene usw.

cyonalną, w bardzo wielkiej liczbie doświadczeń w formułę odczynu jednodrobinowego. W r. 1907 wyszła »Immunochemia« Arrheniusa, jako ogólny pogląd na to, co dotychczas w tym kierunku zrobiono, a także jako odpowiedź na niektóre zarzuty szkoły Ehrlicha.

Zakład od początku swego istnienia ma licznych pracowników, nietylko tutejszych. W pracowniach znajduje się mała galerya fotografii pracowników-cudzoziemców, którzy tu dłuższy czas spędzili; między innemi znajduje się fotografia Prof. Arrheniusa, kierownika Instytutu Nobla w Sztockholmie, laureata nagrody Nobla z r. 1903, który zapraszany przez Dra Madsena, pracował tutaj około 2 lat. Najliczniejszych pracowników dostarczyła Skandynawia; a od reszty twarzy odbijają twarze dwu Japończyków; jeden z nich Noguchi (dzisiaj kierownik Oddziału w Rockefealler Institut w New Yorku), przepędził tu 2 lata. W tym czasie pracuje w instytucie 15 lekarzy; z cudzoziemców jest tu jeden Finlandczyk, jeden Anglik i jeden Amerykanin. Biblioteka zakładu zaopatrzona w 45 różnych czasopism fachowych, i przeszło 50 różnych publikacyi peryodycznych; w pewnych okresach czasu wydaje zakład zbiór swoich prac, teraz właśnie wyszedł tom IV.: »Communications de L'Institut Sérothérapique de l'etat Danois«.

A teraz nieco o życiu w zakładzie. Początek zajęć o godzinie 9 rano. O tym czasie przychodzi także dyrektor i pyta o przebieg pracy; każdy z pracujących ma sposobność codziennie pytać o wyjaśnienie, i codziennie otrzymywać wskazówki. Przy pracy jest wielkie zajęcie, bo praca ilościowa jest ściśle zależna od godziny, zasadą zaś przy niej: możliwie wielka liczba tych samych doświadczeń w tym samym czasie robionych, w tym celu, by biorąc średnią z otrzymanych wyników zmniejszać błędy doświadczalne. O godzinie 12 w południe śniadanie [18]); większość przynosi ze sobą zimną zakąskę, a w zakładzie dostaje szklankę mleka lub filiżankę czarnej kawy; po 20—30 minutach powraca się znowu do pracy. Koniec przepisowych godzin zajęć o 5 popołudniu; wolno jednak pracować dłużej i bardzo często jeszcze o 9 wieczorem i później jeszcze widać światło w pracowniach. Zakład bywa często zwiedzany przez obcych, zwłaszcza w miesiącach letnich; w lecie ubiegłego roku między innymi, gościli tu Kitasato i Miecznikow.

Dyrektorowi Drowi Madsenowi składam podziękowanie za pozwolenie poznania zakładu we wszystkich szczegółach.

Dr Kostrzewski.

Kilka uwag o szpitalach paryskich

podał

Dr Leon Żuławski,

Dyrektor szpitala powszechnego w Gorlicach.

(Sprawozdanie przesłane Wydziałowi kraj. z podróży naukowej w r. 1909).

Na samym wstępie tego krótkiego opisu kilkutygodniowego badania szpitalnictwa paryskiego winienem zaznaczyć, że każdego badacza paryskich instytucyi humanitarnych uderza pewna charakterystyczna cecha, którą napotyka również w całej działalności dobroczynności publicznej (L'assistance publique). Cechą tą jest nadzwyczaj szlachetnie pojęta miłość bliźniego i ogromna społeczna ofiarność. Głębokie współczucie dla cierpień chorych wywołuje powszechne, a usilne dążenie do jak najbardziej wszechstronnego ulżenia tym cierpieniom, dążenie, przenikające wszystkie warstwy społeczeństwa i powodujące niewidzianą w innych krajach emulacyę w kierunku wzajemnej pomocy.

[18]) Tutaj obiad między 6 a 7 wieczorem.

Pęd ten ogarnął nawet czynniki, z natury rzeczy zazwyczaj mało do tego zapalne, t. j. naczelną władzę, zmuszoną przez publiczną opinię do ustawicznej kapitulacyi ze swych, całkiem zresztą naturalnych finansowych względów, na rzecz postępu i dobra cierpiącej ludzkości. To też widzimy w każdym dziale szpitalnictwa, że władza ta po krótkim oporze wobec żądań szpitalnych lekarzy, usprawiedliwionych postępem wiedzy lekarskiej, lub wobec wymagań społeczeństwa, pragnącego polepszyć dolę chorych, ujmuje daną sprawę w taki sposób w swe ręce, że nie pozostaje nigdy w rozdźwięku z opinią publiczną.

Ofiarność społeczeństwa francuskiego na szpitale jest nietylko wielka, ale i trwała. Najlepszą miarą tej niewyczerpującej się ofiarności może być szpital św. Józefa na blisko 500 łóżek, który jako szpital stowarzyszenia »Oeuvre de Notre Dame de Consolation« powstał i utrzymuje się z ofiar gorących katolików.

Wystarczy obejrzeć wspaniałe budynki, znakomicie urządzone pawilony dla gruźliczych, sale operacyjne, urocze ogrody i t. d. i dowiedzieć się, że roczne wydatki wynoszą zwyż 600.000 fr., ażeby zrozumieć i pojąć głębię miłosierdzia tych kilkudziesięciu jednostek, które rok rocznie łożą na to wszystko. Często można dowiedzieć się o bezimiennych ofiarach krociowych lub nawet milionowych, tak cicho robionych, że nieraz trudno się dopytać imienia fundatora. Ta wszechstronna działalność doprowadziła w Paryżu do tego, że dobroczynność publiczna wyprzedziła ustawę przeszło dwukrotnie. Gdy bowiem wedle ustawy, normującej ilość łóżek szpitalnych (rozp. min. cyrk. z 17. sierpnia 1895 roku i 28. grudnia 1896, § 4, normujący 1 łóżko na 500 mieszkańców), ilość łóżek dla Paryża i okolicy powinna wynosić 7500, »L'assistance publique« rozporządza ilością 15662 łóżek. Zważyć zaś należy, że oprócz kosztów utrzymania szpitali spoczywa na dobroczynności publicznej obowiązek, wypływający z prawa 14. lipca 1895 r., tak zwanego prawa obowiązkowego zasiłku dla starców, kalek, i nieuleczalnych. Ta pomoc polega na udzielaniu miesięcznej pensyi lub na umieszczeniu w przytułku. W roku 1897 było w Paryżu 46399, a w całej Francyi 340610 takich, którzy korzystali z tego prawa. Aby sobie wyrobić pojęcie o olbrzymich wydatkach na cele humanitarne w całej Francyi, zaznaczam, że w samym Paryżu wydatki na szpitale i przytułki wraz z kosztami administracyi centralnej wynoszą przeszło 62 milionów franków. Suma ta dotyczy jedynie szpitali, stojących pod zarządem »Assistance publique«; poza tymi zaś urzędowymi szpitalami istnieją jeszcze szpitale, założone przez osoby prywatne lub związki i utrzymywane, jak wyżej wspomniałem, ofiarnością ściśle prywatną.

Do takich szpitali oprócz wyżej wspomnianego szpitala św. Józefa należy szpital dla chorób zakaźnych przy instytucie Pasteura, który z wielu powodów godzien jest obszerniejszej wzmianki.

Szpital ten wybudowała i utrzymuje swoim kosztem p. L.; budowa jego bardzo kosztowna z uwagi na materyał, jest ściśle zastosowana do najnowszych zdobyczy nauki lekarskiej w dziale chorób zakaźnych. Koszt budowy wynosił 1400 franków na jedno łóżko, ale jestto oddział zakaźny, jakiego drugiego niema na całym świecie, i który zupełnie słusznie może służyć za wzór dla innych.

Oddział składa się z dwóch równolegle ustawionych do siebie pawilonów, każdy na 40 łóżek, przedzielonych ogrodem dla rekonwalescentów. Oprócz tego ogrodu, niejako letniego, istnieje jeszcze tak zwany zimowy, łączący oba pawilony od strony instytutu Pasteura. Jestto szklanna galerya, której ściany i podłoga wyłożone są taflami z lawy polerowanej, a która mieści w sobie rozliczne egzotyczne rośliny, bibliotekę, przybory do gier i zabaw dla rozrywki rekonwalescentów w porze jesiennej i zimowej. Równolegle do tej galeryi poza drugim końcem pawilonów znajduje się budynek z salami dla przyjęcia chorych, łazienkami, pokojem lekarza dyżurnego i t. d. Każdy chory przed ba-

daniem lekarskiem bywa poddany kąpieli oczyszczającej. Oprócz tych budynków znajduje się z boku dom mieszkalny dyrektora szpitala i budynek administracyjny z mieszkaniem dla sióstr, kuchniami i t. d. Z boku stoi obszerny domek z salą dla obdukcyi zwłok i dla badań anatomopatologicznych, z pracowniami, bardzo dokładnie zaopatrzonemi.

W szpitalu tym zastosowano wszystko to, co dotychczasowa wiedza uznała za potrzebne do zwalczania chorób zakaźnych. Nietylko przeprowadzono ścisłe oddzielenie chorych od świata zewnętrznego tak, ażeby nie dopuścić przeniesienia choroby zakaźnej na kogoś poza szpitalem, ale usunięto także możliwość wzajemnego zarażania się chorych w szpitalu. Wiadomo powszechnie, jak trudno w zwyczajnie urządzonych oddziałach uniknąć tej szpitalnej wewnętrznej epidemii i jak często chory po przebyciu jednej choroby zapada nadprogramowo na drugą. Pomijając nieodpowiednie zorganizowanie dotychczasowych oddziałów zakaźnych lub brak wyszkolenia służby, umieszcza się jeszcze wiele takich chorób, które właściwie należą do chorób zakaźnych, na wspólnych salach bez jakiejkolwiek ochrony. I tak np. przypadki ostrego nieżytu żołądka jelit i u dzieci (gastroenteritis acuta), choroby, tak bardzo zabójczej w niemowlęcym wieku, a która, jak to wykazał Lesage, w przeważnej części przypadków jest chorobą zakaźną, trzyma się na wspólnych salach. Nawet przy najlepszem ćwiczeniu sióstr i służby, pielęgnujących chore dzieci, nie można zabezpieczyć się przed pośredniem zakażeniem zapomocą łyżeczki, zabawek itp.

W chorobach zakaźnych ideałem ochrony jest zupełne oddzielenie chorych, czyli tak zwany system celkowy. System ten jednak jest kosztowny i ma tę ujemną stronę, że chory czuje się zbytnio osamotnionym, co w wielu razach na przebieg choroby ujemnie oddziaływać może. Celem usunięcia tej ujemnej strony systemu celkowego, pomieszczono w szpitalu przy instytucie Pasteura między 2 celkami ścianę ze szkła. W ten sposób przy zupełnem oddzieleniu chorych stworzono możliwość towarzyskiego współżycia. Rodzinie chorych nie wolno wchodzić do wnętrza pawilonów, a tem samem i do pokojów chorych; mogą się z nimi komunikować również jedynie przez szkło. W tym celu ściany zewnętrzne celek są w 2/3 górnych częściach wielką taflą szklanną.

W każdym ze wspomnianych wyżej pawilonów znajduje się na parterze i na pierwszem piętrze korytarz, po którego obu stronach są drzwi do celek. Korytarz ten służy tylko dla lekarzy, sióstr i służby. Wspomniane celki są pokojami średniej wielkości (50 m^3), ściany ich wyłożone taflami z polerowanej lawy, tak samo sufit i podłoga. Na drzwiach wieszadło z 2 płaszczami dla lekarza i siostry; zresztą łóżko, umywalnia, szafa, stół, stołek, lampa elektryczna i przycisk od dzwonka elektrycznego. Wszystkie te przedmioty z niklowanego metalu. Łóżko o wysokich sprężynach, na których dopiero leżą materace. Przy tej sposobności zauważam, że we wszystkich szpitalach paryskich wprowadzono takie łóżka i że nie spotkałem się nigdzie ze zwykłymi siennikami naszych szpitali.

W wentylatorach, wyprowadzających powietrze z celek, znajduje się wata dla zatrzymywania bakteryi; watę tę codziennie zastępuje się świeżą. Dezynfekcya pokojów jest prosta z uwagi na gładkie ściany z twardej polerowanej lawy i szkła, jakoteż matalowe meble. Łóżko wsuwają do ogromnego worka, zrobionego z nieprzepuszczalnej tkaniny, wraz z całą pościelą, spuszczają do suteren, po szynach przewożą do ogromnego autoklawu, w którym przy ciepłocie 180° C pozostają przez godzinę.

Nie ulega wątpliwości, że nasze warunki finansowe nie pozwalają na budowanie ściśle takich samych oddziałów zakaźnych; na tafle z lawy nas nie stać — to prawda — i bez tego można się obejść; zamiast nich można ściany na gładko lakierować, a szklanne ściany między 2 pokojami zastąpić można dużem szklannem oknem, przez które chorzy widzieć się będą mogli. Nie ulega wszakże wątpliwości, że tylko ścisłe oddzielenie chorych, służby i sióstr oddziałów zakaźnych może dać wynik w leczeniu tych chorób, a raczej w tłumieniu ich. Istnienie oddziałów zakaźnych przy szpitalach uważam za niewłaściwe ze stanowiska higieny społecznej wobec braku wyszkolonych sióstr i wobec takiego materyału służby, jakim szpitale nasze rozporządzają. W tych warunkach daleko odpowiedniej byłoby urządzić w każdym powiecie osobne szpitale epidemiczne z osobnym lekarzem, zarządem, osobnemi siostrami i służbą.

Przy tej sposobności zwrócę uwagę na szczegół lakierowania sal szpitalnych. We wszystkich zwiedzanych przezemnie szpitalach paryskich zauważyłem, że ściany i sufity były dokładnie lakierowane; takie ściany wyglądają bardzo mile dla oka, a utrzymanie czystości jest bez porównania łatwiejsze, niż przy naszym systemie bielenia ścian. Koszta chwilowo większe amortyzują się łatwo przez to, że lakierowanie, jeżeli jest na wygładzonym pokładzie robione, wytrzymuje cały szereg lat.

W szpitalach publicznych opiekę nad chorymi powierzono służbie świeckiej, siostry zakonne spotkałem tylko w szpitalu Boucicaut. Usunięcie zakonnic od spełniania czynności miłosierdzia datuje się od czasu ostatnich przewrotów we Francyi. Starałem się dowiedzieć, czy chorzy są z tej zmiany zadowoleni, pytałem się głównie takich, którzy od szeregu lat bywają gośćmi szpitali i których uwagi nie mogła ujść ta zmiana. W przeważnej części odpowiedzi wypadły na niekorzyść sióstr; główny zarzut, jaki im robiono, był ten, że za wiele oddają się praktykom religijnym, a za mało czynnościom właściwym około chorych; z tego samego powodu i lekarze uważają to za postęp szpitalnictwa, że usunięto siostry. Przytoczono mi fakt, że siostra w przypadku obrzęku głośni u dziewczyny chorej na kiłę widząc, że chora dusi się, posłała najprzód po księdza, a potem dopiero po lekarza, którego ratunek wskutek tej zwłoki przyszedł zapóźno. Nie ulega wątpliwości, że podobne fakta usprawiedliwiają niechęć lekarzy do posług sióstr zakonnych, dodać jednak winienem, że tocząca się walka państwa z kościołem może w wielu zapatrywaniach zaostrzyć sąd niejednego.

Dodam, że osobiście byłem zachwycony pracą sióstr w szpitalu św. Józefa, gdzie czystość sal, kuchni, magazynów itd., jak również zadowolenie chorych świadczą wymownie, że ten wspaniały szpital znajduje się w dobrych i usłużnych rękach.

(C. d. n.).

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

O projekcie wstępnym do austryackiej ustawy karnej z punktu widzenia interesów lekarskich.

(Wedle referatu Dra Adolfa Grussa, wypracowanego na zlecenie XIV Wiecu Izb lekarskich i IV. Zjazdu delegatów Związku państwowego organ. lek.).

We wrześniu 1909 ogłosiło ministerstwo sprawiedliwości projekt wstępny[1]) (Vorentwurf) do austr. ustawy karnej. Projekt ten zawiera wiele przepisów, odnoszących się do czynności lekarskich i to, co z góry podkreślić należy, przepisów, znacznie surowszych od odpowiednich przepisów w obowiązującej ustawie karnej z r. 1852, już od pół wieku czekającej koniecznie reformy.

Jak w nowoczesnem ustawodawstwie wogóle, tak też i w tym projekcie wstępnym przebija dążność do ustalenia odpowiedzialności karnej wszystkich obywateli wogóle z jednolitego pun-

[1]) Zamiast pisać w niniejszym artykule »projekt wstępny«, będę pisać dla skrócenia »p. w.«.

ktu widzenia, a więc do stanowienia przepisów prawnych, obejmujących równomiernie czynności wszystkich bez szczególnego wyodrębniania jakichkolwiek grup. Dążność ta, uzasadniona może potrzebą sformułowania ustawy w sposób najbardziej przejrzysty i krótki, a może ogólną racyą prawną, że wobec prawa wszyscy obywatele są równi, nie odpowiada jednakże zgoła przyrodniczemu sposobowi myślenia, upatrującemu doskonałość w jaknajdalej idącem indywidualizowaniu. Najwidoczniej przejawia się ta dążność w przepisach stanowiących o uszkodzeniach ciała, pod które według projektu wst. podpada wskutek tej tendencyi — wszelki zabieg operacyjny. Wedle projektu zabieg operacyjny, to w swej istocie uszkodzenie ciała. Na taką wprost skostniałą doktrynę prawniczą nie może się zgodzić logika przyrodnika, tembardziej, że takie pojmowanie sprawy nie daje żadnej pewności prawnej lekarzowi.

Że jednakże czynności lekarskich nie można podciągać pod jeden wspólny z czynnościami innych obywateli strychulec, że nie można traktować jednym tchem o uszkodzeniach ciała i zabiegach operacyjnych, pokazuje np. § 295 p. w. Paragrafy 292 do 294 p. w. mówią o spędzeniu płodu wogóle, a potem czytamy w § 295 szczególne uwzględnienie czynności lekarskich w następujących słowach: »§ 295. Lekarz, który spędza płód lub zabija go w łonie matki w celu ustrzeżenia ciężarnej przed niedającem się w inny sposób usunąć niebezpieczeństwem życia czy też niebezpieczeństwem trwałego, ciężkiego uszkodzenia zdrowia, nie podlega karze za spędzenie płodu«.

Otóż ten § 295 p. w. dowodzi najlepiej, jak skostniałą jest doktryna prawa. Bo czyż nie wymagają najelementarniejsze zasady logiki, by po ogólnych postanowieniach karnych o uszkodzeniach cielesnych pomieszczono także odpowiedni paragraf w duchu § 295 o bezkarności należycie operującego lekarza? Wedle §§ 292—294 jest spędzenie płodu przez każdego nielekarza w każdym przypadku karygodne, zaś dokonane przez lekarza w okolicznościach przewidzianych w § 295 niekarygodne. Wszak to przepis specyalny! A czemże da się uzasadnić, by tylko w przypadkach spędzenia płodu były specyalne przepisy dla lekarzy?

Obok tej tendencyi podciągnięcia lekarzy z jednej strony pod ogólnie obowiązujące normy, bez szczególnego uwzględnienia ich charakteru zawodowego, da się w projekcie z drugiej strony jeszcze odczuć równocześnie dążność, by stanowić specyalne przepisy o szczególnej karygodności lekarzy w odniesieniu do ich zawodowej czynności. Dwie te tendencye walczą na każdym kroku o lepsze. Przepisów szczególnych, przeciw lekarzom zwróconych, jest tak wiele, że chyba po wejściu tego projektu w życie już po roku nie będzie lekarza, któryby nie popadł w kolizyę z ustawą.

Projektodawca okazał wielką gotowość do stanowienia osobnych przepisów przeciw lekarzom, ale żeby wyodrębnić czynności lekarskie z pojęcia zwykłego obrażenia ciała, na to mu nie pozwoliła jego doktryna.

Projekt wstępny obarcza lekarza w § 464 ust. 5, jak najcięższej pojętym przymusem zawodowym, w § 403 tajemnicą zawodową, stanowi o wyższej jego karygodności (§ 273 p. w.) ze względu na stanowisko społeczne, wymagające szczególnego zaufania; nieprawdziwe zeznanie każdego lekarza jest przestępstwem (§ 213 p. w.) itd. itd. Byłoby więc rzeczą sprawiedliwą, żeby za te wszelkie ciężary ustawa chroniła lekarzy. Skoro pod wielu względami pełni lekarz obowiązki urzędnika, należy mu się słusznie opieka z §§ 100 lub 101 i § 296 l. 2 p. w., opieka, jaką ma przez p. w. zapewnioną każdy konduktor tramwajowy i każdy dozorca szyn. Żądanie szczególnej ochrony przez ustawę karną staje się tembardziej zrozumiałe, jeśli sobie uprzytomnimy, na jakie nieraz brutalności bywa lekarz narażony, jako lekarz kasy chorych, sądowy, więzienny, na różnych komisyach, jako lekarz gminny i t. d.

Teraz przystępujemy do szczegółowej oceny ustawy i pomówimy najpierw o tych paragrafach, które odnoszą się bezpośrednio do czynności lekarskich, a potem o tych, które lekarzowi w wykonaniu zawodu nakładają obowiązki, nie mające nic wspólnego z jego czynnością lekarską.

I.

Do czynności lekarskich, jako takich, odnoszą się w projekcie wstępnym tylko dwa §§ 312 i 295. Właściwie tylko § 295, który wyżej przytoczyłem, zajmuje się czynnością lekarską, natomiast § 312 podciąga niedbałą czynność lekarską pod ogólne postanowienia o »narażeniu cielesnego bezpieczeństwa« przez niedbalstwo. Ważniejsze znaczenie dla lekarzy wogóle ma § 312 p. w.

Najpierw należy zaznaczyć, że w nowym projekcie nie zostały pomieszczone obecnie obowiązujące §§ 356 i 357 ust. kar. o t. zw. błędzie lekarskim i § 357 (o zaniedbaniu chorego), karzący za zaniedbanie chorego, objętego w leczenie, grzywną, a tylko w razie ciężkiego nadwerężenia zdrowia lub nawet śmierci chorego, żądający zastosowania § 335 ust. kar. (areszt zwykły lub ścisły). Nowy projekt podciąga wszelakie zaniedbanie ze strony lekarza, a więc i błąd lekarski i zaniedbanie chorego, bez względu na wynikłą, a nawet wyniknąć mogącą szkodę, pod § 312 p. w., który brzmi: »Narażenie cielesnego bezpieczeństwa przez niedbalstwo: § 312. 1) Kto przez niedbalstwo sprawi niebezpieczeństwo dla życia, ciała lub zdrowia drugiego, ma być karany więzieniem lub aresztem do 3 miesięcy lub grzywną do tysiąca koron. 2) Kto czynu w niedbalstwie pośród szczególnie niebezpiecznych okoliczności dokona, oraz 3) kto przez niedbalstwo wywoła ciężkie uszkodzenie ciała lub ciężkie poszkodowanie zdrowia drugiego, ma być karany więzieniem lub aresztem od 3 dni do 6 miesięcy, lub grzywną od 20 do 2000 koron. 4) Kto przez niedbalstwo spowoduje uszkodzenie ciała, przewidziane w § 299 od 1—3, lub śmierć drugiego, ma być karany więzieniem lub aresztem od 2 tygodni do 2 lat. Obok kary więzienia może w przypadkach od 2—4 być wymierzona grzywna aż do 5000 koron«.

Przepisy te pozostawiają bardzo wielką dowolność sędziemu, który wedle swego zapatrywania może skazać podsądnego na grzywnę lub areszt, i to na zwykły lub ścisły. Dalej należy zwrócić uwagę, że nigdzie w projekcie niema dokładnej definicyi, co należy rozumieć przez »ciężkie uszkodzenie ciała«, a co przez »ciężkie poszkodowanie zdrowia«. Prawdopodobnie do oceny w tym względzie powoływać będzie sędzia znawców-lekarzy, co stanowi pewien postęp w porównaniu z obecną ustawą karną, określającą w § 152, jako ciężkie uszkodzenie ciała takie, które wywołało naruszenie zdrowia lub niezdolność do pracy zawodowej najmniej przez 20 dni trwającą. Zarówno ten przepis i § 155 u. k. obecnie obowiązujący, mówiący o »30-dniowej niezdolności sprawowania obowiązków swego powołania«, był przyczyną, że poszkodowani, o mściwem usposobieniu, symulowali niezdolność do pracy i przeciągali ją do 20, względnie 30 dni. Powoływanie więc w każdym przypadku znawców, bez stanowienia z góry terminu, witamy jako postęp.

Wspomniany w § 312 projektu § 299, 1—3, brzmi: »§ 299. 1) Kto mowę, wzrok, słuch lub zdolność płodzenia drugiego niszczy lub istotnie i trwale upośledza, 2) kto drugiego kaleczy lub ciężko oszpeca, 3) kto drugiego wtrąca w nieuleczalną lub długotrwałą chorobę ciała lub duszy, lub go czyni stale niezdolnym do zawodu lub pracy, karany będzie itd.«.

Przepis ten nie określa znowu, co znaczy »okaleczenie« w rozumieniu ustawy. Czy oderwanie komuś paznokcia u palca jest już okaleczeniem, czy też okaleczenie dopiero zaczyna się z utratą członka palca? Toż samo używa projekt na oznaczenie »oszpecenia« dwóch określeń: »schwer entstellt«, »verunstaltet«. Jaka między niemi różnica? Kiedy się zaczynają, a kiedy kończą? Czy np. bliznowate wywinięcie powieki, utrata połowy wąsów (leczenie Roentgenem) jest ciężkiem oszpeceniem w rozumieniu § 299? (C. d. n.).

Stahr.

Subkomitet komisyi dla ubezpieczenia społecznego uchwalił przyznać kasom chorych prawo otwierania własnych aptek. X.

Z projektem wskrzeszenia dentystów ma podobno, jak donosi »Medizinische Klinik«, wystąpić rząd austryacki. Według projektu, dentysta nie potrzebuje być lekarzem, lecz wystarczy do tego »dokładne wykształcenie w zawodzie dentystycznym«! — Namiestnictwo galicyjskie zezwoliło na wyłączenie techników dentystycznych z dotychczasowego Stowarzyszenia przemysłowego złotników we Lwowie i na utworzenie dla nich odrębnego Stowarzyszenia przemysłowego pod nazwą: »Gremium techników dentystycznych« z siedzibą we Lwowie. Do Gremium należeć będą miejscowości: Lwów, Przemyśl, Sambor, Stryj, Mościska, Gródek Jagielloński, Rudki i Żydaczów. X.

Z administracyi znaczków receptowych.

Sprzedano znaczków:	4 h	1 h
Od roku 1904 do końca maja 1910 . .	512,942	437,194
W czerwcu 1910	2,600	7,000
Razem .	515,542	444,194

Dr Żydłowicz, administrator

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 3. VII. do 9. VII 1910 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Drohobycz (m. Drohobycz 8), Horodenka (Żabokruki 2, Podwerbie 4), Jaworów (Jazów stary 2), Kolbuszowa (Widełka 1), Kołomyja (Balińce 1), Lisko (Skorodne 1), Lwów (Nawaryn 2, Mostki 2), Przemyślany (Nowosiółka 1), Turka (Jabłonka niżna 3), i o jednym przypadku ospy w m. Krakowie (chory z Bolechowic p. Kraków). Dr T.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 3. VII. do 9. VII. 1910 zgłoszono przypadków: błonicy 8 † 1 (w tem obcych 4 † 1), krztuśca 1 † 1, płonicy 5 † 1 (1 † —), odry 2, duru brzusznego 3 † — (2 † —), róży 2 † 1, tężca 4 † 2 (3 † 2).

Dr Janiszewski.

Choroby zakaźne w Warszawie. Od 12. VI. do 18. VI. 1910 przybyło do szpitali warszawskich przypadków: ospy 19 † 4 (w całem mieście † 7), odry 3 († 6), płonicy 13 († 9), błonicy 4 († 4), róży 10 († 1), duru plamistego 16 († 1), duru brzusznego 12 († 4). (Gaz. lek. Nr 28).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Rada miejska uchwaliła odstąpić Towarzystwu walki z gruźlicą bezpłatnie kawałek gruntu przy ul. Kopernika pod budowę dyspensatoryum i muzeum przeciwgruźliczego.

— Ustępującemu ze stanowiska lekarza miejskiego Drowi Ignacemu Schaittrowi, uchwaliła Rada miejska wyrazić szczególne uznanie za wieloletnią działalność.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Bronisław Władysław Wachulski, rodem z Brodów w Galicyi i p. Włodzimierz Mikułowski, rodem z Cieszanowa w Galicyi.

Warszawa. Towarzystwo lekarskie w Lublinie obchodziło w tych dniach 35 lat istnienia, a zarazem jubileusz 35 lat pracy swojego członka, Dra Aleksandra Jaworowskiego. Jubilat był pierwszym bibliotekarzem Towarzystwa, zgromadził i uporządkował jego bibliotekę i położył wiele zasług około jego rozwoju.

Z różnych stron. Trzecia naukowa wycieczka lekarska odbędzie się w listopadzie b. r. i potrwa dni 30 t. j. od 5. listopada do 5. grudnia. Koszta wyniosą najmniej 1000 koron od osoby. Wycieczka ta urządzona staraniem lekarzy praktykujących w zdrojowiskach czeskich, rozpocznie się w dniu 5. XI. z Genui, skąd wypłynie parowiec, znany z wytwornego urządzenia, »Thalia«, popłynie wzdłuż Riwiery włoskiej i francuskiej i zdąży do Barcelony. Przez dni 10 potrwają wycieczki lądowe po całej Hiszpanii, a w porcie Kadix wycieczkowcy znów wsiądą na okręt i zwiedzą Marokko, Algier, Tunis z ruinami Kartaginy, potem Sycylię z nowo odbudowaną Messiną i słynną z piękności położenia pod Etną i ruin Taorminą. Wycieczkę zakończy zwiedzenie Dalmacyi i podróż do stolicy Czarnogóry Cetynii.— Po bliższe szczegóły, dotyczące tej bardzo zajmującej i wygodnie urządzonej wycieczki, zgłaszać się należy zaraz, a najdalej do 1. sierpnia br. do lekarza w Karlsbadzie Dra Hugona Starka (Sprudelstrasse, Haus Amerikaner). Wycieczki lądowe urządza firma Hartmann (Kolonia nad Renem) i zapewnia I klasę jazdy kolejami i całkowite utrzymanie w hotelach pierwszorzędnych. Zebrać się musi przynajmniej 100 uczestników, aby podróż mogła się odbyć. Dr Obtułowicz (Lwów).

— Na ostatnim Zjeździe im. Pirogoffa obradowano między innemi nad reformą studyów lekarskich w Rosyi, a przedewszystkiem nad zniesieniem licznych, a niepotrzebnych i zabierających dużo czasu egzaminów. X.

— Dr Józef Hornowski habilitował się we Lwowie z zakresu anatomii patologicznej.

— Liczba słuchaczy medycyny w Niemczech wzrosła z 9462 w r. 1909 na 10,602 w r. b.

— Prof. Strümpell przenosi się z Wiednia do Lipska jedynie z powodu licznych braków kliniki wiedeńskiej, których rząd mimo przyrzeczeń nie usunął.

Mianowani: Doc. Onodi profesorem nadzw. laryngologii w Peszcie; internista Doc. Schönborn profesorem nadzw. w Heidelbergu;

Doc. Dr Roman Nitsch bakteryologiem miejskim w Krakowie.

Powołani: Fizyolog Doc. Jensen do Getyngi, chirurg Prof. Payr do Tübingen.

Zmarli: Ginekolog Doc. Zajacky w Moskwie, pedyatra Prof. Mori w Medyolanie;

Dr Maryan Cywiński w 57 r. ż. w Mohylowie (z duru plamistego).

Redakcya otrzymała: Opolski: Pogadanka o tegoczesnym przemyśle w lecznictwie »Tyg. lek.« 1910.—Spira R.: Bericht über die Thätigkeit des rhino-otiatrischen Ambulatoriums am israelitischen Spitale in Krakau f. d. Jahr 1909. »Arch. für Ohrenh.« — Caruso: O niedokrwistości podczas ciąży. »Odczyty klin., wydawane przez Red. Gazety lek.« Nr 203/4, (przeł. E. Lewenstern). — J. Morawski: Zur Pathogenese der Hydromyelie. »Jahrb. f. Psych. u. Neurol.« 1910. — Posiedzenia naukowe Towarzystwa lek. lwowskiego w r. 1909. Odb. »Tyg. lek.», str. 182. — St. Saski: Zmiany miejscowe w krążeniu przy ruchach czynnych kończyny. Odb. »Gaz. lek.« 1910.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

Ogłoszenie płatne. (Naśladownictwo zastrzeżone).

I. Zdrojowiska krajowe:

Iwonicz.

Dr **Turzański Grzegorz Jarosław**, lekarz zakładowy.

Krynica.

Dr **Cercha Maksymilian**, („Domek Szwajcarski").

Dr **Dębicki Klemens**, „Pod Jeleniem".

Dr **Lewicki Stanisław**, b. asystent kliniki położ. ginek. Uniwersytetu lwowskiego.

Dr **Pruszyński Jan**, Docent Uniw. lwow. Dom Zdrojowy.

Rabka.

Dr **Lang Otokar**, Willa „pod Luboniem".

Dr **Supiński E.**, lekarz zdrojowy.

Szczawnica.

Dr **Hammerschlag Rudolf**.

Dr **Gorski Xawery**, b. lekarz zakładowy (zimą w **Abacyi**).

Dr **Kolączkowski**, ord. i prowadzi pensyonat hidropatyczny.

Dr **Kruszyński Kazimierz**, Radca cesarski.

Truskawiec.

Dr **Pelczar Zenon**.

Dr **Praschil Tadeusz**, lekarz zakładowy.

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Bad Hall (w górnej Austryi).

Dr **Feuerstein Leon**, Villa „Söllradl".

Baden pod Wiedniem.

Dr **Kümmerling Henryk**, lekarz zdrojowy, Renngasse 3.

Cieplice Trenczyńskie.

Dr **Filipkiewicz Stefan**, lekarz zakładowy.

Franzensbad.

Dr **Przybylski Stan.** Palast Hotel. Wejście od Kirchenstr.

Dr **Steinsberg Leopold**, we własnym zakładzie leczniczym, (Willa Dra Steinsberga).

Dr **Zeitner Józef**, Kirchenstr. Villa „Stadt Paris".

Gleichenberg.

Dr **Bulikowski**, Radca ces., Villa „Höflinger" IV.

Karlsbad.

Dr **Obmiński Ksawery**, objął od 1 czerwca b. r. zakład dla elektr., wibracyi i masażu po śp. Drze Kaufmanie. „Maltaserritter".

Kissingen (w Bawaryi).

Dr **Chłapowski F.**, Radca san. Prinzregentenstr. 1, tamże pensyonat dyetetyczny własny.

Dr **Maciejewski**, Sanatorium „Quo vadis" Ludwigstr. 16.

Doc. Dr **Modrakowski J.**, Villa „Elsa".

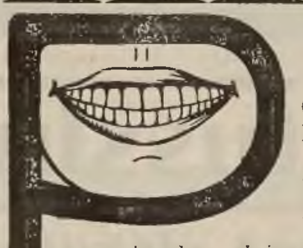
Marienbad.

Dr **Eichhorn Ferdynand**, ord. jak dotychczas Dom „Mozart".

Dr **Jasinicka Marya**, Schloss Heilbronn, Kaiserstrasse.

Dr **Kwiatkowski Stanisław Benedykt**, ordynuje od 1 maja do 1 października „Haus Hamburg".

Dr **Z. Szczepański**, od 20 maja „Haus Schiller".



Rok XLIX. Kraków, dnia 23. lipca 1910. Nr 30.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Problemat dziedziczności w patologii.

(Podług wykładu na uroczystem posiedzeniu Wydziału lekarskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu w dniu 17. kwietnia 1909).

Napisał

Prof. Dr Karol Klecki.

(Ciąg dalszy).

Natomiast podnieść należy, że w doświadczeniach, prowadzonych w krakowskim Zakładzie patologii, Wrzosek i Maciesza stwierdzili zjawisko »skrobania się«, czyli t. zw. niezupełny napad, po zadrażnieniu owej strefy Brown-Séquarda na szyi i pysku u 8 młodych świnek morskich, pochodzących od rodziców, nie mających zupełnie napadów padaczkowych Brown-Séquarda. Powyżej przytoczone okoliczności sprawiają, że doświadczeń Brown-Séquarda za dowód dziedziczenia się padaczki nabytej u świnek morskich uważać nie można.

Doświadczenia na zwierzętach nad odpornością nabytą na sprawy toksyczne i zakaźne również dziedziczenia się własności nabytych nie dowodzą. Jak to już wyżej zaznaczyłem, w doświadczeniach Ehrlicha odporność młodych świnek morskich była bierną, to jest nie powstawała w ustroju przez czynne wytwarzanie odpowiednich antytoksyn, ale zależała od antytoksyn, wprowadzonych do ustroju młodych zwierząt z ustroju matki, a jak to Ehrlich podaje, wraz z mlekiem matki. Późniejsze badania pogląd ten o tyle potwierdziły, że, jak się okazało, różne ciała, od których odporność bierna zależy, istotnie przechodzą do mleka, mianowicie Ehrlich i Wassermann, Salomonsen i Madsen, Staubli, Griffon i Abrami, La Torre, Bertarelli i inni wykazali, że różne antytoksyny, amboceptory hemolityczne, precypityny oraz aglutyniny mogą wydzielać się z mlekiem. Odporność, powstała przez ssanie uodpornionej matki, oczywiście nie ma nic wspólnego z dziedzicznością, ale jest własnością nowo nabytą.

W innych doświadczeniach stwierdzano przeważnie odporność bierną, która mogła była powstać wskutek przejścia do ustroju płodu antytoksyn czy innych niweczników przez łożysko ze krwi matki. Wprawdzie nie wszyscy badacze zgadzają się na to, by ciała te przechodziły przez łożysko do płodu; posiadamy atoli szereg poważnych badań w tym kierunku, zwłaszcza nad przechodzeniem antytoksyn oraz aglutynin, mających pewien związek z odpornością (prace Polano, Konradiego, Lannelonguea i Acharda, Widala i Sicarda, Dieudonnégo, Chambrelenta i S. Philippea, Scholtza, Schumachera, Figariego, Remlingera i innych), a nadto za przechodzeniem rzeczonych istot przez łożysko przemawia ta okoliczność, że sztucznie wywołana odporność przechodzi na potomstwo na ogół znacznie łatwiej z matki, niż z ojca, a jak to twierdzą na podstawie swych doświadczeń Ehrlich oraz Wernicke, przechodzi ona na potomstwo wogóle tylko z matki, a nigdy z ojca. A zatem wydaje się najbliższym prawdy pogląd, że w sprawach zakaźnych, a może i w niektórych sprawach toksycznych, przekazanie potomstwu sztucznie wywołanej odporności polega na uodpornieniu łożyskowem, a więc jest sprawą, która również nie jest dziedziczną, ale tylko wrodzoną, nabytą w łonie matki. O dziedziczeniu się odporności mogłaby wówczas być mowa, gdyby było dowiedzionem, że odporność może przekazać uodporniony ojciec potomstwu, pochodzącemu z matki nie uodpornionej. Charrin i Gley na podstawie doświadczeń na królikach, uodpornionych na lasecznika ropy błękitnej, wprawdzie podają, że wyjątkowo to się zdarzyć może; Tizzoni i Centanni zaś podają, że i odporność na wściekliznę przechodzi u psów z ojca na potomstwo, a i Konradi w doświadczeniach na psach, uodpornionych na wściekliznę, znalazł, że i uodpornienie ojca odgrywa pewną rolę w powstaniu wrodzonej odporności potomstwa; atoli wobec tego, że w rzeczonych doświadczeniach nad dziedziczeniem się odporności nabytej na wściekliznę posługiwano się sukami, uodpornionemi czy to na tężec, jak to było w doświadczeniach Tizzoniego i Centaniego, czy to nawet na wściekliznę, jak to było w badaniach Konradiego, jak również wobec tego, że w doświadczeniach innych autorów odporność nabyta na wściekliznę nie przechodziła z ojca na potomstwo, sprawa ta dotąd jeszcze zupełnie wyjaśniona nie jest, a przeto za dowód dziedziczenia się własności nabytych służyć nie może. Dla wyświetlenia sprawy przekazywania potomstwu odporności nabytej byłoby rzeczą niezmiernie ważną, gdyby potwierdzono w przyszłości wyniki doświadczeń Jurewitscha, który znalazł, że u młodych królików, pochodzących z matek uodpornionych, ilość swoistych aglutynin z biegiem czasu wzrasta, tak, że po upływie kilku tygodni jest ich we krwi młodych więcej, niż we krwi matki, coby świadczyło, że matka może przekazywać potomstwu nietylko odporność bierną, ale i pewną właściwość komórek, ujawniającą się w ich stanie czynnym w danym określonym kierunku.

Doświadczenia, w których uszkadzano różne narządy wewnętrzne samic ciężarnych i znajdowano potem zmiany patologiczne odpowiednich narządów u młodych, również nie stanowią dowodu dziedziczenia się własności nabytych, a to dlatego, że powstałe u matki swoiste cytotoksyny mogły w tych doświadczeniach po przejściu przez łożysko działać na odpowiednie narządy płodów, a zatem sprowadzić u nich zmiany wprawdzie wrodzone, ale nabyte w czasie życia płodowego.

A zatem, jakkolwiek niektóre przytoczone spostrzeżenia i doświadczenia, mające świadczyć o dziedziczeniu się własności nabytych, nawet przy szczegółowym i krytycznym ich rozbiorze uzasadniają przypuszczenie, że tak jest istotnie, przyznać trzeba, że żadne z nich ścisłego i niewątpliwego dowodu w tej mierze nie stanowi.

Słabe strony teoryi Weismanna. Owym uzasadnionym, jak sądzę, przypuszczeniom przeciwstawia się tezę o niedziedziczeniu się własności nabytych, wynikającą z teoryi Weismanna. Otóż należy zauważyć, że teorya ta nie jest niczem innem, jak tylko bardzo gruntownie przemyślanym wywodem z szeregu faktów, tłómaczonych w pewien sposób, które atoli i w inny sposób wytłómaczyć się dają; że zatem mieści ona w sobie również przypuszczenia, które siły rzeczywistych dowodów oczywiście nie posiadają. Przypuszczeniem takiem jest przedewszystkiem istnienie plazmy zarodkowej w rozumieniu Weismanna, a więc plazmy, zawartej w jądrze komórki rozrodczej, a po oddzieleniu się jej od plazmy somatycznej, od tej ostatniej zupełnie niezależnej. Już czysto teoretyczne rozważanie czyni owo pojęcie plazmy zarodkowej Weismanna trudno zrozumiałem; nie można bowiem sobie wyobrazić, jak to podnosi Kassowitz, w jaki sposób owa plazma, przynajmniej w pewnych okresach rozwoju danego tworu, z pewnością w niezmiernie małej ilości zawarta w jądrze komórki rozrodczej, może zawierać, mówiąc językiem Weismanna, wszystkie idy pokoleń poprzednich, co wydaje się rzeczą konieczną, jeśli mamy tłómaczyć zjawiska atawizmu zapomocą teoryi Weismanna.

Że istota dziedziczna, stanowiąca ową plazmę zarodkową, znajduje się nietylko w jądrze, ale i w protoplazmie komórki, dowodzą powyżej przytoczone badania, zwłaszcza wyniki doświadczeń Godlewskiego, nie pozostawiające żadnych wątpliwości w tej mierze.

Nadto wyniki badań nad regeneracyą, prowadzonych od przeszło 20 lat, świadczą o niesłuszności owego podziału plazmy, jaki wprowadził Weismann, na plazmę zarodkową i plazmę somatyczną. Badania botaników (Scorzonero, Strassburger) wykazały bowiem, że cała roślina może się odrodzić czyto z kawałka korzenia dorosłej rośliny (Leontodon), czy też z liścia (Begonia). Podobnie doświadczenia, przeprowadzone na zwierzętach niższych, wskazują, że po początkowych podziałach zapłodnionego jajka aż do okresu t. zw. morula, w którem twór składa się z 16 blastomerów, ze sztucznie oddzielonego jednego blastomeru, który zatem w warunkach prawidłowych, będąc w związku z pozostałymi blastomerami, daje $^1/_2$, $^1/_4$, $^1/_8$ lub $^1/_{16}$ zwierzęcia, powstać może całe zwierzę. Taksamo w doświadczeniach Roux na jajach żabich, po zniszczeniu jednej z dwu komórek, powstałych po pierwszym podziale jaja, powstawał cały zarodek żaby; a zatem i tutaj, przynajmniej po pierwszym podziale jaja plazma zarodkowa Weismanna nie jest w jednej części tworu ściśle zlokalizowana. Z badań nad odradzaniem się pokazało się również, że z małej części, odciętej od ciała polipów wód słodkich, cały polip może się odrodzić; że odrastają odcięte od tułowia robaków głowy, nożyce raków, ogon i nogi salamandry, dzioby ptaków. Wprawdzie pokazało się przytem, że ta regeneracya, która według określenia Delagea nie jest niczem innem, jak tylko generacyą części brakujących przez pewną część związaną z ustrojem lub też od niego oddzieloną, nie jest ścisłem powtórzeniem spraw, zachodzących przy powstawaniu danej części w ontogenezie; tak np. odrodzony ogon salamandry nie jest spłaszczony, ale walcowaty; w odrodzonym ogonie jaszczurki zamiast szeregu kręgów znajduje się jedna tylko chrząstka; u larw trytona w okresie, gdy oko już dawno jest wykształcone, po wyjęciu oka odradza się soczewka inaczej, jak powstaje w ontogenezie; wytwarza się ona mianowicie nie z listka zewnętrznego, ale z mezodermy, mianowicie z tkanki tęczówki. Atoli wyniki tych badań przemawiają naogół niewątpliwie przeciwko poglądowi Weismanna. Metaplazya, jaką spotykamy w stanach patologicznych u człowieka, świadczy również za tem, że w czasie, gdy plazma zarodkowa według Weismanna już oddawna jest od komórek somatycznych oddzielona i złożona w komórkach rozrodczych ustroju, owe komórki somatyczne nie są pozbawione zdolności wytwarzania komórek i tkanek odmiennych, że mają one pewną zdolność generacyi, jaką Weismann jedynie plazmie zarodkowej przypisuje. Podobnie doświadczenia zapoczątkowane przez Borna nad zrastaniem się dwu osobników przemawiają przeciwko owemu wprowadzonemu przez Weismanna dualizmowi plazmy. Niesłuszność podziału plazmy na część somatyczną, śmiertelną i zarodkową, nieśmiertelną, uwydatnia się najsilniej w wynikach doświadczeń, które wskazują, że z części somatycznej ustroju może odrodzić się cały ustrój, zawierający zatem i plazmę zarodkową. Pomocnicza hipoteza Weismanna o rezerwowej plazmie regeneracyjnej, która ma działać dopiero w razie potrzeby, jest oczywiście hipotezą zbudowaną »ad hoc«, mającą tłómaczyć sprzeciwiające się teoryi Weismanna zjawiska regeneracyi. Nie oparta na podstawach realnych, wikła ona tylko i osłabia teoryę Weismanna, stanowiąc jedną więcej z jej słabych stron. Jeśli wziąć pod uwagę, że plazma zarodkowa w zrozumieniu Weismanna ma zawierać drobiny, określające wszelkie cechy morfologiczne i czynnościowe danego ustroju, oraz przedstawiające wszelkie ich odmiany z pokoleń poprzednich, co dla wytłómaczenia zjawiska atawizmu jest rzeczą konieczną, a nadto, że pewna część plazmy zarodkowej, powyższe własności posiadającej, odkłada się w każdej komórce somatycznej, jako nieczynna plazma regeneracyjna; jeśli uwzględnić, że ta część plazmy zarodkowej rozdziela się na wszystkie komórki ustroju, których według Le Danteca człowiek posiada około 60 bilionów, owe hipotetyczne determinanty Weismanna stają się czemś, czego nawet wyobrazić sobie nie możemy.

Na mocy powyższych wywodów dojść musimy do wniosku, że jakkolwiek teorya Weismanna do wyświetlenia natury różnych zjawisk w dziedzinie dziedziczności okazała się wielce przydatną, nie może ona stanowić w dzisiejszym stanie nauki silnie utrwalonej zasady, którąby była założeniem właściwem w ocenianiu zjawisk dziedziczności, a względnie w rozstrzyganiu spornych w tej dziedzinie zagadnień. Tem samem nie może ona być przeszkodą w tłómaczeniu zjawisk w sposób wprawdzie niezgodny z poglądami Weismanna, ale uzasadniony co najmniej tak samo, jak jego teorya, a oparty na faktach stwierdzonych czyto przez ścisłe spostrzeżenia, czy doświadczenia na zwierzętach.

W sprawie dziedziczenia się własności nabytych, tak ważnej w patologii ze względu na choroby nabyte, pytanie sprowadza się do tego, czy istota dziedziczna, owa plazma zarodkowa Weismanna, po oddzieleniu się od reszty plazmy i odłożeniu się w komórkach rozrodczych jest w pewnym związku zależności od komórek somatycznych, czy też, jak to twierdzi Weismann, nie podlega zupełnie wpływom, wychodzącym z komórek somatycznych. Już liczne spostrzeżenia, poczynione przez biologów dawniejszych, przemawiały przeciwko poglądom Weismanna w tym względzie, przytoczę tylko uwagę Darwina co do zwierząt dzikich, u których zmiany, wywołane sztucznie w ośrodkach nerwowych, a warunkujące właśnie oswojenie tych zwierząt, w hodowli ich z pokolenia na pokolenie dziedzicznie się przekazują, a zatem przechodzą niejako przez plazmę zarodkową tych zwierząt. Atoli dopiero nowsze doświadczenia na zwierzętach, przeprowadzone umyślnie w celu wyświetlenia tego zagadnienia, sprawę tę wyświetlają i to na niekorzyść poglądów Weismanna. Już Walter Haspe do jajowodu królicy rasy belgijskiej wprowadził jajka otrzymane z królicy rasy duńskiej, poczem pokrył królicę królikiem rasy duńskiej. Z siedmiu młodych, rzuconych przez ową królicę, 5 miało znamiona rasy belgijskiej, a 2 rasy duńskiej. Przekonywające są jednak dopiero wyniki doświadczeń Guthriego, przeprowadzonych na kurach o różnej barwie upierzenia. Przekonawszy się przedewszystkiem, że ze zwierząt o pewnej barwie upierzenia rodzą się stale młode o tej samej barwie pierza, przeszczepiał Guthrie kurczętom, których waga wynosiła 650—750 gr., lewy jajnik, jaki u ptaków po zaniku prawego jedynie jest czynny, w ten sposób, że kurczętom białym po wycięciu własnego ich jajnika wszczepiał jajnik pochodzący z kurczęcia czar-

nego i na odwrót. Przekonawszy się dalej, że u zwierząt, przygotowanych w powyższy sposób, owulacya odbywa się prawidłowo, pokrywał już wyrosłe z nich kury kogutami o odpowiedniej barwie upierzenia. Kura czarna z jajnikiem pochodzącym z kury białej, pokryta kogutem białym, miewała potomstwo albo w połowie białe a w połowie czarne, albo białe czarno centkowane, albo też czarne o białych łapkach. Taksamo kura biała z jajnikiem przeszczepionym z kury czarnej, pokryta kogutem czarnym, miewała kurczęta białe, czarne i centkowane. A zatem w doświadczeniach tych plazma zarodkowa, zawarta w jajkach przeszczepionego jajnika, już oddawna od plazmy somatycznej oddzielona, podlegała wpływowi komórek somatycznych ustroju, do którego wraz z jajnikiem ją wszczepiono.

Doświadczenia Guthriego, podrywając jedną z najważniejszych bodaj podwalin teoryi Weismanna, osłabiły jej wartość tak dalece, że ocenianie zjawisk dziedziczności na podstawie tej teoryi, tak jak to jeszcze niedawno czyniło wielu biologów i lekarzy, byłoby dziś już anachronizmem. Już wyżej podniosłem, jak wielką jest zasługa Weismanna w nauce o dziedziczności; jego teorya dziedziczności z powyżej przytoczonych względów niewątpliwie będzie miała zawsze wielkie znaczenie historyczne, do czego zresztą już dziś wartość jej w wielkim stopniu się sprowadza. Jesteśmy zniewoleni, uznając w całej pełni wielką bystrość i krytycyzm jej autora, zaliczyć ją do rzędu licznych bardzo teoryi, zapomocą których, począwszy od Hippokratesa, aż do ostatnich czasów starano się zjawiska dziedziczności wytłómaczyć i ująć w pewne prawa ogólne, mające zastosowanie oczywiście nietylko w stosunkach fizyologicznych, ale i w patologii.

Znaczenie innych teoryi dziedziczności dla patologii. Teorye te, znane skądinąd, a odźwierciedlające w czasach dawniejszych poziom ogólnych pojęć biologicznych danej epoki, aż do czasów ostatnich w rozmaity sposób rzecz przedstawiające, dowodzą tylko tego, że istoty dziedziczności i różnych nawet zasadniczych w niej zjawisk umysł ludzki dostatecznie jeszcze nie zgłębił.

Pomijając poglądy dawniejsze, oparte na pojęciach takich, jak n. p., że gruczoły rodne, męzkie i żeńskie, wytwarzają nasienie dwojakie, męskie i żeńskie, lub też że własności potomstwa zależą jedynie od jajka, w którem plemnik tylko uwalnia niejako nagromadzoną energię, i późniejsze teorye, oparte na zasadzie czy to preformizmu, czy to epigenezy, tak ważnej dla patologii sprawy dziedziczenia się własności nabytych oczywiście nie rozstrzygają. To samo da się powiedzieć o nowszych teoryach chemicznych (Roux, Hofmeister), jak również o teoryach mnemicznych, w których niejasne zjawiska dziedziczności przyrównywa się do również ciemnych zjawisk pamięci. Od roku 1876, w którym Hering zwrócił uwagę na pewną analogię zjawisk obu tych kategoryi, różni biologowie, jako to Kl. Bernard, Hertwig, Orr, Cope i inni, analogię tę w swoich poglądach na zjawiska dziedziczności podnoszą; Ribot zaś wyraża to nawet w ten sposób, że pamięć jest zjawiskiem ogólno-biologicznem, a tylko przypadkowo psychologicznem. I najnowsze teorye mnemiczne sprawy dziedziczenia się własności nabytych nie rozstrzygają. Taką jest teorya, jaką podał przed kilku laty Semon, teorya t. zw. engramów, czyli śladów trwałych w materyi żyjącej, wywołanych przez bodźce działające na nią, których suma stanowi ową »mneme«, a które mogą ze stanu utajenia wzbudzać t. zw. bodźce ekforyczne, co według tej teoryi ma być istotą zdolności reprodukowania wszelkich wogóle własności, czy cech protoplazmy, a zatem i dziedzicznego ich przekazywania. Drugą taką teoryą jest teorya centroepigenezy, jaką podał niedawno Rignano; według tej teoryi istota zarodkowa stanowi t. zw. strefę centralną, to jest odrębną niedostrzegalną część tkanek ustroju, oddzieloną od plazmy somatycznej i różną od niej. W tej to strefie, jak w akumulatorze, prądy nerwowe mają osadzać coś, co może później wywołać te same prądy. Charakterystyczną dla wszystkich teoryi mnemicznych jest rzeczą, iż według wszystkich tych teoryi wpływy zewnętrzne, czy wewnętrzne, działające na ustrój, odbijają się na istocie dziedzicznej, wywołując w niej pewne zmiany, które, jakkolwiek są własnością nabytą, mogą w następnem pokoleniu się odtworzyć, a zatem przekazać się dziedzicznie.

Prawa i reguły dziedziczności. Już znacznie większe znaczenie, niż na hipotezach oparte teorye, mogą mieć dla patologii pewne prawa ogólne, wysnute ze ścisłych spostrzeżeń przyrodniczych w dziedzinie dziedziczności. Takiemi prawami są prawo biogenezy Haeckla, według którego ontogeneza jest powtórzeniem filogenezy niejako w zarysie, w streszczeniu, jak się wyraża Rignano, oraz wykryte przez Darwina prawo atawizmu, według którego przy łączeniu się osobników różnych ras, czy odmian, przedstawiających zatem w swej plazmie zarodkowej liczne odmiany, u potomstwa występują niezmiernie wybitnie cechy pierwotne; stwierdził to prawo Darwin na gołębiach, po nim stwierdzono je na królikach (Ziegler), oraz na świniach, które przy skrzyżowaniu pewnych ras swojskich, jako to niemieckiej i japońskiej, mogą dać produkt, zupełnie podobny do dzika. Powyższe prawo tłómaczy także tę okoliczność, że muł trudniej się oswaja, niż koń lub osioł, których skrzyżowania jest wytworem.

Dalej, przy badaniu cech i własności, przekazywanych potomstwu przez rodziców, pokazało się, że albo cechy i własności obojga rodziców występują u potomka w stanie zupełnego ze sobą zmieszania, tak że nawet w jednym i tym samym narządzie potomka obok cech ojcowskich występują cechy matczyne, albo też cechy ojcowskie i matczyne występują obok siebie u potomka w odrębnych jego częściach, co nazwano mozaikową postacią dziedziczności, albo też u potomka występują pewne cechy, przekazywane tylko przez jedno z rodziców, a odpowiednie cechy drugiego z rodziców nie występują w nim zupełnie, a względnie są w nim w stanie utajenia. Tego ostatniego przypadku tyczą się niezmiernie ciekawe reguły dziedziczności, jakie wykrył augustyanin Grzegorz Mendel; jakkolwiek Mendel ogłosił te reguły już w r. 1866, nie zwrócono na nie należytej uwagi, tak że dopiero około r. 1900 wykryli je powtórnie botanicy de Vries, Correns i Tschermak. Z wyniku doświadczeń, przeprowadzonych w ogrodzie klasztornym w Bernie z początku na grochu, a potem i na innych roślinach, wysnuł Mendel pewne reguły, potwierdzone później nietylko dla świata roślinnego, ale i dla świata zwierzęcego w doświadczeniach na ślimakach, motylach, rybach, kurach i psach, które dowodzą, że i zwierzęta regułom Mendla podlegają,czyli według nowego wyrażenia, wprowadzonego przez de Vriesa, »mendlują« (mendeln).

Pierwsza z tych reguł, t. zw. »reguła przewagi«, orzeka, że przy skrzyżowaniu dwu osobników, przedstawiających pewne odmiany w jakimś względzie, ujawnia się zazwyczaj u potomstwa przewaga jednej z danych cech; przypuszczano, że przeważającą jest cecha filogenetycznie starsza, atoli przypuszczenie to nie potwierdziło się. Reguła ta orzeka dalej, w jakim stosunku w dalszych pokoleniach występuje dana cecha przeważająca i odpowiednia cecha zanikająca. Już w roku 1888 zwrócił uwagę Eimer na to, że w rodzinach, w których n. p. ojciec jest blondynem, a matka brunetką, dzieci rzadko są szatynami, najczęściej zaś przeważa u nich czarny lub jasny kolor włosów, w danym przypadku zwykle czarny.

Druga reguła Mendla, t. zw. »reguła rozdziału«, orzeka, że już po złączeniu się odmian odpowiednich zawiązków, a względnie cech pochodzących od obojga rodziców w jednym osobniku, mogą się one rozdzielić w jego komórkach zarodkowych tak, że jedna część komórek zarodkowych otrzymuje jedną odmianę zawiązków, a druga część drugą ich odmianę, co się ujawnia w występowaniu każdej z tych cech oddzielnie u różnych osobników w następnem pokoleniu. Reguła ta jednakże nie zawsze da się stwierdzić

u potomstwa osobników o różnych odmianach zarodkowych, n. p. u potomstwa ojców białych z murzynek.

Według trzeciej reguły Mendla, t. zw. »reguły samodzielności cech«, każda poszczególna cecha danego osobnika ma w istocie dziedzicznej odrębny zawiązek, który zapełnie niezależnie od zawiązków innych cech może się łączyć w ustroju potomnym z innymi zawiązkami; stąd pochodzi przekazywanie potomkom jednych cech przez ojca, a innych przez matkę.

Powyżej przytoczone typy przekazywania dziedzicznego cech rodzicielskich potomstwu nie zawsze występują w postaci czystej; niekiedy bowiem występują postacie przejściowe pomiędzy tymi typami.

Kierunek przyszłych badań nad dziedzicznością patologiczną. W dzisiejszym stanie nauki powyższych praw, rządzących zapewne nietylko stosunkami fizyologigicznymi, ale i patologicznymi, w patologii jeszcze nie stwierdzono, co się da wytłómaczyć tą okolicznością, że cała nauka o dziedziczności patologicznej dopiero od bardzo niedawna jest ściśle przyrodniczo traktowana. Zanim będzie można wysnuwać jakieś wnioski ogólne z nauki o dziedziczności patologicznej, należy przedewszystkiem zebrać, a względnie stworzyć naukowy materyał, na mocy którego możnaby dopiero ustalić zasadnicze fakty w tej dziedzinie. Jak to bowiem wynika z powyższego przedstawienia rzeczy, nawet w tak zasadniczej dla patologii sprawie, jak dziedziczenie się własności, a względnie chorób nabytych, obracamy się jeszcze ciągle w świecie więcej lub mniej umotywowanych przypuszczeń, pozostawiających dla poglądów osobistych bardzo szerokie pole. A zatem kierunek przyszłych badań nad dziedzicznością patologiczną jasno jest wytknięty: sprawdzenie i naukowe opracowanie według współczesnych wymogów i z jak najdalej posuniętym krytycyzmem tego materyału, jaki w nauce o dziedziczeniu cech patologicznych posiadamy, co w pewnym zakresie w krakowskim Zakładzie Patologii już się czyni, oraz podjęcie nowych specyalnych badań doświadczalnych w tym względzie, które można wzorować na nowszych badaniach biologów nad dziedzicznością. Dopiero wówczas, gdy badania te dadzą wyniki dodatnie, uzyska się pewny grunt, na którym nauka o dziedziczności w patologii będzie mogła trwale się oprzeć.

Wnioski z nauki o dziedziczności ważne dla medycyny praktycznej. Jakkolwiek obecnie, w dzisiejszym stanie nauki o dziedziczności, zwłaszcza patologicznej, różne zasadnicze nawet pytania nie są jeszcze rozstrzygnięte, to jednak materyał naukowy, jaki już posiadamy w tej sprawie, pozwala, jak to zaznaczono we wstępie, na wysnucie zeń pewnych wniosków, mających znaczenie praktyczne.

Przedewszystkiem należy zauważyć, że poważne zaburzenia patologiczne, powstałe na tle dziedzicznem, prowadzą, jeśli nie do śmierci samego obciążonego osobnika, to w każdym razie do wygaśnięcia jego rodu. W dłuższym zaś szeregu pokoleń mogą utrzymywać się jedynie tylko takie na tle dziedzicznem powstałe zmiany, które ani czynności ważnych dla życia narządów, ani też czynności płciowych poważnie nie upośledzają. Są to zatem własności patologiczne słabszego niejako stopnia, które przy dziedzicznem ich przekazywaniu muszą jakby pokonać siłę, z jaką odpowiednie własności fizyologiczne, przez dziedziczność w długim szeregu pokoleń poprzednich utrwalone, mają dążność w nowym osobniku atawistycznie wystąpić. A zatem u potomstwa osobników patologicznych naturalną jest tendencya do stosunków pierwotnych, czyli fizyologicznych, a tem samem do stanu zdrowia dzięki tak silnemu w przyrodzie czynnikowi, jakim jest atawizm.

Z nauki o zapładnianiu wiadomo, że nie cała masa istoty chromatynowej jąder komórek rodnych wchodzi w skład nowego osobnika, ale że istota ta w okresie poprzedzającym zapłodnienie ulega redukcyi do połowy.

(Dokończenie nastąpi).

Z oddziału i kliniki laryngologicznej Prof. Pieniążka w Krakowie.

Dwieście siedemdziesiąt trzy przypadki twardzieli

leczone w latach 1894—1910

podał

Dr Antoni Pachoński
asystent kliniki.

(Dokończenie).

III. Antoni M., lat 22 wyrobn. ur. zam. Uherce p. Sanok. 16. VII. do 3. X. 1908 i 12. XII. 1908 do 9. I. 1909.

Duszność znaczna z przewagą duszności wydechowej. Powietrze dochodzi do płuc słabo, gorzej do płuca lewego. Świsty, gwizdy.

Nos: bez zmian.

Jama nosowo-gardłowa: okrężne zwężenie obu nozdrzy tylnych do wielkości małego groszku.

Krtań: bez zmian.

17. VII. Tracheo-bronchoskopia górna (Prof. Pieniążek). Naciek rozlany dolnej części prawej i tylnej ściany tchawicy, zwężenie okrężne obu oskrzeli na nieznacznej długości poza wejściem. Wyskrobanie tchawicy i oskrzeli. Oddech swobodny.

25. VII. Oddech znowu silnie utrudniony. Dla ułatwienia sobie zabiegu wykonano krikotracheotomię. Tracheobronchoskopia dolna z wyskrobaniem nacieków w dolnej części tchawicy i przy wejściu do oskrzeli, których głębsze odcinki tylko na tępo rozszerzono, poczem oddech swobodny utrzymywał się stale aż do wyjścia chorego z kliniki, a wykonane tymczasem dwie następne bronchoskopie nie wykazały już nacieków, ani zwężenia. Chory wraca do kliniki w dwa miesiące później 12. XII.

Tracheoskopia dolna: Klin podziałowy silnie zgrubiały. Ponad nim na tylnej i lewej ścianie tchawicy dość obfite nacieki twardzielowe. Wejścia i same oskrzela obecnie zmian nie okazują.

22. XII. Tracheoskopia dolna: w tchawicy zmian nie ma, klin podziałowy zgrubiały. Oddech swobodny.

5. I. 1909. Stan tensam, więc 9. I. chory opuszcza klinikę.

16. X. 1909. Chory powraca z dusznością średniego stopnia.

Nos (już obecnie zajęty): nierówne, guzkowate nacieki dna, ścian bocznych (bez małżowin) i przegrody.

Jama nosowogardłowa: do zmian dawniejszych dołączyło się wciągnięcie języczka na tylną ścianę podniebienia miękkiego.

Krtań i teraz jeszcze bez zmian.

Tchawica: w całej jej rozciągłości, począwszy od przetoki po tracheotomii, rozlany naciek, przy wyskrobywaniu — twardy. Klin znacznie zgrubiały. Naciek z bocznych ścian tchawicy przechodzi na oba oskrzela. Wyskrobanie obu oskrzeli i tchawicy, długa elastyczna kaniula. Od czasu do czasu powtarza się wyskrobywanie przy bronchoskopii dolnej.

20. II. 1910. Chory opuszcza klinikę ze znacznie lżejszym oddechem.

IV. Breindel W., szwaczka, urodzona w Husiatynie, mieszka naprzemian w Husiatynie, Krakowie, Wiedniu. W 21. roku życia t. j. 1895, przeszło rok już chora, była leczona (21. VI. do 8. VIII. 1895), z powodu twardzieli nosa, jamy nosowogardłowej i krtani. Wykonano wówczas tracheotomię, laryngofisurę, a po ustąpieniu zwężenia krtani usunięto kaniulę.

Drugi raz była chora w klinice w r. 1901 od 6. X. do

21. XI. głównie z powodu okrężnego zwężenia dolnej połowy tchawicy przez naciek twardzielowy w postaci bladoróżowych granulacyi, a w innych miejscach szary i rozlany. Wejście do obu oskrzeli widoczne, do prawego szerokie, do lewego szczelinowate, klin podziałowy zgrubiały. Tracheotomia w dawnej bliźnie i kilkakrotne wyskrobywanie ostrą łyżeczką przy dolnej tracheoskopii; kaniula elastyczna przez długi czas.

W roku 1904 (10. VI. do 26. VI.) znowu zwężenie tchawicy na większej jeszcze przestrzeni i dwukrotne wyskrobanie tchawicy.

Chora zgłasza się ponownie dopiero 15. VIII, 1907, jako ambulantka. Chora przebywała przez rok w Wiedniu, gdzie jej atoli, jak podaje, nie chciano leczyć. Pomimo kaniuli chora oddycha bardzo ciężko, na wargach sinica.

Tracheoskopia dolna: cała tchawica, już od przetoki począwszy, okrężnie zwężona. Naciek szarawo biały, twardy, wyskrobano; gdy mimo to zwężenie trwało dalej, przystąpiono do badania części głębszych i wyskrobano okrężne zwężenia wejść do obu oskrzeli, a gdy i to nie usunęło silnej duszności, wyskrobano jednostajny naciek, silnie zwężający oba oskrzela na całej ich długości. Mimo to nie zdołano jeszcze dostatecznie odsłonić i przywrócić drożności oskrzelom drugorzędnym i wśród objawów duszności (częściowo nacieki, częściowo dość znaczne krwawienie w czasie całego zabiegu) chora w dwie godziny później zmarła.

Sekcya wykazała naciek bliznowaty, twardy, obejmujący na całej długości tchawicę, oskrzela główne i drugorzędne. Oskrzela drobne, znacznie porozszerzane, a w nich znajduje się ropa.

Prof. Pieniążek tłómaczy ten przypadek następująco: Zbyt długie pozostawienie swobody bujania naciekom twardzielowym mimo istniejącego zwężenia doprowadziło do tego, że twardziel, która w ciągu dziesięcioletniego trwania, mimo częstych odnawiań się, nie przekroczyła wejść do obu oskrzeli, — nie doznając żadnej przeszkody, nie powstrzymywana zabiegami operacyjnymi, które choć jej wprawdzie doszczętnie nie leczą, to jednak opóźniają bujanie, a przyspieszają przemianę włóknistą, w krótkim stosunkowo czasie rozlała się aż na drugorzędne oskrzela i z tą chwilą musiała nieodwołalnie wywołać śmierć z uduszenia.

Z pośród wszystkich 273 chorych twardzielowych zmarło w klinice laryngologicznej lub na innych oddziałach szpitalnych ogółem 16 chorych, czyli śmiertelność wynosiła 5·86%. Na karb jednakże samej twardzieli lub zabiegów operacyjnych należy położyć tylko 5 przypadków, a zatem śmiertelność przedstawiać się będzie jako 1·83%. Według ostatecznej przyczyny zejścia śmiertelnego te 16 zgonów dzieli się następująco:



Przyłoczone liczby wskazują ilość przypadków twardzieli danego powiatu.

Tuberculosis pulmonum; wśród nich jeden chory z twardzielą I. i II. rzędnych oskrzeli	9
pyaemia post abortum	1
scarlatina (nabyta od dziecka karmionego piersią)	1
aspiracya krwi do płuc po operacyi śródkrtaniowej w trzecim roku choroby	1
aspiracya krwi do płuc po rurce Schröttera Nr 6 po trzeciem jej wprowadzeniu w odstępach dwudniowych w 18. roku choroby; krwawienie z tchawicy	1
opisane powyżej uduszenie się chorej z twardzielą krtani i tchawicy; chora nie zezwoliła na wykonanie tracheotomii, a późniejsza operacya po wystąpieniu asfiksya była już spóźniona	1
aspiracya krwi do płuc u chorej, u której z powodu twardzieli nosa, gardła, ze zwężeniem jamy nosowogardłowej, krtani, tchawicy i oskrzeli (aż do początku oskrzeli drugorzędnych) w odstępach trzechtygodniowych w ciągu 9 miesięcy powtarzano wyskrobywania już to tchawicy już to oskrzeli i przy jednem z nich wśród znaczniejszego krwawienia doszło do aspiracyi większej ilości krwi i śmierci w 7. roku choroby	1
opisane powyżej uduszenie się chorej, u której twardziel sięgała do drugorzędnych oskrzeli	1
Razem	16

Wiek chorych w czasie objęcia ich po raz pierwszy w leczenie przedstawia się następująco:

do lat	mężczyzn	kobiet	razem
5	—	—	—
10	2	1	3
15	6	10	16
20	18	44	62
30	57	74	131
40	19	16	35
50	7	13	20
60	1	1	2
70	1	3	4
	111	162	273

a zatem twardziel występuje we wszystkich klasach wieku, od pierwszego do siódmego dziesiątka lat. Najliczniejsze jednak ofiary stanowią ludzie w wieku między 20. a 30. rokiem życia. Jak w drugim dziesiątku lat liczba twardzielowych nagle się wznosi, tak znowu po 30 roku nagle spada i jakkolwiek twardziel może wystąpić w każdym okresie życia, to jednak w wieku późniejszym coraz rzadziej się to zdarza. Najmłodszy nasz chory liczył siedem lat (Wincenty Ch., l. 7, syn wyrobnika z Wielowsi pow. Tarnobrzeg. Rhinitis atrophica, Scleroma laryngis sub forma chordit. vocalis infer. hypertroph.; dwie laryngofisury, przypalania elektrokauterem, rurki Schröttera i tubusy); najstarsza chora liczyła 70 lat, a była to również twardziel krtani (Chorditis vocal. hypertr. infer.) i górnej części tchawicy ze zwężeniem średniego stopnia.

Według zawodów było:

wyrobników	110
służących	27
rolników	53
handlarzy, kupców	15
wojskowych	5
rzemieślników	25
żon urzędników	2
nauczycielka	1
właściciel furmanek	1
położna	1
uczniów szkół średnich	3
ksiądz	1
przy rodzicach, bez zajęcia	29
Razem	273

Według wyznania (narodowości protokoły szpitalne nie notują):

wyznania rzymsko-katol.	162
» grecko-katol.	75
» mojżeszowego	36
Razem	273

Twardziel rozrzucona jest niemal równomiernie po całej Galicyi. Na 70 powiatów, na jakie cały kraj się dzieli, tylko z 13 nie mieliśmy w klinice ani jednego przypadku twardzieli. Pewną nadwyżkę, jaką co do ilości przypadków twardzieli okazuje zachodnia część kraju (121) w porównaniu ze wschodnią (111), należy w wielkiej mierze położyć na karb tego, że chorzy ze wschodniej Galicyi szukają pomocy w pierwszym rzędzie w szpitalu lwowskim, jako bliżej dla nich położonym. Dokładniejsze daty statystyczne pod tym względem dałoby zapewne zestawienie ze statystyką szpitala lwowskiego, którą niestety nie rozporządzam. Przytoczona poniżej tablica wykazuje rozmieszczenie twardzieli w poszczególnych powiatach w odstępach 5-letnich, z niej też łatwo można się przekonać, że ilość powiatów, w których twardziel występuje, coraz bardziej się zwiększa, a niektóre powiaty, jak Nisko, Ropczyce, Brzozów, wykazują również stałe wzrastanie liczby przypadków twardzieli.

Powiat	1895—1899	1900—1904	1905—1910	Razem
Bobrka	1	—	—	1
Bochnia	—	—	2	2
Bohorodczany	—	1	—	1
Borszczów	3	1	1	5
Brody	1	—	—	1
Brzesko	2	2	2	6
Brzeżany	1	—	—	1
Brzozów	2	3	4	9
Buczacz	1	1	1	3
Cieszanów	—	3	3	6
Chrzanów	—	—	1	1
Czortków	3	1	—	4
Dąbrowa	—	2	2	4
Dobromil	—	—	2	2
Drohobycz	1	—	—	1
Gorlice	2	—	1	3
Gródek	1	—	—	1
Horodenka	1	—	—	1
Husiatyn	1	2	5	8
Jarosław	6	2	2	10
Jasło	1	1	—	2
Jaworów	1	—	1	2
Kałusz	1	—	—	1
Kolbuszowa	2	—	2	4
Kołomyja	—	—	2	2
Kraków	2	2	2	6
Krosno	3	1	1	5
Leżajsk	1	—	1	2
Lisko	2	1	2	5
Łańcut	—	1	1	2
Mielec	2	1	3	6
Mościska	1	—	—	1
Myślenice	—	—	1	1
Nisko	5	4	7	16
Nowy Sącz	—	1	—	1
Podgórze	—	—	1	1
Podhajce	2	—	2	4
Pilzno	—	—	1	1
Przemyślany	—	—	1	1
Przemyśl	—	1	—	1
Przeworsk	—	1	1	2
Rawa Ruska	1	1	1	3
Rohatyn	1	1	—	2
Ropczyce	3	6	4	13
Rzeszów	2	2	1	5
Rudki	—	—	1	1
Sanok	2	2	3	7
Sambor	—	1	1	2
Skałat	5	—	1	6
Stare-Miasto	2	—	—	2
Sokal	3	2	—	5
Stryj	1	1	1	3
Strzyżów	3	1	—	4
Tarnów	1	2	1	4
Tarnobrzeg	3	2	3	8
Tarnopol	—	4	3	7
Tłumacz	2	—	—	2
Trembowla	1	4	3	8
Turka	—	1	—	1
Wadowice	1	—	—	1
Wieliczka	2	1	1	4
Zaleszczyki	1	—	—	1
Zbaraż	1	—	—	1
Zborów	—	—	1	1
Żółkiew	2	—	1	3
Żywiec	1	1	—	2
Ambulant z niewiadomego powiatu	—	—	1	1
Z poza Galicyi	—	—	—	40
			Razem	273

Z powodu, że u większości chorych miejsce urodzenia jest zarazem ich miejscem zamieszkania, a inni chorzy, zwłaszcza służący i wyrobnicy, za każdym pobytem w szpitalu podają coraz to inne miejsce zamieszkania, zestawiłem tę tablicę na podstawie miejsca urodzenia. Dla jaśniejszego przeglądu załączam również mapkę Galicyi, sporządzoną przez Baurowicza przy ogłoszeniu w »Archiv für Laryngologie« pierwszych 100 przypadków twardzieli z kliniki prof. Pieniążka, którą tylko dalszemi liczbami uzupełniam.

Oceny i sprawozdania.

Prof. Dr H. Schlesinger: **Wskazania do zabiegów chirurgicznych przy chorobach wewnętrznych.** (Die Indikationen zu chirurgischen Eingriffen bei inneren Erkrankungen für den Praktiker bearbeitet von Prof. Dr H. Schlesinger mit einem Anhange von Prof. Dr J. Schnitzler). Fischer. Jena 1910.

Dzieło powyższe, doczekawszy się licznych tłómaczeń na różne języki, wychodzi obecnie w drugiem wydaniu, znacznie przerobionem z powodu zaszłej tymczasem zmiany poglądów. Dzieło to zaliczyć można do dzieł nader pożytecznych dla lekarzy praktyków, uwzględniających wskazówki z pogranicza medycyny wewnętrznej i chirurgii.

Dzieło (600 stronic) obejmuje 18 rozdziałów, a każdy rozdział zawiera, zwięźle ujęte, uwagi o etyologii, anatomii patologicznej, rozpoznaniu i przebiegu danego cierpienia oraz przegląd najważniejszych i najnowszych monografii, aby umożliwić czytelnikowi w razie potrzeby dokładniejsze rozpatrzenie się w literaturze danej jednostki chorobowej. Co do zabiegów chirurgicznych, podane są w każdym poszczególnym przypadku wskazania i przeciwwskazania, skutki zaniechania wskazanych zabiegów, a pomyślne skutki ich wykonania, jak również niebezpieczeństwa, towarzyszące poszczególnym zabiegom chirurgicznym. Dokładnie, a krytycznie uwzględnia autor wyniki najnowszych badań nad chirurgią chorób płuc (jamy oskrzelowe, gruźlica, ropnie, rozedma, zgorzel płuc). Trudno byłoby przechodzić szczegółowo różne obrazy chorobowe, roztrząsane w pracy omawianej. Wspomnę tylko o zapaleniu wyrostka robaczkowego, tak bardzo zajmującem lekarzy praktyków. Przedstawienie obrazu i wskazówki autora są ścisłe i jasne. Jeżeli przy zapaleniu wyrostka gorączka utrzymuje się dłużej, aniżeli 5 dni, można z największem prawdopodobieństwem przyjąć, że rozwija się ropienie. Taksamo przemawiają za ropieniem powtarzające się podniesienia gorączki, z przerwami, wolnemi od gorączki, a nadto trwałe lub wzmagające się stale przyspieszenie tętna. Przy znacznych ropieniach może gorączka z czasem ustać. Zapalenie otrzewnej, pojawiające się przy zapaleniu wyrostka bez miejscowego guza w okolicy kątnicy, pociąga za sobą zazwyczaj ciężki zapad i kończy się śmiercią. Niekiedy można spostrzegać stopniowo postępujące zapalenie ropne otrzewnej, przy którem bywa zazwyczaj nieregularny przebieg gorączki, a tkliwość i bolesność oraz opór, istniejący zrazu tylko nad prawym talerzem biodrowym, szerzą się stopniowo i dają się stwierdzić na całym brzuchu. Częste dreszcze i poty, przy braku guza, przemawiają za tem, że bolesność w brzuchu pochodzi od zapalenia żyły wrotnej (pylephlebitis). Zdaniem Schlesingera ważne znaczenie rozpoznawcze ma objaw Blumberga, t. j. występowanie bolu nietyle przy samym ucisku, ile po nagłem odjęciu uciskającej ręki; natomiast niepewny jest objaw Rovsinga, t. j. powstawanie bolu w okolicy kątnicy przy ucisku na lewe podbrzusze. O ile istnieją wahania ciepłoty, wstępne wymioty i objawy zapalenia otrzewnej lub ropnicy, to wówczas bolesność okolicy wyrostka robaczkowego czyni rozpoznanie pewnem. Zachowanie się leukocytów nie może stanowić pewnej podstawy do przyjęcia ropienia, aczkolwiek jednorazowe choćby wystąpienie liczby 20.000 w mm^3 przemawia za ropieniem. Leukopenia przy równoczesnem ogólnem zapaleniu otrzewnej jest złym prognostykiem. Utrzymywanie się miejscowego guza przy spadającej liczbie krwinek białych dowodzi otorbienia. Schlesinger jest przeciwnikiem nakłuwania próbnego celem stwierdzenia ropy. Chełbocący guz w miednicy małej, pozostający w związku z oporem nad talerzem biodrowym, dowodzi niezbicie ropy. Autor podaje szczegółowe wskazówki, kiedy należy operować natychmiast lub »na gorąco«, a kiedy należy napad przeczekać i operować »na zimno«, jak się zachować przy równoczesnem powikłaniu z ciążą i jakie są przeciwwskazania operacyi.

Nadmienić muszę, że liczne historye chorób wplecione dla ilustracyi, czynią czytanie dzieła znacznie przyjemniejszem i łatwiejszem, że sposób pisania jest krótki i dobitny i że podział materyału bardzo ułatwia rozejrzenie się w przedmiocie. Jednem słowem, dzieło Schlesingera jest bardzo pożyteczne dla lekarza praktykującego, internisty i chirurga.

Dr M. Blassberg.

Piśmiennictwo bieżące.

Ginekologia i położnictwo.

Mykiertyczianc. **Mammina Poehla, jako nowy środek leczenia włókniako-mięśniaków i zapaleń przewlekłych macicy.** (Wracz. Gaz. 1910. Nr. 1—2). Autor przedstawia wyniki swych spostrzeżeń, zebranych w klinice moskiewskiej. Wszystkich spostrzeżeń zebrał 50; w tej liczbie było 26 włókniako-mięśniaków, 24 zapaleń przewlekłych macicy. Wielkość włókniako-mięśniaków wahała się między orzechem laskowym a pięścią człowieka dorosłego. Zupełne zniknięcie nowotworu zauważył M. w 2 przypadkach, zmniejszenie się guza o dwa do trzech razy — w 10 przypadkach, zmniejszenie się guza mniej niż dwa razy — w 11 przypadkach. W 3 przypadkach leczenie nie wywarło żadnego wpływu. W 11 na 12 przypadków znikły krwotoki i powróciła prawidłowa miesiączka. W przypadku dwunastym krwotoki stały się rzadsze i mniej obfite. Bóle znikły w 17 na 21 przypadków, białe upływy w 11 na 15. M. dodaje, że u 6 chorych systematyczne leczenie ergotyną i wyciągiem gorzknika kanadyjskiego (hydrastis) nie dało żadnych wyników. W czasie leczenia mamminą chore czuły się doskonale i ogólny stan ich znakomicie się poprawił.

Przewlekłych zapaleń macicy spostrzegał M. 24 przypadki. Krwotoki ustały we wszystkich 7 przypadkach, w których je spostrzegano; w 11 na 14 przypadków miesiączkowanie stało się prawidłowem. Bóle znikły w 12 na 20, zmniejszyły się w 5 przypadkach. Białe upływy znikły w 7 na 17, a zmniejszyły się w 9 przypadkach. Po dłuższem podawaniu mamminy wielkość macicy powracała do granic prawidłowych, krwotoki ustawały po 2—4 dniach leczenia; bóle i upławy zmniejszały się po 1—2 tygodniach i znikały najpóźniej po 1—2 miesiącach leczenia. M. podnosi, że w wielu przypadkach przestrzykiwania z wody gorącej, powietrze gorące, ergotyna, wyskrobanie, nie dały wyników dodatnich, natomiast po podaniu mamminy objawy choroby w krótkim stosunkowo czasie ustępowały.

M. podawał mamminę w kołaczykach po 0,50 od 3—6 razy dziennie w czasie jedzenia lub wstrzykiwał 2% rozczyn co 1—2 dni w ilości 2,00. Często stosował M. obydwa te sposoby jednocześnie. W końcu przytacza M. szczegółowe opisy swoich przypadków i podaje następujące wnioski: 1) Mamminę Poehla należy uznać za skuteczny środek w leczeniu włókniako-mięśniaków macicy i każdy taki przypadek należy leczyć mamminą najmniej w ciągu 1—2 mie-

sięcy i tylko w razie wyniku ujemnego należy przystąpić do operacyi. 2) Najlepsze wyniki daje leczenie mammimą w tych przypadkach, kiedy macica jest wielkości 4—5 miesięcznej ciąży. Gdy macica jest większa, leczenie nie wywołuje zmniejszenia się nowotworu, jednakowoż usuwając krwotoki i wzmacniając ustrój, pozwala wybrać dogodniejszy czas dla operacyi i wykonać ją w bardziej sprzyjających warunkach. 3) Mammina działa analogicznie do ergotyny lub gorzknika, przewyższa je jednak skutecznością. 4) Jak się zdaje, podawanie mamminy w ciągu dłuższego czasu (1—1 $^1/_2$ roku) nie jest szkodliwe dla ustroju.

L. Mańkowski.

A. Bauereisen. **Stosunki między białkiem mleka kobiecego i białkiem surowicy matki i dziecka.** (Arch. f. Gyn. 90, z. II). Ciała proteinowe siary i późniejszego mleka okazują blizkie pokrewieństwo między sobą, jakoteż z białkiem surowicy krwi matki. Pewne pokrewieństwo, choć w mniejszym stopniu, dało się wykazać także między kazeiną, a proteinami mleka i krwi. Surowica krwi noworodka, który jeszcze nie ssał, zawiera te same antygeny (substancye wytwarzające ciała zobojętniające), jak i surowica krwi matki, choć w mniejszej ilości. Ta różnica ilościowa polega na większej względnie mniejszej zawartości ciał białkowatych z surowicy matki wzgl. dziecka. Zmniejszenie wagi ciała noworodka mniej więcej do 5. dnia życia należy odnieść nietylko do wydalania smółki, moczu i wody, lecz także do bezpośredniego zużycia tłuszczu i białka ustrojowego, które się uwidocznia w zmienionej zawartości białka surowiczego w pierwszych dniach życia. Po 5. dniu zwykle noworodek zaczyna przybierać na wadze; istotnie krzywa zawartości białka również zaczyna się podnosić i wzrasta odtąd stale, aż mniej więcej około 10. miesiąca życia dosięga wysokości krzywej białka u dorosłych. W 10. miesiącu przechodzi więc surowica o małem działaniu zobojętniającem w stan niejako dojrzały surowicy o zupełnem działaniu ochronnem, jakie posiada prawidłowa krew dorosłego człowieka. Jedynem pożywieniem, które zdoła ochronić noworodka zupełnie przed utratą na wadze lub pozwala znowu szybko odzyskać wagę, jest siara matki, co daje się zresztą udowodnić na drodze chemicznej i biologicznej. Siara kobieca zawiera w pierwszym dniu około 8—9% białka; ilość ta zmniejsza się z dnia na dzień, tak że w 10. dniu dochodzi do minimum 1%, utrzymującego się już przez wszystkie miesiące karmienia. Chcąc noworodka napewno uchronić przed początkowym ubytkiem wagi, który dotychczas uważano za nieuchronny, należy matce w czasie ciąży dawać pożywienie obfitujące w białko, pępowiny nie należy zbyt prędko podwiązywać, noworodka należy jak najwcześniej przyłożyć do piersi matki. Białko siarowe jest dla noworodka wprost niezbędne, nie dające się niczem zastąpić. Nadto dzięki zawartości ciał proteinowych, chemicznie i biologicznie pokrewnych białku surowicy mleka, stanowi siara stopniowe przejście do odżywienia późniejszem mlekiem matki, i wzbogaca surowicę krwi noworodka białkiem, które jest zdolne wywołać działanie uodporniające. Pewne ciała uodporniające matek, czynnie lub biernie uodpornionych, zostają również przez siarę przeniesione na noworodki.

E. Ehrenpreis.

Okulistyka.

Staneulcanu i Radu. **W sprawie etyologii jaglicy.** (C. R. Soc. de Biol. 1909 półrocze I.). Autorowie podjęli poszukiwanie tworów o postaci sferycznej lub eliptycznej, znajdowanych w jaglicy przez Prowazka, Greefa, Clausena i innych. Zeskrobaną z chorej spojówki miazgę barwili metodą Leischmanna, przyczem we wszystkich przypadkach znajdowali obok prawidłowych komórek nabłonkowych, komórki odrębne, zawierające twory eliptyczne lub sferyczne. Twory te barwiły się błękitno lub fioletowo, jak jądro komórki i miały postać dwoinek. Zwykle w komórce można było znaleść jedną tylko taką dwoinkę obok jądra. Gdy zaś było ich dwie, to zajmowały one przeciwległe bieguny komórki, a od nich ku jądru ciągnęły się drobniutkie ziarenka. Czasami twory te wypełniały całkowicie komórkę, która wtedy traciła swe kształty, a obok niej znajdowały się również twory podobne. W przewlekłych postaciach jaglicy twory te bardzo rzadko można było widzieć. Natomiast można je było znaleść w chalazion, tylko w cokolwiek zmienionej postaci.

L. Mańkowski.

A. Curtil. **Przypadek błoniczego zapalenia spojówki o łagodnym przebiegu. Obecność prątków Loefflera w spojówce przez szereg miesięcy po wyleczeniu.** (Rev. gén. d'Opht. 1909. Nr. 10). W pewnym przypadku błoniczego zapalenia spojówki badanie bakteryologiczne, przez przeciąg trzech miesięcy po wyzdrowieniu często ponawiane, wykazywało obecność prątków Loefflera w czystej hodowli. Na błonie śluzowej gardła, krtani i nosa jest to zjawisko oddawna znane. Należałoby się na podstawie dalszych badań klinicznych przekonać, czy tak samo ma się rzecz po przebyciu błoniczego zapalenia spojówki. W każdym razie u ozdrowieńców po takiem zapaleniu należy przez czas dłuższy powtarzać badanie bakteryologiczne wydzieliny spojówkowej i w razie obecności prątków Loefflera zarządzić odpowiednie środki ostrożności i przestrzedz otoczenie przed niebezpieczeństwem przeniesienia się błonicy.

K. W. Majewski.

Prof. Wicherkiewicz. **Zajęcie ócz w następstwie wietrznej ospy.** (Postęp okul. 1900. Nr. 4). Autor opisuje przypadek, dotyczący siedmioletniej dziewczynki, u której w przebiegu ospy wietrznej spostrzegał na oku zmiany w postaci chrostek na skórze powiek, na brzegu rzęsowym, oraz głęboki naciek w środku rogówki. Nadto spojówki powiek i załamków pokryte były błoną, rzekomo dającą się zdjąć bez trudu. Z wejrzenia pęcherzy na skórze powiek, nie różniących się niczem od chrostek wysypki ospowej, rozsianych po twarzy i ciele dziecka, wnosi autor, że zmiana na rogówce nie była niczem innem, jak objawem wysypki ospowej, usadowionej na oku w sposób wprost niezwykły.

K. W. Majewski.

Roy. **Samoistna torbiel surowicza, swobodnie pływająca w przedniej komorze.** (Ophthalmology 1909. V. VI. nr. 1). U 21-letniej krawczyni wykazało badanie w przedniej komorze prawego oka wolno pływający pęcherzyk, postaci jajowatej, wypełniony cieczą przejrzystą. Na otoczce pęcherzyka widoczne były złogi brunatnego barwika, tej samej barwy, co tęczówka. Pęcherzyk bez śladu jakiejkolwiek szypułki pływał w cieczy wodnej o tyle swobodnie, o ile na to w tak szczupłej przestrzeni wielkość jego pozwalała. Gałka oczna, a w szczególności tęczówka nie okazywała żadnych zmian, ani żadnych objawów zadrażnienia. Autor przypuszcza, że torbiel powstała z przyczyn niewyjaśnionych w tylnej komorze z barwikowej warstwy tęczówki lub ciała rzęskowego. Szypułka, na której niewątpliwie torbiel z początku wisiała, uległa przerwaniu, a tak oswobodzony pęcherz przy ruchach oka i źrenicy wydobył się do przedniej komory.

K. W. Majewski.

Genning i Hill. **Etyologia zapalenia tęczówki.** (Ophthalmology 1909. V. VI. nr. 1). Autorowie podają zestawienie, obejmujące 500 przypadków. W tej liczbie przyczyną była kiła w 307 przyp. (61·4%), gościec w 127 przyp. (25·4%), wiewiór w 26 przyp. (5·2%). Widać z tego, że te trzy czynniki etyologiczne razem wzięte wywołują zapalenie tęczówki w 92% przypadków. Pozostałych 8% rozdziela się na następujące schorzenia ogólne: grypa, dur brzuszny, zimnica, gruźlica, porody i połogi, zapalenie błony śluzowej macicy, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, zapalenie płuc, odra, dna, cukrzyca, wreszcie niektóre zatrucia.

K. W. Majewski.

Würdemann. **Wydobywanie zaćmy w torebce.** (Ophthalmology 1909, V. VI., Nr 1). Würdemann opiera swe zdanie o wartości tej metody operacyjnej na 45 przypadkach, opisanych bardzo dokładnie. Wydaje on o operacyi tej sąd korzystny. Z zachowaniem koniecznych prze-

pisów technicznych, które omawia szczegółowo, można bez obawy powikłań wydobywać soczewkę w zamkniętej torebce we wszystkich przypadkach zaćmy pierwotnej niepowikłanej. Nie poleca się operować tym sposobem zaćm urazowych, zaćm bardzo przejrzałych (cataracta morgagniana, cataracta tremula, subluxata i t. d.), ani zaćm wrodzonych, lub powstających w młodocianym wieku. Główną korzyścią, jaką daje ta operacya jest, że odsłania ona odrazu źrenicę czarną, operowany zatem daleko prędzej uzyskuje ostateczny wynik optyczny, który nieraz długo daje czekać na siebie, jeśli w źrenicy pozostają resztki kory i torebki. Odpada również potrzeba tak częstych rozcięć (dyscysyi), bo zaćma wtórorzędna niema z czego powstać. Nie widuje się też tak często zapalnych stanów tęczówki i uporczywego zadrażnienia oka, a wynik optyczny w znacznej większości przypadków jest bardzo korzystny, wyższych stopni niezborności rogówkowej da się uniknąć przez zachowanie reguł wzorowej techniki operacyjnej. Leczenie pooperacyjne może być bardzo uproszczone: pierwsza zmiana opatrunku dopiero na piąty dzień po operacyi, czasem nawet później. Atropinizacya zazwyczaj zbyteczna. Wszystkie te korzyści równoważą w zupełności szkody i niebezpieczeństwa, jakiemi zagraża ewentualna utrata ciała szklistego podczas operacyi. Zresztą powikłanie to zdarza się nie o wiele częściej, niż przy zwyczajnem wydobyciu zaćmy z rozcięciem torebki. K. W. Majewski.

Prof. Wicherkiewicz. **Niezwykły przypadek przyrodzonego zwichnięcia soczewki.** (Postęp okul. 1909, Nr 6). W przypadku wrodzonego zwichnięcia soczewek na obu oczach zamierzył W. na jednem oku wykonać wydobycie soczewki, wyprowadzonej do przedniej komory i uwięzionej przez następowe zwężenie źrenicy zapomocą ezeryny. Przy pierwszej próbie wywołał jednak ten manewr przygotowawczy gwałtowny napad jaskry z zaćmieniem rogówki i obniżeniem bystrości wzroku do samego tylko poczucia światła. Przy ponownej próbie postąpiono o tyle odmiennie, że wydobycie wykonano natychmiast po »uwięzieniu« soczewki w przedniej komorze, zanim jakiekolwiek objawy jaskry zdołały się wytworzyć. Przebieg gojenia był prawidłowy, wynik zaś optyczny na razie nie zadowalniający z powodu zaćmienia rogówki, jakie pozostało po napadzie jaskry. K. W. Majewski.

J. Żurkowski. **Powierzchnie toryczne i zastosowanie ich do okularów.** (Postęp okul. 1909, Nr 4). W pracy tej podaje autor geometryczne definicye brył i powierzchni torycznych, które, jak wiadomo, powstają z obrotu koła do około linii leżącej w jego płaszczyźnie, ale nie przechodzącej przez jego środek. Jeżeli ta oś obrotu leży poza obrotem koła, wtedy koło to opisze bryłę w postaci litego pierścienia. Szkła toryczne są skrawkiem w ten sposób powstałej bryły. Powierzchnie ich zatem posiadają w dwóch kierunkach skrajnie różną refrakcyę. Zależnie od tego, czy skrawek wycięty jest z samego pierścienia, czy z jego negatywu, uzyskujemy szkło toryczne wklęsłe lub wypukłe. Szkła wycięte ze środkowego, a nie z zewnętrznego brzegu pierścienia działają w jednym południku skupiająco, w drugim rozpraszająco. Tak tedy jedna powierzchnia toryczna łączy w sobie działanie dwóch walców wypukłych, dwóch walców wklęsłych, a wreszcie kombinacyę walca wypukłego z wklęsłym. Autor omawia bliżej własności i zalety szkieł torycznych, dla których szkła te zasługują na zastosowanie w okulistyce dla wyrównania niezborności mieszanej, oraz różnych rodzajów niezborności złożonej. K. W. Majewski.

K. W. Majewski. **O okularach à la Chamblant.** (Postęp okul. 1909, Nr 8 i 9). Zegarmistrz genewski Chamblant wyszlifował około roku 1825 dla użytku okulistów szkła o powierzchniach walcowatych, mające zastąpić szkła sferyczne do wyrównania zwyczajnej niedomiarowości lub nadmiarowości, lub szkła sferocylindryczne dla poprawy niezborności złożonej. W szkłach tych osie obu walców stoją na sobie zawsze prostopadle, a walce są jednakowego znaku. Jeśli są równej siły, szkło działa sferycznie, jeśli różnej, działanie szkła odpowiada działaniu kombinacyi soczewki sferycznej z cylindryczną. Autor omawia bliżej optyczne własności tych szkieł, oraz ich zalety, dla których nadają się w wielu przypadkach do zastosowania w praktyce okulistycznej. R. W. Majewski.

Doc. R. Noiszewski. **Chromofotometr, przyrząd dla oznaczania wrażliwości siatkówki na światło w stanach prawidłowych i chorobowych.** (Postęp. okul. 1909, Nr 6). Autor podaje opis chromofotometru, przyrządu, zapomocą którego możemy określić wrażliwość siatkówki na najmniejszą jasność. Badany patrzy do wnętrza ciemnej skrzynki, w której na przeciwległej ścianie umieszczone są dwa paski włóczki, jeden czerwony, odpowiadający barwą linii B. widma słonecznego, drugi z włóczki niebieskiej o barwie widma pomiędzy liniami F. i G. Na paski te pada światło z boku, pod kątem 45^0, przez okienko, którego wielkość możemy dowoli zmieniać w granicach od 0,1 mm^2. do 1 dm^2. Przystępuje się do badania wrażliwości przy okienku najbardziej rozwartem, tak aby osoba badana mogła zupełnie dokładnie rozróżnić obie barwy, poczem zmniejsza się stopniowo otwór, aż zniknie jedna, a następnie i druga barwa, i pozostaje tylko mniej lub więcej wyraźna jasność od barwy sinej; wtedy pomniejsza się dalej okienko, aż do chwili, kiedy jasność ta stanie się ledwo dostrzegalną. W ten sposób dochodzi się do progu pobudliwości świetlnej, czyli określa się wrażliwość siatkówki na najmniejszą jasność. Po oznaczeniu progu pobudliwości świetlnej powiększa się znowu okienko dotąd, aż badany zdoła rozpoznać barwę czerwonej włóczki. W ten sposób oznaczamy skalę wrażliwości siatkówki na całą rozpiętość widma słonecznego. K. W. Majewski.

T. Kleczkowski. **Włókna rdzenne w siatkówce, a plama Mariottea.** (Postęp okul. 1909, Nr 1). W przypadkach obecności włókien rdzennych w siatkówce plama Mariottea była zawsze i to znacznie powiększona. Wielkość jej była zawsze najmniejsza dla barwy białej, rosnąc stopniowo dla barwy niebieskiej, żółtej, czerwonej i zielonej, tak, że plama Mariottea otoczona była zawsze jakby obwódką siatkówki o zmniejszonej wrażliwości, której granice przebiegały prawie zupełnie równolegle. Granice plamy Mariottea dla barwy niebieskiej równały się prawie granicom dla barwy białej; granica dla barwy żółtej była blizko granicy niebieskiej. Dla barwy czerwonej zwiększała się plama Mariottea dosyć znacznie, granica zaś dla barwy zielonej znajdowała się w bardzo nieznacznej odległości od granicy dla barwy czerwonej. Postać plamy Mariottea w rzucie odpowiadała mniej więcej postaci tarczy nerwu wzrokowego, wspólnie z włóknami rdzennemi, rozpromieniającemi się od jej brzegów na siatkówkę. Powiększenie to plamy Mariottea podmiotowo zupełnie nie było odczuwane, a jedynie tylko przedmiotowo dało się stwierdzić zapomocą perymetru. Powiększenie to z powodu braku innych przyczyn, mogących wpływać na wielkość plamy Mariottea, należy odnieść do obecności włókien rdzennych w siatkówce. K. W. Majewski.

K. Rumszewicz. **Zmiany tarczy nerwu wzrokowego przy uszkodzeniach przedniej części gałki.** (Postęp okul. 1909, Nr 7). W czterech przypadkach zranień przedniego odcinka gałki znalazł autor zmiany drobnowidowe w tarczy nerwu wzrokowego, odpowiadające anatomicznemu obrazowi tarczy zastoinowej, z tą wyłącznie różnicą, że blaszka sitowa nietylko nie była wypukłona ku przodowi, ale raczej wypukłała się ku tyłowi. Rumszewicz opisał również w »Postępie okul.« (1909, Nr 5) w przypadku gruźlicy przedniej części gałki, zapalenie tarczy nerwu wzrokowego, bez jakichkolwiek znamion gruźliczych. Tłomaczy on sobie powstanie tej zmiany działaniem toksyn, które w tym przypadku tem łatwiej do nerwu wzrokowego się dostawały, ponieważ z powodu zatkania przestrzeni Fontany

i przewodu Schlemma odpływ cieczy śródocznej przez pochewki nerwu wzrokowego musiał się niewątpliwie odbywać na większą skalę, niż w warunkach zwyczajnych. Prawdopodobnie tak samo rzecz się ma przy zapaleniu tarczy, powstającem przy urazowych uszkodzeniach przedniej części gałki ocznej. K. W. Majewski.

Henning (Kopenhaga). **O patogenezie sprzężonego zboczenia gałek ocznych.** (Ophthalmology 1909, Vol. VI., Nr 1). Prévost w swej klasycznej monografiii o sprzężonych zboczeniach gałek ocznych postawił prawidło, że chory obu oczyma patrzy w tę stronę, po której w mózgu znajduje się ognisko chorobowe. Później Landouzy i Grasset wykazali, że w przypadkach, gdzie przeważają objawy podrażnienia, lub zanim wystąpią ostatnie objawy porażne, zjawisko to zachowuje się wprost odwrotnie, chory oczu nie zwraca ku ognisku, lecz odwraca je w przeciwną stronę. Obydwa te zjawiska mają się zatem do siebie tak, jak porażenie połowicze do kurczu połowiczego. Badania Landouzyego, Grasseta, Wernickego, Henschena, Monakowa, Bernheimera i innych, oparte na nekroskopiach i wiwisekcyach, wskazują, że ośrodek ruchowy dla sprzężonych ruchów gałek ocznych znajduje się w okolicy zakrętu kątowego (gyrus angularis). K. W. Majewski.

Doc. R. Noiszewski. **Zatrucie gromadne blekotem.** (Postęp okul. 1909, Nr 5). W Dynaburgu wystąpiło gromadne zatrucie atropiną wśród ludności żydowskiej. Liczba osób zatrutych dochodziła do kilku tysięcy, ściśle jednak oznaczyć jej nie można, nie wszyscy bowiem chorzy zgłaszali się do lekarzy. Wszystkie przypadki zatrucia powstały w lutym z. r. w czasie świąt żydowskich »Purim«. lub w krótki czas później. Dochodząc przyczyny tego ogólnego zatrucia, zwrócono uwagę na mak, który ludność starozakonna spożywa w czasie świąt »Purim«. Otóż próba tego maku, dostarczanego żydom z jednego źródła, wykazała 7⁰/₀ domieszkę nasienia blekotu (hyoscyamus niger). Zatrucia po większej części były lekkie. Objawy ograniczały się zazwyczaj do porażenia lub niedowładu akomodacyi. W kilkunastu jednak przypadkach zatrucie wywoływało silne przyspieszenie tętna, a nawet bezgłos i szał atropinowy. Na uwagę zasługuje, że wszystkie osoby, które doznały zwidywań, widziały czarne koty. Autor badał osobiście ogromną liczbę zatrutych osób i zaznacza, że w żadnym przypadku nie znalazł zmian na dnie oczu.

K. W. Majewski.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne d. 26. kwietnia 1910 r.

1) Józef Jaworski przedstawił 36-letnią kobietę z **przepukliną brzuszną macicy ciężarnej.** Pierwszy poród operacyjny, 2-gi, 3-ci i 4-ty prawidłowe, bez pomocy lekarskiej, 5-ty poród przed 4 laty, ukończony przy ciąży przedługiej (11-miesięcznej) przez cięcie cesarskie. Obecnie jest chora w 5-tym miesiącu ciąży. Uderzającem zjawiskiem jest brzuch w bardzo wysokim stopniu obwisły, a właściwie wystający bardzo ku przodowi. Przy obmacywaniu wyczuwa się ciało kulisto-cylindryczne, łatwo przesuwalne, którego zarówno kształt, jak i spoistość nie pozwalają wątpić, iż jest to macica ciężarna, wielkością swą odpowiadająca końcowi 5-go miesiąca ciąży. Badanie przez pochwę wykazuje brak macicy w miednicy. Jest ona odchylona i przegięta ku górze i naprzód, nadto jest wprost zgięta poprzez spojenie łonowe na dół i znajduje się w worku przepuklinowym, wytworzonym właściwie tylko z powłok skóry, a dno jej ustawione jest znacznie niżej, niż szyjka. Rozstęp mięśni prostych brzucha jest bardzo znaczny, a nawet jest ich zanik. Osobę tę czeka ponowne cięcie cesarskie, które mówca w czasie właściwym wykonać zamierza.

2) Władysław Janowski w dłuższym wykładzie omówił **niemiarowości tętna** podług następującego ich ugrupowania: 1) Zaburzenia w wytwarzaniu pobudek (chronotropismus), 2) zaburzenia w kurczliwości (inotropismus), 3) zaburzenia w przewodnictwie (bromotropismus), 4) zaburzenia w pobudliwości serca (bathmotropismus), 5) nieprawidłowości w miejscu wytwarzania się pierwotnych pobudek; tętno węzłowe, 6) skojarzenia różnych rodzajów niemiarowości serca. Wykład był objaśniony przedstawieniem i szczegółowem wytłomaczeniem 39 krzywych, z których 32 zdjętych przez samego prelegenta.

Tadeusz Wilczyński.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie z d. 8. czerwca 1910.

Przewodniczący: kol. A. Krusche. Sekretarz: kol. E. Sonnenberg.

1. Kol. Tomaszewski przedstawił siedmioletniego chłopca **z przewlekłem zapaleniem mięśni** (polymyositis chronica). Chory od 5 lat kuleje na lewą nóżkę, od tegoż czasu ropotok z lewego ucha. Od trzech tygodni chory zaczął sztywnieć, pocić się i skarżyć na bole. Więcej danych wywiadowych nie udało się wydobyć od matki, która przywiozła chłopca do szpitala. Obecnie daje się zauważyć zupełne zesztywnienie i stężenie mięśni i skóry na głowie, na tułowiu i górnych kończynach. Kończyny dolne prawidłowe, skóra nie zaczerwieniona. Ruchy kończyn górnych ograniczone w stawie barkowym, tak, że chory może podnieść rękę tylko do poziomu. W stawach łokciowym i garstkowym ruchy prawidłowe. Chory łyka i oddycha swobodnie. Miejsca porażone nie bolesne. Ciepłota nie podniesiona. Odruchy: kolanowy bardzo żywy, Achillesa daje się wywołać z trudem, odruch Babińskiego ujemny, mosznowy bardzo żywy, brzuszny silnie wyrażony. Serce i narządy brzuszne prawidłowe. Tętno przyspieszone, 120 na minutę. W moczu białka niema. Odczyn dwuazowy dał wynik ujemny. Ilość ciałek czerwonych we krwi prawidłowa białych 8.000. Eozynofilnych leukocytów 2⁰/₀ ogólnej liczby. Stan chorego wzbudzał przypuszczenie włośnicy (trichinosis), przeciwko temu jednak stanowczo przemawiały: nie podniesiona ciepłota, brak bolów, ujemny odczyn dwuazowy, bardzo mała ilość ciałek eozynochłonnych i brak wszelkich danych wywiadowych, któreby mogły to przypuszczenie potwierdzić. W celu przekonania się o charakterze sprawy, odgrywającej się w mięśniach, wycięto kawałek mięśnia barkowego dla zbadania drobnowidowego (preparaty jeszcze nie gotowe). Rozpoznano przewlekłe zapalenie wieloogniskowe mięśni (polymyositis chronica).

Pierwsze spostrzeżenia tej choroby podali Wagner, Unverricht, następnie Strümpell, Loewenfeld, Senator, Lorenz, Kader i Oppenheim. Choroba ta zdarza się i u dorosłych i u dzieci. Jako przyczynę podają wspomniani autorowie różne zakażenia: gruźlicę, grypę, zapalenie gardła, gościec stawowy, płonicę, wiewióra i t p. Senator dopatruje się związku z zaburzeniami w przewodzie pokarmowym. Oppenheim spostrzegał dwa przypadki w następstwie zbyt energicznego leczenia kneippowskiego. Większość autorów odróżnia tę formę zapalenia mięśni (polymyositis) od ropnego zapalenia mięśni, inni znowu (Kader) uważają ten podział za sztuczny i twierdzą, że w obu tych postaciach chodzi o sprawę septyczną w mięśniach (myositis septica). raz połączoną z ropieniem, drugi raz — bez niego. Leczenie przedewszystkiem diaforetyczne. W przypadku przedstawionym chory bierze ciepłe kąpiele i zawijanie w koce. Jednocześnie leczy się i cierpienie uszne. Od paru dni kol. Czaplicki wstrzykuje choremu fibrolizynę.

2. Kol. Tomaszewski przedstawił **dwa przypadki**

prawostronnego wrodzonego zwichnięcia stawu biodrowego u dziewczynek 6 i 7-letniej. Jedno zwichnięcie odprowadził T. sposobem zwykłym Lorenza, drugie sposobem Schanza, ogłoszonym przez tegoż w Zeitschrift für orthopaedische Chirurgie, T. 25. Sposób ten różni się tem od sposobu Lorenza, że przy nim nie rozciąga się pierwotnie przedniej ściany torebki stawowej. Operator staje po stronie zdrowej chorego, t. j. jeżeli odprowadza prawy staw, staje po stronie lewej. Chory w głębokiem uśpieniu leży na wznak. Prawą ręką chwyta operator prawą kończynę pod kolanem, a lewą rękę kładzie na spojenie łonowe, ustalając w ten sposób miednicę, — potem zgina chorą kończynę w biodrze, tak, że udo dotyka powłok brzusznych i ustawia udo w przywiedzeniu (addukcyi), (oś uda przechodzi mniej więcej przez pępek). W tem ustawieniu operator lekko pociąga za udo, aby przekonać się, czy dziecko śpi zupełnie i nie napręża mięśni, poczem gwałtownie pociąga za udo w kierunku ustawienia i skręca na wewnątrz. Przez takie silne pociągnięcie wprowadza główkę uda do panewki i wtedy dopiero ustawia nogę odwiedzioną (w abdukcyi) pod kątem prostym. Przy odprowadzaniu tym sposobem nie otrzymuje się tego charakterystycznego dźwięku, jaki zwykle słyszymy przy metodzie Lorenza, gdy główka wpada do panewki. Aby się przekonać, czy rzeczywiście nastąpiło odprowadzenie, można reluksować i wtedy powinniśmy usłyszeć ów charakterystyczny dźwięk. Dalsze leczenie zamierza kol. T. prowadzić podług Schanza, mianowicie po 7 tygodniach zdjąć opatrunek gipsowy i pozostawić dziecko samemu sobie, unikając wszelkich dalszych opatrunków, miesienia i gimnastyki. Schanz przynajmniej twierdzi, że postępując w ten sposób, nie miał reluksacyi. (Streszczenie własne).

3. Kol. Goldman przedstawił chorego, w wieku lat 69, u którego dokonał **wyłuszczenia gruczołu krokowego,** oraz kobietę, u której dokonał **nefrektomii.**

4. Kol. Leyberg przedstawił chłopca 8-letniego z **sarcomatosis cutis idiopat. multiplex.** Kilka guzów, wielkości grochu, znajduje się na palcach nóg, oraz rąk i na fałdach międzypalcowych. Nacieki na grzbietowej powierzchni stopy. Leczenie: wstrzykiwania arsenu. Następnie przedstawił kol. L. chłopca 15-letniego ze śladami niedawno przebytego **półpaśca.**

5. Kol. Perlis przedstawia 22-letniego mężczyznę z objawami **zupełnej niedrożności jelit** od dni dziewięciu. Częste wymioty, brak wypróżnień i wiatrów, tętno 48. Laparotomia w odurzeniu eterowem. W jamie brzusznej sporo przeźroczystego surowiczego płynu. W okolicy śledzionowego zagięcia okrężnicy guz, całkowicie wypełniający światło kiszki, o twardej spoistości, nierówny. Gruczoły krezkowe nie powiększone. Okrężnica poprzeczna olbrzymio rozdęta, zstępująca zaś zupełnie zapadnięta, jak również i pętla esowata. Pomimo nacięcia okrężnicy poprzecznej w celu wypuszczenia gazów i obfitej treści płynnej z następnem obszyciem otworu w kiszce, uruchomienie części pętlicy wraz z guzem było niewykonalne. Wskutek tego wykonano na razie zespolenia okrężnicy poprzecznej z pętlą esowatą (colosigmoidostomia). Pomimo ciężkiego stanu ogólnego chory zniósł zabieg dobrze. Już po 20 godzinach prawidłowe wypróżnienie. Przebieg pooperacyjny bardzo dobry. Obecnie po $2^1/_2$ tygodniach po operacyi znakomita poprawa. Guz, stwierdzony w okolicy śledzionowego zagięcia okrężnicy jest pochodzenia prawdopodobnie wspólnego po przebytem przed dwoma laty cierpieniu kiszek z biegunką krwawą, z silnymi bolami w lewym dole biodrowym, po czem pozostało częste parcie na stolec i uporczywe coraz trudniej zwalczane zaparcie (perisigmoiditis-colitis). Guzy zapalne jelit grubych o typowej siedzibie w okolicy śledzionowego zgięcia okrężnicy, opisał w ostatnich czasach szczegółowo wraz z podaniem 26 operowanych przypadków Prof. Payr. Resekcya guza, lub, o ile stan chorego na ten zabieg pozwala, zespolenie jelit, daje trwałe wyleczenie, a guzy ulegają zanikowi. (Streszczenie własne).

6) Kol. Sterling. **Robert Koch, wspomnienie pozgonne.** Daty biograficzne. Stan bakteryologii w chwili ogłoszenia pierwszych prac Kocha, a szczególnie stan ówczesny wiedzy o wągliku i chorobach przyrannych. Charakter tych prac pod względem bakteryologicznym i higienicznym. Udoskonalenie metodyki bakteryologicznej, stworzenie współczesnych metod hodowania drobnoustrojów i odkażania. Wykrycie lasecznika gruźlicy, jego wyhodowanie i szczepienie. Wykrycie przecinkowców cholery azyatyckiej. Higieniczne znaczenie obu tych odkryć. Tuberkulina. Badania nad księgosuszem, dżumą, surrą, gorączką teksańską, zimnicą. Dualistyczna teorya zarazków gruźlicy: ludzkiej i bydlęcej. Walka z durem w Alzacyi i Westfalii (zdrowi roznosiciele zarazków). Piroplasmosis, śpiączka afrykańska.

We wszystkich pracach był Koch wielkim przyrodnikiem i dążącym do celów praktycznych lekarzem-higienistą. Zaczął jako skromny lekarz okręgowy, który walcząc z epigemią wąglika zwierząt swego okręgu, posługiwał się metodami i przyrządami, o których niewiele pojęcia miał niejeden ze współczesnych profesorów higieny. Na schyłku swego życia walczył Koch przez 14 miesięcy w krainie dzikiej, we wnętrzu Afryki, narażony na liczne niebezpieczeństwa.

Ze śmiercią Kocha schodzi z widowni jeden z najwybitniejszych lekarzy współczesnych i dobroczyńców ludzkości.

Mowca zakończył przytoczeniem wspomnień osobistych, związanych z trzykrotnem zetknięciem się jego z wielkim zmarłym uczonym.

Pokazy preparatów:

7) Kol. Goldman przedstawił **nerkę,** usuniętą u chłopca. W przypadku tym wskutek urazu nastąpiło pęknięcie nerki. Tenże przedstawił preparat usuniętego wyrostka robaczkowego.

8) Kol. Maksymilian Cohn przedstawil **kamień pęcherzowy** dużych rozmiarów, usunięty u 76-letniego mężczyzny. Wykonano cięcie nadłonowe.

9) Kol. Perlis przedstawił:

a) **Kość strzałkową,** usuniętą w całości u $2^1/_2$-rocznego dziecka, u którego w następstwie zaniedbanego czyraka na pośladku wystąpiło gwałtowne septyczne zapalenie szpiku kostnego strzałki. Kość pływała w ropie i usunięta została w całości bez pomocy narzędzi na tępo. Ostre zapalenia usadowione w kości strzałkowej, zdarzają się dość rzadko. Dziecko zmarło wśród objawów posocznicy.

b) **Trzon kości piszczelowej,** usunięty w całości z powodu ostrego ropnego zapalenia szpiku rzeczonej kości. Na granicy obydwu linii nasadowych piszczeli sprawa zapalna ostro się odcinała. Trzon usunięto zupełnie lekko na tępo.

c) **Wyrostek robaczkowy,** usunięty 4. dnia choroby u 11-letniej dziewczynki. W jamie brzusznej niewielka ilość nieco mętnawego wysięku. Poszukiwanie wyrostka dość mozolne. Wyrostek dość szeroko zlepiony bardzo przekrwioną siecią (część jej resekowano) i stanowi konglomerat z jajnikiem i jajowodem prawym, siedząc na jajowodzie, jakby okrakiem w półkole prawie przegięty. Macica, jajnik i jajowód bardzo mocne, przekrwione. Na błonie śluzowej wyrostka sporo wybroczyn; wszystkie jego warstwy bardzo przerosłe. Przebieg pooperacyjny bardzo dobry. Po 12. dniach chora wyszła ze szpitala. (Streszczenie własne).

10) Kol. Goldberg pokazał preparat **tłuszczaka** (12 × 8 ctm). Na przekroju widać wyraźnie, że środkowa część guza ulega zwapnieniu. Guz pochodzi z kobiety 45-letniej; istnieje od lat 20. W ciągu ostatniego roku guz począł szybko się zwiększać i jednocześnie chora zaczęła wyczuwać stwardnienie w głębi nowotworu. Siedziba guza na wewnętrznej stronie prawego ramienia w górnej $^1/_3$ części.

11) W dyskusyi nad przypadkiem, przedstawionym przez kol. Tomaszewskiego, kol. Sterling zwrócił uwagę, że przed Wagnerem, Unverrichtem i t. d. opisał Polak, Klink, ostre ogólne zapalenie mięśni, jako chorobę zakaźną; opi-

sany przypadek był potwierdzony szczegółowem badaniem anatomo-patologicznem.

W dyskusyi nad drugim przypadkiem kol. Tomaszewskiego — kol. Goldman dodał nieco szczegółów o metodzie Schanza.

W dyskusyi nad przypadkiem przedstawionym przez kol. Leyberga, zauważył Sonnenberg, że również spostrzegał ten przypadek dzięki uprzejmości kol. L., który skierował do niego chorego chłopca. Guzy, nacieki, oraz ich siedziba stanowią cechy charakterystyczne dla Sarcomatosis cutis multipl. idiopat. Odrębnem w danym przypadku, zdaniem Sonnenberga, jest to, że cierpieniem omawianem jest dotknięty osobnik w tak młodym wieku.

E. Sonnenberg.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

O projekcie wstępnym do austryackiej ustawy karnej z punktu widzenia interesów lekarskich.

(Wedle referatu Dra Adolfa Grussa, wypracowanego na zlecenie XIV Wiecu Izb lekarskich i IV. Zjazdu delegatów Związku państwowego organ. lek.).

(Ciąg dalszy).

Wprost zadziwiającą jest srogość ostatniego ustępu § 312, który obok kar za przewinienie z punktu 2—4 tegoż § w postaci więzienia lub aresztu dopuszcza grzywnę do wysokości aż 5.000 kor. Na tem jeszcze nie kończy się srogość nowej ustawy. Jakby utajony czyha, przewyższając niebezpieczeństwem inne postanowienia, jeszcze inny przepis.

Wedle obowiązującej ustawy karnej w przypadkach zawinienia przez nieumiejętność (§ 356 i § 357), o ile stąd wynikło czy ciężkie uszkodzenie ciała, czy śmierć, można było karać lekarza najwyżej odebraniem mu prawa praktyki, dopóki nie dowiódł przy nowym egzaminie, że nabył brakujących mu wiadomości; natomiast wedle nowego projektu ma być lekarz karany po myśli § 312 p. w., a nadto może mu władza polityczna zabronić praktyki wedle swego uznania co do winy i kary. Albowiem nowy ten projekt zawiera dodatek, zatytułowany: »Gesetz zur Einführung des Strafgesetzbuches und der Gesetze, welche das Einführungsgesetz zur Strafprozessordnung und die Strafprozessordnung abändern«. W VIII. rozdziale tejże ustawy znajdujemy artykuł 48. pod napisem: »Zabronienie wykonywania zawodu lub przemysłu i odebranie uprawnienia przemysłowego«.

»§ 1. Jeśli kto zawodu lub przemysłu, którego wykonywanie zależy od udowodnienia szczególnych wiadomości lub zdolności, nadużyje do spełnienia zbrodni lub występku, zagrożonego utratą wolności, trwającą ponad sześć miesięcy, to może mu odpowiednia władza polityczna zabronić wykonywania zawodu poszczególnej gałęzi zawodowej lub przemysłu na czas od od 1 do 10 lat, a nawet w razie szczególnego niebezpieczeństwa na zawsze. To samo tyczy się tych, którzyby nadużyli swego zawodu lub przemysłu do dopuszczenia się przestępstwa lub przekroczenia przez narażenie na szwank zdrowia przez środki spożywcze lub używki«. »§ 2. Jeśli ktoś w zawodzie lub przemyśle, którego wykonywanie zależy od udowodnienia szczególnych wiadomości lub zdolności, spełni czyn, zagrożony utratą wolności, trwającą ponad sześć miesięcy, z powodu braku wiadomości lub zdolności koniecznych do tegoż zawodu lub przemysłu, to może mu odpowiednia władza administracyjna wzbronić wykonywania zawodu, poszczególnej gałęzi zawodowej lub przemysłu na tak długo, aż udowodni, że usunął braki w swych wiadomościach lub zdolnościach. Władza może tem cofnąć koncesyę na przemysł. Rozporządzenie oznaczy, w jaki sposób ma być dostarczony dowód, że braki zostały usunięte«.

Z tego jasno wynika, że lekarz może w przyszłości być ukarany za zaniedbanie dwa razy: przez sędziego więzieniem lub aresztem aż do 2 lat obok grzywny do 5000 kor., a nadto przez władzę administracyjną odebraniem prawa praktyki. Za jedną winę dwie kary!

Ze względu na to, że w danym razie władza administracyjna może lekarzowi wzbronić aż do ponownego egzaminu wykonywania praktyki, zależnie od swego uznania albo w zupełności albo tylko w pewnej gałęzi lecznictwa, należałoby już teraz zabiegać, by władza administracyjna była obowiązana przed wydaniem wyroku zasięgać zdania Wydziału lek. lub przedstawicielstwa zawodowego. Nadto powinniśmy dążyć do tego, by § 2 art. 48 nie uzyskał nigdy mocy prawa. Nie możemy się zgodzić, żeby za jedną winę karano nas dwa razy. Chętnie godzimy się, by sądzili nas sędziowie, ludzie niezależni, o których sumienności stan lekarski jest przekonany, jednak żadną miarą nie chcemy być wydani na łaskę władzy administracyjnej, która, jak dobrze wiemy, nie zawsze ogląda się wyłącznie tylko na obowiązującą ustawę. Podobnie jak do paragrafu o spędzeniu płodu wogóle dodany jest oddzielny, tyczący się lekarzy, tak i do § 312 o narażeniu bezpieczeństwa cielesnego przez niedbalstwo powinien być dodany osobny przepis, odnoszący się do czynności lekarskich. Z faktu bowiem, że w sprawie spędzenia są osobne przepisy dla lekarzy, a po § 312 nie ma mowy oddzielnie o lekarzach, mogą, i słusznie, wyrokujący prawnicy wysnuwać wniosek, że na czynności lekarskie nie można patrzeć inaczej, niż na czynności innych obywateli, przestępujących dany przepis, bo w przeciwnym razie byłby to ustawodawca wyraźnie zaznaczył. A przecież prosty rozum dyktuje, że tak być nie może.

W ogólnych przepisach o spędzeniu płodu znajdujemy w § 293, ustępie 3, rzecz nową: jako okoliczność łagodzącą wymiar kary dla ciężarnej, fakt, że spędziła płód z nędzy lub w chęci ukrycia swego upadku; analogicznie powinno być poczytane lekarzowi za okoliczność łagodzącą, jeśli z litości, bezinteresownie dał się nakłonić do spędzenia.

II.

Do działu drugiego należą następujące paragrafy:

»§ 213. 1. Lekarz, weterynarz lub przez władzę publiczną ustanowiony znawca, taksator lub tłómacz, który poświadcza w wykonaniu zawodu nieprawdziwy fakt, będzie karany więzieniem lub aresztem aż do 3 miesięcy lub grzywną do 1000 kor.«.

Przepis ten nakłada na zwykłego praktyka, nieurzędowego lekarza równą odpowiedzialność, jak na publicznego urzędnika. Lekarz za napisanie nieprawdziwego świadectwa może być karany nawet trzymiesięcznem więzieniem lub grzywną 1000 koron, a jeśliby się podobny czyn powtarzał zawodowo (gewerbsmässig), może być skazany (§ 213, 4) i na rok więzienia; wtedy zaś na mocy §§ 32 i 33 p. w., skoro został skazany na więzienie najmniej sześciomiesięczne i udowodniono mu grubą chęć zysku, może być skazany na ukrócenie praw obywatelskich, a więc i na utratę dyplomu, a wreszcie może się zdarzyć, że i władza polityczna się odezwie i na mocy art. 48 § 1 zabroni praktyki całej lub w poszczególnej gałęzi od roku do dziesięciu, a w szczególnie niebezpiecznych razach i na zawsze.

Godzimy się na położenie tamy lekkomyślnemu pisaniu świadectw przez lekarzy, bo to szkodzi całemu stanowi i utrudnia często byt uczciwym lekarzom, nie chcącym się dać do tego użyć. Już raz powinno się wykorzenić także i u publiczności dziwne przekonanie, że fałszywe świadectwo lekarskie, to zwykła »grzeczność«, do której każdy lekarz, a przedewszystkiem lekarz domowy, jest conajmniej obowiązany — i dlatego § 213 może podnieść w tym kierunku powagę lekarza. Jednakże musimy otwarcie oświadczyć, że kary za to przewinienie są wprost drakońskie. Tu jeszcze raz należy podkreślić, że skoro państwo chce karać zwykłego lekarza na równi ze swym urzędnikiem, to niechaj go w takim razie równie gorąco chroni (§§ 100 i 101 p. w. i § 296 l. 2 p. w.).

§ 308 p. w. pozwala lekarzowi na asystowanie przy pojedynku, co zupełnie słusznie znosi dotychczasowy nieuzasadniony zakaz, który zmuszał pojedynkujących się obywać się bez lekarza wogóle lub prosić lekarzy wojskowych.

A teraz § 314 p. w., odnoszący się do »zaniechania pomocy«, o tyle odmienny od § 360 obowiązującej ustawy karnej, że rodzina względnie otoczenie chorego tylko wtedy może być karane za niezawezwanie lekarza do chorego, jeśli choremu groziło »widoczne niebezpieczeństwo życia«. A przecie każdy przyzna, że nieraz już może być zapóźno na pomoc, kiedy nie-lekarz pozna się na niebezpieczeństwie. W ten sposób może nadto ojciec niewezwać lekarza do dziecka chorego na płonicę lub błonicę i ułatwić rozszerzenie się zarazy na całą okolicę. Wprawdzie obowiązek donoszenia o chorobie zakaźnej ma obecnie wedle nowej ustawy o chorobach zakaźnych nietylko ojciec, ale na-

wet stróż domu, ale w jaki sposób może laik, ojciec, lub stróż domu rozpoznawać dur, ospę, cholerę, płonicę i t. p., co chyba jest koniecznym warunkiem do spełnienia obowiązku doniesienia? A wreszcie nowy projekt nie mówi wcale w tym § 314 o pomocy lekarskiej, jak to jest w § 360 obecnej ust. kar., ale o powołaniu »obcej pomocy« (Herbeirufung fremden Beistandes). Ojciec zatem spełni swój obowiązek, jeśli wezwie do chorego dziecka nawet partacza, ale lekarz, który nie pospieszy natychmiast do chorego dziecka, może być skazany na areszt. Gdzie ratio legis? Gdzie równość wobec prawa? Nowy przepis w zupełności oddaje na łaskę i niełaskę złych rodziców biedne, chore dzieci, a chorych terminatorów na łaskę brutalnych, niedbałych majstrów, a na dobitek otwiera wrota partactwu lekarskiemu.

§ 325 p. w. traktuje o »samowolnej pomocy lekarskiej« i grozi aresztem lub grzywną temu, ktoby leczył drugiego wbrew jego woli. I tu znowu niema wzmianki, że leczącym może być wyłącznie lekarz. Przepis ten nie mówi, że karany będzie lekarz, który drugiego wbrew jego woli leczy, ale każdy, kto drugiego wbrew jego woli leczy. A więc czy w Austryi każdemu, kto chce, wolno leczyć, czy tylko dyplomowanym lekarzom? czy to znowu ma być ułatwieniem partactwa lekarskiego? Jeżeli zaś ustawodawca rozumie przez leczącego zawsze lekarza, to znowu nasuwa się pytanie, dlaczego lekarz leczący wbrew woli chorego ma być karany, a nie-lekarz, czelnie i lekkomyślnie zabierający się do leczenia, ma mieć tę samą czynność dozwoloną. Okoliczność, że przepis ten jest skonstruowany w ten sposób, że karany będzie, powiedzmy już, lekarz leczący chorego wbrew jego woli, jest szczęśliwszym pomysłem, niż gdyby lekarz miał żądać od chorego wyraźnego zezwolenia i ta okoliczność może wyjść w praktyce z czasem na korzyść zarówno lekarzowi, jak choremu. Jednakże przepis ten nie jest bez »ale«! Każdy lekarz dobrze z praktyki wie, że nieraz musi użyć pewnego rodzaju nacisku na chorych nieoświeconych, a głównie na dzieci, opierających się każdemu najdrobniejszemu zabiegowi, choćby nawet zabieg ten był potrzebny do ratowania życia. Nacisk ten musiałby teraz odpaść, a czy to będzie z korzyścią dla chorych, to łatwo osądzi każdy myślący człowiek. Lekarze mogą swój altruizm przystosować do hamulca z § 325 p. w. A co będzie, jeśli operowany w toku zabiegu oświadczy, że się dalej nie da operować? Stosując się do § 325 p. w. musiałby w takim razie chirurg, o ile w danej chwili niema niebezpieczeństwa życia, zostawić ranę niezaszytą, a naczynie niepodwiązane i dlatego znowu będzie musiał chirurg do każdego zabiegu usypiać. Nowe wskazanie do uśpienia!

Przepis ten nie pozwala dalej na leczenie chorych młodszych, niż 18-letnich, umysłowo niedojrzałych lub okazujących zaburzenia świadomości, bez zezwolenia ustawowego opiekuna, chyba, że zachodzi bezpośrednie niebezpieczeństwo życia.

A więc pijaka nie byłoby wolno leczyć, dopóki pijany, chociażby doznał powikłanego złamania kończyny lub t. p., jeżeli nie grozi bezpośrednio niebezpieczeństwo. Jeżeli chory nieprzytomny broczy z małych naczyń i niema niebezpieczeństwa dla życia, to lekarz miałby czekać i rozpoczynać zabieg dopiero wtedy, gdyby nastąpił wielki upływ krwi. Wogóle to określenie »bezpośrednie niebezpieczeństwo« wydaje nam się niefortunnem. Zdawałoby się nam raczej, że o ile idzie o nieprzytomnych, czy okazujących zaburzenia świadomości, to lekarz powinien zawsze mieć prawo do podejmowania zabiegów. Dlaczego prawo do rozstrzygania o pomocy lekarskiej ma mieć raczej pierwszy lepszy, niezawsze uczciwy opiekun obłąkanego (nieraz raczej interesowany, żeby obłąkaniec umarł, niż żył), niż lekarz? Na mocy tej ustawy może w przyszłości opiekun, oddający obłąkanego pupila do zakładu, a będący zwolennikiem jakiegoś naturalnego sposobu leczenia, z góry sobie zastrzedz, że na leczenie truciznami, do których nawet brom może zaliczać, w żaden sposób się nie godzi. Co ma wtedy począć lekarz?

Niezawsze łatwo dadzą się w praktyce pogodzić następujące §§ p. w.: § 312 (narażenie cudzego zdrowia przez niedbalstwo), § 464 p. w. (przymus zawodowy) z § 325 (samowolne leczenie). Lekarz znalazłszy się w kolizyi, będzie musiał przedewszystkiem myśleć o sobie, tak więc ustawa wypędzi humanitarność z serca niejednego lekarza.

Dlatego żądamy, żeby jako granicę wieku do stanowienia o sobie wprowadzono 14 lat, a nie 18 i żeby tam, gdzie mowa o niebezpieczeństwie życia, skreślono przymiotnik »bezpośrednio«. Domagamy się dalej skreślenia słowa »zaburzenia świadomości«, i to w interesie chorych, a nie naszym. Lekarze bez szkody dla siebie mogą się zastosować do § 325 p. w. i pożegnać się z humanitarnością.

§ 403 p. w. karze za zdradzenie tajemnicy zawodowej nietylko lekarza, jak dotąd, ale i służbę lekarza i studentów medycyny. Skoro prawodawca naprawdę już myśli o możliwie najszerszem zawarowaniu tajemnicy, to niechby pomyślał i o funkcyonaryuszach kas chorych, a szczególnie dyrektorach, kasyerach, kontrolorach, z którymi lekarze muszą z obowiązku służbowego dzielić się tajemnicą zawodową. Skoro więzienie lub areszt za zdradę tajemnicy dla chęci zysku może przenosić pół roku (§ 403 p. w. art. 4), to znowu może władza polityczna zastosować art. 48, § 1 i za tosamo przestępstwo zabronić w dodatku wykonywania praktyki na czas od 1—10 lat, a nawet na zawsze. Kara za zdradzenie tajemnicy powinna być surowa, bo bardzo ciężkie zło może wyrządzić ten, kto jej nie dotrzymuje; — jednakże zważywszy, że może się zdarzyć, iż lekarz zdradzi czasem tajemnicę nie ze złej woli, ale z braku doświadczenia życiowego, wciągnięty w pułapkę, nastawioną przez ciekawego, a sprytnego, niby współczującego, niby już o wszystkiem wiedzącego, a w istocie złośliwego obywatela, powinna ustawa karać srogo, ale zdradzających tajemnicę z niedbalstwa, złej woli lub dla zysku.

W tajemnicy zachować powinien uczciwy lekarz nietylko to, czego domaga się ustawa, a więc szczegóły tyczące się samej choroby, ale i inne, odnoszące się nawet do spraw prywatnych, familijnych chorego, a powierzane mu w zaufaniu jako doradcy i przyjacielowi.

Przepis ten w ustępie 4 orzeka, że nie podlega karze zdradzenie tajemnicy, jeśli »doniesienie lub opublikowanie tajemnicy jest usprawiedliwione interesem publicznym lub uzasadnionym interesem prywatnym«. Dodatek ten dozwala na wykłady i publikacye lek., na doniesienia o chorobach zakaźnych, powiadamianie rodziców małżonka lub opiekuna o chorobie wenerycznej dzieci i t. p., jakoteż na robienie użytku z tajemnicy w obronie własnego zagrożonego interesu prywatnego lekarza. O ile słusznie zezwala na to ustawa lekarzowi, o tyle nieodpowiednią jest rzeczą, że nie czyni w tym względzie wyjątku co do służby lekarza, jako osób zwykle mniejszej inteligencyi. (Dok. nast.).

Stahr.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 10. VII. do 16. VII. 1910 zgłoszono przypadków: błonicy 7 † 1 (w tem obcych 4 † —), krztuśca 5, płonicy 10 † 2 (4 † 1), odry 2, duru brzusznego 8 † 1 (3 † 1), czerwonki 1. Dr Janiszewski.

Zjazd chirurgów polskich w Warszawie

(6. 7. i 8. października 1910 r.).

Dotychczas zgłoszono następujące wykłady:

I. Tematy programowe. 1) Zapalenie ostre wyrostka robaczkowego — sprawozd. Prof. Rydygier (Lwów). Prof. Kader (Kraków). 2) Współczesne metody znieczulenia — sprawozd. Prof. Kryński (Warszawa). 3) Aseptyka i antyseptyka operacyjna — sprawozdawcy: Prof. Herman (Lwów), Dr Leśniowski (Warszawa).

II. Wykłady: 1) Prof. Kostanecki (Kraków). O położeniu wyrostka robaczk. i jego fałdach ze stanowiska historyi rozwoju. 2) Prof. Ciechanowski i Gliński (Kraków). Topografia wyrostka robaczk. 3) Prof. Cybulski i Dr Eiger (Kraków). O elektrokardiogramach przy rozmaitych rodzajach narkozy. 4) Falgowski (Poznań). O korzyściach operowania zapaleń przydatków macicznych drogą pochwową. 5) Dr Mieczkowski (Poznań). O pęknięciu błony wewnętrznej tętnicy piszczelowej skutkiem nadmiernego wyprostowania w stawie kolanowym. 6) Dr Mieczkowski. Martwica żuchwy w przebiegu cukrzycy. 7) Dr Mieczkowski. Włókniak ośrodkowy żuchwy. 8) Dr Szuman (Toruń). Wyniki operacyi przepuklin pachwinowych u dzieci. 9) Dr Marcinkowski (Piotrków). Przypadki wstecznego uwięźnięcia jelita cienkiego. 10) Dr Goldman (Łódź). Podwiązanie tętnicy szyjnej wspólnej z powodu rany postrzałowej. 11) Dr Goldman. Podskórne rozerwanie śledziony. 12) Dr Goldman. Przeszczepienie mięśni po rozerwaniu lig. patellae super. 13) Dr Borowski (Nieśwież). Sprawozdanie z działalności lecznicy chirurg. w Nieświeżu. 14) Dr Erbrich (Warszawa). Bronchoskopia i jej zastosowanie w chirurgii. 15) Dr Sławiński (Warsz.). W sprawie leczenia żylaków i wrzodów podudzia. 16) Dr Sławiński. O znieczulaniu miejscowem.

17) Dr Sławiński. W sprawie operacyjnego leczenia niepłodności męzkiej. 18) Dr Sławiński. Zabiegi chirurgiczne w przypadkach otrucia ługiem. 19) Dr Sławiński. W sprawie wyjaławiania narzędzi ostrych. 20) Dr Fr. Kijewski (Warsz.). O zapaleniu uchyłka Meckela. 21) Dr Kijewski. Wyniki leczenia nowotworów złośliwych zapom. fulguracyi. 22) Dr Kaczyński (Warsz.) Badania doświadczalne nad promienicą. 23) Dr Rottermund (Warsz.). Badania doświadczalne nad leczeniem kamicy żółciowej. 24) Dr Dobrowolski W. (Warszawa). Resekcya pierwotna kiszek grubych w przypadkach nowotworów. 25) Dr Gabszewicz (Warsz.). O ranach serca. 26) Dr Smużyński (Warsz.). Przyczynek do leczenia zwichnień nawykowych w stawie barkowym. 27) Dr Oderfeld (Warsz.). Appendicitis w worku przepuklinowym 28) Oderfeld. O postaci zgorzelinowej skręcenia esicy. 29) Dr Raum (Warsz.). O kostnieniu mięśni po zwichnieniach stawów. 30) Dr Raum. Z dziedziny chirurgii mózgu. 31) Al. Zawadzki (Warsz.). Przyczynki do chirurgii zwoju Gassera. 32) Prof. Kryński (Warsz.). O leczeniu operacyjnem choroby Basedowa. 33) Kryński. Stwardnienie krezki (mesenteriitis fibrosa), jako postać kliniczna. 34) Kryński. Modyfikacye w operacyach doszczętnych przepuklin pachwinowych. 35) Dr Stan. Kopczyński (Warsz.). W sprawie wskazań do trepanacyi paliatywnej w cierpieniach mózgu. 36) Dr Jankowski (Warsz.). Zabiegi doszczętne w przypadkach raka krtani. 37) Dr Jankowski. W sprawie wskazań do rozszczepienia krtani. 38) Dr Kalinowski (Warsz.). Przyczynek do leczenia operacyjnego słoniowaciny kończyn dolnych. 39) Dr Skabowski (Warsz.). Leczenie gruźlicy stawów i kości promieniami X. 40) Dr Skabowski. Przyczynki do leczenia krwawnic sp. Jonnescu. 41) Dr Woldenberg (Warsz.). Wyniki porównawcze operacyi doszczętnych przepuklin pachwinowych. 42) Dr W. Stankiewicz (Warszawa). O brodawczakach pęcherza moczowego. 43) Dr Stankiewicz. W sprawie leczenia mięsaków, nie nadających się do operowania. 44) Dr Stankiewicz. O niezbędności uzdrowiska morskiego dla dzieci, dotkniętych gruźlicą chirurgiczną. 45) Dr Bursche (Warsz.). O przepuklinie nadbrzusznej. 46) Dr Bursche. Polipowatość odbytnicy. 47) Dr Filipowicz (Warsz.). W sprawie wyjaławiania skóry przed operacyą. 48) Dr Mintz (Warsz.). O wskazaniach do zabiegów chirurgicznych w kamicy żółciowej. 49) Dr Higier (Warsz.). Zabiegi chirurgiczne w cierpieniach przewlekłych opon mózgu i rdzenia. 50) Dr Faytt (Warsz.). O ropniach podprzeponowych. 51) Dr Br. Sawicki (Warsz.). Leczenie objawów uciskowych rdzenia w gruźlicy kręgosłupa. 52) Dr Sawicki. Przyczynek do anatomii patologicznej kręgosłupa. 53) Dr Hubicki i Szerszyński (Warsz.). O wpływie zespolenia dróg żółciowych z jelitami na wątrobę (praca doświadcz.). 54) Dr Hubicki (Warsz.). W sprawie leczenia żylaków kończyn dolnych. 55) Leśniowski (Warsz.). W sprawie przerostu zastępczego nerki (pr. doświadcz.). 56) Dr Cykowski (Warsz.). W sprawie torbieli krwistych szyi. 57) Dr Rotberg (Warsz.). Przyczynek do mięsaków opony twardej. 58) Dr Krauze (Warsz.). Z chirurgii oczodołu pozagałkowego. 59) Dr Krauze. Przyczynki do patologii przydatków sieciowych. 60) Dr Solman (Warsz.). Wyniki leczenia chorób krtani zapomocą rozszczepienia (laryngofisura). 61) Dr Solman. O nowym sposobie leczenia raka skóry i błon śluzowych (elektrokoagulacya). 62) Dr Judt (Warsz.) O rentgenografii jamy brzusznej. 63) Dr Jaworski (Warsz.). Krwotoki maciczne pochodzenia syfilitycznego, oraz wartość ich leczenia operacyjnego. 64) Dr Marcinkowski (Piotrków). W sprawie rozpoznawania zwężeń odźwiernika. 65) Prof. Dr Rosner (Kraków). O wyłuszczaniu włókniaków wśród doszczętnej myomotomii. 66) Tenże: Dwa przypadki ciąży brzusznej. 67) Broniatowski: Appendicitis gangraenosa wśród porodu. 68) Nowotny. Aneurysma venosum parametrii et paracolpii. 69) Radwańska. Mięśniaki więzadeł szerokich. 70) Schlank. Zapalenie miedniczek w ciąży.

Dalsze zgłoszenia przesyłać należy do biura Komitetu Zjazdowego (Warszawa, ul. Kopernika 15, Prof. Kryński).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Dr Tadeusz Koźniewski, asystent Zakładu farmakologicznego U. J., habilitował się z zakresu farmakognozyi.

— Dom Zdrowia uczącej się młodzieży »Bratnia Pomoc« w Zakopanem otrzymał dla upamiętnienia dziesięciolecia swej działalności w darze od Dra Alfreda Sokołowskiego z Warszawy tysiąckoronowy udział Sanatoryum dla piersiowo chorych w Zakopanem (Dr Dłuskiego).

— Dyplom doktorski uzyskał w Krakowie p. Bolesław Budzyński z Płońska w Królestwie polskiem.

Z ruchu w zdrojowiskach polskich. Do Rabki przybyło do 15. VII. osób 1958; do Iwonicza osób 2981.

Z różnych stron. Zjazd lekarzy bułgarskich odbył się 3. i 4. lipca w Sofii przy udziale gości z Czech, Chorwacyi, Slawonii, Serbii i Rosyi. Nie uczestniczyli w Zjeździe lekarze polscy i ruscy. Samozwańczą, a smutną rolę odegrał na Zjeździe tylko niejaki p. Czarnowski z Berlina, zwolennik »naturalnego leczenia« i t. p. Komitet lekarski słowiański odbył swe posiedzenie po Zjeździe lekarzy bułgarskich również bez udziału Polaków, pod przewodnictwem Dra Subbotica z Belgradu. Sprawy komitetu uchwalono powierzyć nadal Prof. Wicherkiewiczowi, jako prezesowi i Dr Surzyckiemu, jako sekretarzowi generalnemu, którzy mają oznaczyć czas i miejsce najbliższego zebrania komitetu. Uchwalono jednomyślnie wniosek Rosyan o zwołanie wszechsłowiańskiego Zjazdu przyrodniczo-lekarskiego. (Cas. lek. cesk. 29).

Zmarli: Dr Kazimierz Dąbrowski w 40 r. ż. w Grodnie.

Redakcya otrzymała: Mieczysław Kaufman: 1) O wielokrotnem pęknięciu sklepienia pochwowego podczas porodu. Odb. »Gaz. lek.« 1910. 2) Witalizm i mechanizm. Odb. »Tyg. lek.« 1910. — Pamiętnik XV. Zjazdu chirurgów polskich w Krakowie 1908. Lwów 1910. — Reis: W sprawie wykazów statystycznych o czynności zakładów okulistycznych w Polsce. Odb. »Postęp okul.« 1910. — Franke: O sposobie ilościowego oznaczania zaczynu proteolitycznego ciałek białych i o t. zw. wskaźniku zaczynowym ciałek białych krwi u człowieka. Odb. »Tyg. lek.« 1910.

Bibliografia.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in zwölf Monatsheften. Zeszyt VII. Monachium, Lehmann. Cena 1 M. 50 f. (cały rocznik 16 M.).

Lipcowy zeszyt wydawnictwa »Kursów Lekarskich«, które, o ile sądzić można z dotychczasowej próby, zyskają sobie zwolenników w szerokich sferach lekarskich, poświęcony jest ginekologii i położnictwu, a zawarte w nim rozprawy Prof. Veita i Prof. Franza noszą może jeszcze wybitniej, niż poprzednie zeszyty, cechę kursów »uzupełniających«. Świadczą o tem same już tytuły rozdziałów: Prof. Veit porusza sprawę zastosowania promieni Röntgena w ginekologii, sprawę raka macicy, wczesnego wstawania po operacyach, stosunku zapalenia wyrostka robaczkowego do chorób przydatków i tym podobne zagadnienia, będące właśnie na dobie. Podobnież Prof. Franz wybrał do swej rozprawy z zakresu położnictwa takie właśnie temata, które w ostatnich latach najżywiej były w piśmiennictwie roztrząsane.

Z.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

Ogłoszenie płatne.

(Naśladownictwo zastrzeżone).

I. Zdrojowiska krajowe:

Iwonicz.

Dr **Turzański Grzegorz Jarosław**, lekarz zakładowy.

Krynica.

Dr **Cercha Maksymilian**, („Domek Szwajcarski").

Dr **Dębicki Klemens**, „Pod Jeleniem".

Dr **Lewicki Stanisław**, b. asystent kliniki położ. ginek. Uniwersytetu lwowskiego.

Dr **Pruszyński Jan**, Docent Uniw. lwow. Dom Zdrojowy.

Rabka.

Dr **Lang Otokar**, Willa „pod Luboniem".

Dr **Supiński E.**, lekarz zdrojowy.

Szczawnica.

Dr **Hammerschlag Rudolf.**

Dr **Gorski Xawery**, b. lekarz zakładowy (zimą w **Abacyi**).

Dr **Kołączkowski**, ord. i prowadzi pensyonat hidropatyczny.

Dr **Kruszyński Kazimierz**, Radca cesarski.

Truskawiec.

Dr **Pelczar Zenon.**

Dr **Praschil Tadeusz**, lekarz zakładowy.

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Bad Hall (w górnej Austryi).

Dr **Feuerstein Leon**, Villa „Söllradl".

Baden pod Wiedniem.

Dr **Kümmerling Henryk**, lekarz zdrojowy, Renngasse 3.

Cieplice Trenczyńskie.

Dr **Filipkiewicz Stefan**, lekarz zakładowy.

Franzensbad.

Dr **Przybylski Stan.** Palast Hotel. Wejście od Kirchenstr.

Dr **Steinsberg Leopold**, we własnym zakładzie leczniczym, (Willa Dra Steinsberga).

Dr **Zeitner Józef**, Kirchenstr. Villa „Stadt Paris".

Gleichenberg.

Dr **Bulikowski**, Radca ces., Villa „Höflinger" IV.

Karlsbad.

Dr **Obmiński Ksawery**, objął od 1 czerwca b. r. zakład dla elektr., wibracyi i masażu po śp. Drze Kaufmanie. „Maltaserritter".

Kissingen (w Bawaryi).

Dr **Chłapowski F.**, Radca san. Prinzregentenstr. 1, tamże pensyonat dyetetyczny własny.

Dr **Maciejewski**, Sanatorium „Quo vadis" Ludwigstr. 16.

Doc. Dr **Modrakowski J.**, Villa „Elsa".

Marienbad.

Dr **Eichhorn Ferdynand**, ord. jak dotychczas Dom „Mozart".

Dr **Jasinicka Marya**, Schloss Heilbronn, Kaiserstrasse.

Dr **Kwiatkowski Stanisław Benedykt**, ordynuje od 1 maja do 1 października „Haus Hamburg".

Dr **Z. Szczepański**, od 20 maja „Haus Schiller".

Rok XLIX. Kraków, dnia 31 lipca 1910. Nr 31.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z oddziału chorób skórnych i wenerycznych szpitala św. Łazarza i zakładu higieny Uniw. Jag. w Krakowie.

O metodzie Wassermanna, modyfikacyi Bauera, i o surowicach z pęcherzy.

Przez

Prym. Dra E. Borzęckiego i Doc. Dra R. Nitscha.

W pracy naszej chodziło głównie o zbadanie 3 tematów:

1) O sprawdzenie na materyale oddziału VB. szpitala św. Łazarza wartości rozpoznawczej próby Wassermanna.

2) O porównanie tej próby w jej klasycznej postaci z modyfikacyą, podaną przez Bauera.

3) O przekonanie się, czy do wykonania próby Wassermanna można użyć zamiast surowicy ze krwi chorego, surowicy uzyskanej przez przyłożenie plastra pryszczącego (emplastrum cantharid.).

Co do 1), to wartość rozpoznawcza próby Wassermanna jest już ustalona przez wielką ilość prac, ogłoszonych zwłaszcza przez niemieckich autorów. Ponieważ jednak w polskim języku istnieje zaledwie kilka publikacyi, poświęconych tej sprawie, sądzimy, że nie będzie od rzeczy ogłosić i nasze doświadczenia.

Na podstawie dotychczasowych wyników badań, obejmujących dziesiątki tysięcy przypadków, należy uważać odczyn surowicy kiłowej, podanej przez Wassermanna, za swoisty dla kiły w znaczeniu klinicznem. Jeżeli bowiem strona teoretyczna (zastąpienie antygenu z narządów kiłowych antygenem sztucznym) nie jest jeszcze dostatecznie wyświetlona, to wartość odczynu jako swoistego dla kiły przez to nic nie traci. W tym względzie zdania wszystkich badaczy są zgodne, różnice dotyczą wysokości odsetków co do różnych okresów choroby.

Na dowód swoistości odczynu wystarczy przytoczyć np. wyniki Wassermanna, Brucka i Neissera, obejmujące 3000 zbadanych surowic, w której to liczbie tylko w 4 przypadkach z wywiadami i wynikiem ujemnym badania klinicznego — był odczyn dodatni, odsetek tak mały, że przy uwzględnieniu, jak autorowie dodają, możliwości świadomego zatajenia przebytej choroby, nie może osłabiać wartości rozpoznawczej odczynu.

Blaschko i Citron na 1000 surowic badanych ludzi zdrowych nie mieli ani razu zahamowania hemolizy. Co do różnych okresów kiły, to odsetek odczynu dodatniego waha się w granicach dosyć szerokich.

Między innymi:

Autor	Lues I.	Lues II. manifesta	Lues II. latens	Lues III. manifesta	Lues III. latens
Bruck i Stern	48·27%	87%	50%	66·6%	50%
Citron i Blaszko	90%	98%	80%	91%	60%
Hoffmann i Blumenthal	50%	82%	— *)	88%	38%
Gross i Volk	40%	67%	— *)	76%	— *)
Bering	39%	100%	— *)	65%	— *)
Nasze wyniki	65%	83·3%	52%	63%	— *)

*) Podziałki w tablicy nie wypełnione dlatego, bo dotyczący autorowie łączyli w jedną całość przypadki kiły jawnej i utajonej. Odsetkowe zestawienie naszych wyników odnosi się do 190 przypadków, zbadanych przez nas (zestawione są w dalszej części pracy w osobnej rubryce) i 90 przypadków, zbadanych przez kol. Eisenberga, asystenta zakładu higieny, który te badania wykonał w celach metodologicznych, nam zaś uprzejmie udzielił wyników, za co mu gorące składamy podziękowanie.

Oprócz surowic, pochodzących z chorych kiłowych, zbadaliśmy 55 surowic z osobników, u których kiły nie rozpoznaliśmy; 15 takich surowic zbadał sam kol. Eisenberg. Z tych 70 surowic trzy dały wynik dodatni; będzie o nich mowa w dalszej części pracy.

Znaczne różnice wyników w okresie zmiany pierwotnej wytłómaczyć się dadzą okolicznością, że badane przypadki były w różnych okresach czasu od wystąpienia zmiany pierwotnej, a z badań dotychczasowych wiemy, że im bliżej okresu wystąpienia zmian ogólnych, z większem tem prawdopodobieństwem odczyn będzie dodatni. W pierwszych dniach wystąpienia zmiany pierwotnej — może klinicznie czasem trudnej do rozpoznania, wykazanie krętka bladego usunie wątpliwości w tym względzie, czego nie można powiedzieć o ujemnym wyniku odczynu surowicy. Co do kiły II. uderza 100% Behringa. Autor ten wyraźnie zaznacza, że wszystkie badane przypadki 384, nie były zupełnie leczone.

W kile III. różnice odsetkowe są dosyć znaczne. Tenże sam badacz w liczbie 62 przypadków kiły z jedną

zmianą (monosymptomatische Lues) otrzymał tylko 37% wyników dodatnich, w kile zaś o licznych zmianach, przeważnie powłok skórnych, błon śluzowych 93%, i na tej podstawie wypowiada przypuszczenie, że zmiany kiłowe wytwarzają pewne istoty, odgrywające rolę przy wywoływaniu odczynu Wassermanna. Jeżeli chodzi o wartość odczynu surowiczego, jako środka rozpoznawczego w okresie kiły II. jawnej, to na podstawie zestawienia dotychczasowych wyników z wyjątkiem Beringa, musimy wypowiedzieć zdanie, że wartość ta jest mniejsza od wartości rozpoznania na podstawie badania klinicznego. Nazwiska badaczy dają rękojmię, że rozpoznawania kliniczne (zmiany powłok skórnych, błon śluzowych) były dobre, a nie zawsze bywał wynik odczynu dodatni. Naturalnie, że oprzeć się trzeba w takich razach na badaniu klinicznem. Z drugiej jednak strony w przypadkach o wywiadach ujemnych, niepewnych, w okresie utajenia — wartość odczynu surowiczego nabiera dopiero właściwego znaczenia.

O ile wartość odczynu surowiczego jako środka rozpoznawczego w kile II. jawnej ze zmianami na powłokach zewnętrznych w wyjątkowych tylko przypadkach będzie mieć wyższość nad rozpoznaniem klinicznem, to inaczej ma się rzecz w kile III. jawnej. Bo jakkolwiek większość przypadków kiły III., czy to powłok skórnych, czy błon śluzowych, czy kości, nie przedstawia dla doświadczonego lekarza trudności w rozpoznaniu ich przyrody, to przecież zdarzają się w tym kierunku przypadki trudne do rozpoznania. Oględny lekarz w takim przypadku zastosuje leczenie swoiste, które w krótkim czasie pozwoli mu ocenić, czy przypuszczenie jego było słusznem. — Gorzej jednak, jeżeli w takim przypadku wykona się zabieg chirurgiczny, a dopiero, czy to zbadanie histologiczne, czy wystąpienie w czasie późniejszym w innem miejscu niewątpliwej zmiany kiłowej skieruje zapatrywanie na przyrodę cierpienia na drogę właściwą. Takich to zwłaszcza wątpliwych i trudnych w rozpoznaniu przypadkach próba Wassermanna nabiera wartości. Bez porównania większą jest wartość odczynu Wassermanna jako środka rozpoznawczego w przypadkach schorzeń narządów wewnętrznych. które budzą podejrzenie. że są pochodzenia kiłowego, choćby przytoczyć tętniaki, schorzenia wątroby i t. d. Lesser w materyale sekcyjnym (około 4000 sekcyi) szpitala Charite w Berlinie znalazł 33 przypadków kiły wątroby, z których ani jeden za życia jako taki nie był rozpoznany.

Tam, gdzie badanie kliniczne, oparte na znalezieniu zmian przyrody niewątpliwie kiłowej, czy poparte jeszcze obecnością krętka bladego, jest pewnem, odczyn Wassermanna jako środek rozpoznawczy będzie zbytecznym, ale w przypadkach, które dadzą podejrzenie, że powstały na tle kiłowem, sprowadzi rozpoznanie na drogę właściwą i w obecnej porze musimy go uznać za wielką zdobycz w tym względzie.

Nasuwa się pytanie, czy odczyn ten może nam służyć, jako wskazówka co do leczenia kiły? Okres czasu od podania odczynu Wassermanna jest jeszcze za krótki, by można już dziś na podstawie dotychczasowych wyników badań w tym względzie wypowiedzieć stanowcze zdanie. Badania odczynu surowicy z uwzględnieniem zachowania się tegoż przed i po leczeniu swoistem i to przetworami rtęciowymi (Blaschko, Bering, Türkhauer, Stopczański) dowodzą, że leczenie to w pewnym odsetku przypadków zmienia odczyn dodatni na ujemny.

W liczbie naszych przypadków badaliśmy surowicę kilku chorych po przeprowadzeniu leczenia swoistego i otrzymaliśmy podobne wyniki. — Liczba zbyt mała, by można stąd jakieś wnioski wysnuwać. Jeżeli można się zgodzić z zapatrywaniem Blaschko, że w każdym przypadku, w którym jest odczyn dodatni, należy przez leczenie dążyć do zmienienia go na ujemny, to nie wydaje nam się rzeczą łatwą do przeprowadzenia, by można co dni kilkanaście robić u chorych upust krwi z żyły... Sam rękoczyn, zrobiony umiejętnie, nie grozi wprawdzie żadnem niebezpieczeństwem dla chorego, ale inne względy sprawią trudności. — Z drugiej strony musimy w pierwszym rzędzie mieć na względzie przebieg kliniczny kiły w okresie jej wczesnym. — W tym kierunku różnicy zdań niema, że przeciętnie pierwsze 3 lata od zakażenia są okresem czasu, w którym, zależnie głównie od leczenia, nawroty się pojawiają. Wątpić należy, czy znalazłby się lekarz, który, opierając się na ujemnym wyniku surowicy w roku I. lub II. od zakażenia (gdyby nawet chory dotyczący na dłuższy czas przed wykonaniem badania leczony nie był), pozwolił takiemu choremu na tej podstawie wejść w związki małżeńskie. Gdyby wynik ujemny odczynu miał to samo znaczenie, jak dodatni, wnioski byłyby prostsze; tak jednak nie jest. Wynik ujemny w tym okresie kiły, dziś ujemny — za dni kilka może być dodatnim.

Bruhns i Halberstädter podnoszą, że w liczbie badanych około 1000 przypadków spotykali takie, w których po przeprowadzeniu leczenia rtęciowego wynik odczynu był ujemny wtedy, kiedy już stwierdzić się dały nowo powstałe zmiany kiłowe. Wahania w zachowaniu się odczynu surowiczego są pod wpływem leczenia rtęcią zbyt duże, by w okresie kiły wczesnej, w którym takie leczenie co pewien czas stosowane bywa, można polegać na nim i według niego układać plan leczenia.

(C. d. n.).

Problemat dziedziczności w patologii.

(Podług wykładu na uroczystem posiedzeniu Wydziału lekarskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu w dniu 17. kwietnia 1909).

Napisał

Prof. Dr Karol Klecki.

(Dokończenie).

Jakkolwiek istoty tej, jak to już wyżej podniosłem, nie można dzisiaj uważać w myśl poglądów Weismanna za tę część, w której wyłącznie istota dziedziczna się mieści, to jednak, jeśli istota ta istotę dziedziczną zawiera, co znowu z wielu badań wynika, redukcya istoty chromatynowej przed zapłodnieniem może poniekąd tłómaczyć tę okoliczność, że nie wszystkie cechy każdego z rodziców muszą przejść na potomstwo. Gdy zaś obok własności fizyologicznych dana istota posiada własności patologiczne, zachodzą przy redukcyi chromatyny warunki, mające nawet określony swój wyraz morfologiczny, umożliwiające eliminacyę tych własności patologicznych. Skoro przy powstawaniu swem nowy osobnik otrzymuje swe cechy i własności w równej mierze od obojga rodziców, to wówczas, gdy

jedno z nich jest upośledzone na zdrowiu w sposób odbijający się na potomstwie, drugie zaś jest zupełnie zdrowe, a przynajmniej nie jest obarczone tem samem cierpieniem, co pierwsze, powstają szanse dla potomka pomyślne o tyle, że dane cierpienie jednego z rodziców może nań nie przejść zupełnie, albo przejść nań w słabszym stopniu.

Powyższe fakty tłómaczą słabnięcie, a względnie zanikanie w dalszych pokoleniach cech i własności patologicznych przodków (hereditas regressiva), na co w pewnej mierze w pożądanym kierunku wpłynąć można. Wynika stąd poważne zadanie dla medycyny praktycznej w dziedzinie profilaktyki, oraz korzystnego wpływania na rasę ludzką. Przy zwracaniu bowiem należytej uwagi na stan zdrowia osób, mających zawierać związki małżeńskie, oraz na ewentualne choroby, pauujące w ich rodzinach, można niewątpliwie uchronić w niejednym przypadku przyszłe pokolenie od spotęgowania się w nich wad dziedzicznych (hereditas progressiva), oraz zmierzać przez odpowiedni dobór do usunięcia w przyszłem pokoleniu skutków dziedziczności patologicznej. Uwagi te stosują się głównie do małżeństw, mających się zawierać wśród krewnych, oraz osób dotkniętych gruźlicą, kiłą, alkoholizmem przewlekłym, oraz chorobami nerwowemi, a także skazą dnawą rozwiniętą w wysokim stopniu. Jest to jedno z najważniejszych zadań medycyny społecznej, wprawdzie oddawna spełniane w pewnej mierze przez wyższe warstwy społeczne, zasługujące jednak na znacznie większe uwzględnienie, niż to się dzieje dotychczas, zwłaszcza wśród nieoświeconych mas ludności, którym w tym względzie tylko świadomy rzeczy lekarz mógłby przyjść z pomocą.

Dalszem zadaniem medycyny społecznej, wynikającem z nauki o dziedziczności patologicznej, jest zwalczanie tych chorób, które na potomstwie szkodliwie się odbijają, już nietylko ze względu na same osobniki chore, ale i ze względu na ich potomstwo. A zatem zwalczanie na wielką skalę chorób płciowych, zwłaszcza kiły, i to nietyle może przez pouczanie o ich niebezpieczeństwie dorastającej młodzieży, oraz ustawowe regulowanie stosunków płciowych, co przez czynniki natury moralnej, podnoszące poziom etyczny młodzieży, oraz czynniki odciągające ją od złego; przez umożliwienie chorym uboższym skutecznego, a zarazem dyskretnego leczenia się, wreszcie przez przymusowe oddzielenie chorych i leczenie tych chorób u osób, u których zachodzi tego potrzeba; zwalczanie gruźlicy, jako klęski społecznej, szerzącej się w niektórych krajach, zwłaszcza u nas, niezmiernie silnie, zapomocą znanych w medycynie sposobów, których atoli stosowanie na szerszą skalę napotyka niestety na wielkie trudności, przedewszystkiem natury finansowej; zwalczanie i zapobieganie pijaństwa; opieka nad umysłowo chorymi i odpowiednie wychowywanie osobników nerwowo obciążonych w myśl tej sprzecznej z poglądami Lombrosa zasady, że człowiek nerwowo obciążony niekoniecznie musi się stać degenerantem lub kryminalistą, a że jego stan umysłowy i moralny w znacznym stopniu zależy od wpływów, jakie zwłaszcza w okresie rozwoju nań działają; usiłowania, zmierzające do zwalczenia nieuleczalnego do dziś dnia raka; zaprowadzenie ściślejszej, niż dotąd kontroli i lepszej opieki lekarskiej nad dziatwą szkolną ze względu na zapobieganie i zwalczanie krzywicy, zwłaszcza u dzieci do gruźlicy usposobionych, krótkowzroczności i innych schorzeń tych dzieci; skrzepianie młodych ustrojów i wspieranie ich rozwoju fizycznego przez gimnastykę i rozumnie stosowane sporty i zabawy na wolnem powietrzu; wreszcie w krajach, plagą tą nawiedzonych, oddzielenie nieuleczalnych jak dotąd chorych trędowatych od zdrowej części ludności i stworzenie dla nich znośnych warunków bytu, — oto są główne zadania, jakie wprawdzie w znacznej części medycyna społeczna podjęła już na podstawie dawniejszych obserwacyi i poglądów, których znaczenie atoli i właściwe uzasadnienie płynie dopiero z nauki o dziedziczności patologicznej.

Nadto, w myśl powyżej podanych wywodów, jest rzeczą lekarzy zwracać uwagę rodziców na ważność ich stanu zdrowia w chwili zapłodnienia ze względu na zdrowie przyszłego ich potomstwa. I w tym kierunku praktyka wyprzedziła naukowe uzasadnienie faktów, a nawet już świat starożytny zdawał sobie z tego sprawę i wydawał nawet odpowiednie zarządzenia. Wszak kalectwo Wulkana miało pochodzić stąd, że go spłodził Jowisz po pijanemu; w starożytnej Kartaginie istniał zakaz picia wina na ucztach weselnych, a według talmudu człowiek osłabiony upustem krwi płodzi dziecko słabe, a gdy i matka jest również osłabiona, łatwo powstają u dziecka różne choroby zaraźliwe. Jak to już wyżej zaznaczyłem, nowsze spostrzeżenia lekarzy stwierdziły słuszność poglądów i zarządzeń starożytnych.

A zatem na niwie medycyny praktycznej można już dzisiaj rozwijać bardzo wydatną działalność w różnych kierunkach, zmierzającą do poprawienia losu tych, którzy się stali ofiarą obciążenia dziedzicznego, zwłaszcza, że najczęściej czyni to już sama natura, której siły należy tylko wspierać w pożądanym kierunku.

Równocześnie zaś z tą działalnością praktyczną, która z roku na rok coraz to szersze obejmuje kręgi, będą niewątpliwie prowadzone dalsze badania naukowe, które może już w niedalekiej przyszłości pozwolą nam ostatecznie rozstrzygnąć zasadniczą dla patologii sprawę dziedziczenia się własności nabytych.

Uwaga. W pracy niniejszej, stosownie do przyjętej przez »Przegląd lekarski« pisowni, wyraz protoplasma pisano stale przez *z*, co uważam za błędne, jako skutek dosyć rozpowszechnionego u nas wymawiania tego wyrazu z niemiecka.

Prof. K. Klecki.

Piśmiennictwo

przedmiotu, niezmiernie obszerne, jest w znacznej części zestawione, a względnie przytoczone w monografii Levyego: Ueber die Vererbung bei den thierischen Organismen w Ergebnisse der Physiologie T. V. 1906, w pracy Godlewskiego: Das Vererbungsproblem im Lichte der Entwicklungsmechanik betrachtet. Leipzig 1909, w dziele O. Hertwiga: Die Zelle und die Gewebe. Jena 1893, w Raymonda: L'hérédité morbile. Paris 1905 i w Rignano: Ueber die Vererbung erworbener Eigenschaften. Leipzig 1907, wobec czego wymienię tylko następujące prace:

1. Anderson. Material transmission of immunity. Ref. w Bull. de l'Institut Pasteur 1906.
2. Babès et Talanescu. Etudes sur la rage. L'immunité héréditaire. Ann. de l'Inst. Pasteur 1904.
3. Baumgarten Die Lehre von den Krankheitsanlagen. Angeborene und erworbene Dispositionen, Erblichkeit. W Krehla i Marchanda Handbuch der allgemeinen Pathologie 1908.
4. Bernheim. Verhandl. des XI intern. med. Kongr. in Rom 1908. Lubarscha u. Ostertaga Ergebnisse, T. VI, 1901.
5. Bertarelli. Ueber den Durchgang der haemolytischen Amboceptoren und der Praecipitine in die Milch. Centr. f. Bact. u. Paras. I. Orig. T. 41, 1906.
6. Bibb. Americ. Journal of med. Sc., 1894. Ref. Fingera w Lubarscha i Ostertaga. Ergebnisse, T. VI, 1894.
7. Blaringhem. C. R. de la Soc. de biol. 1905.
8. Boeg. Ueber erbliche Disposition zur Lungenphtisis. Zeitschr. f. Hyg. u. Inf., T. 49, 1905.
9. Brown-Séquard. Note sur l'avortement d'attaques d'épilepsie par l'irritation des nerfs à action centripète. Arch. de phys. norm. et path. I. 1868.
10. Tenże. Nouvelles recherches sur l'épilepsie due à certaines lésions de la moelle épinière et des nerfs rachidiens. Ibid. II. 1869.
11. Tenże. Remarques sur l'épilepsie causée par la section du nerf sciatique chez les cobayes. Ibid. III. 1870—1871.
12. Tenże. Quelques faits nouveaux rélatifs à l'épilepsie qu' on observe à la suite de diverses lésions du système nerveux chez les cobayes. Ibid. VI. 1872.
13. Tenże. Faits nouveaux établissant l'extrême fréquence d'états morbides produits accidentellement chez les ascendants. C. R. de l'Ac. des Sc. de Paris, T. 94, 1882.
14. Brumpt. Soc. de biol. 1907. Ref. w Bull. de l'Inst. Past. 1907.
15. Bouchard. Traité de Pathologie générale. Paris.

16. Bunge. Die zunehmende Unfähigkeit der Frauen ihre Kinder zu stillen. München 1907.
17. Behring v. Tuberkulose-Bekämpfung. Berl. klin. Woch. 1903.
18. Carrière. Recherches expérimentales sur l'hérédité de la tuberculose. Arch. de med. exp. et d'anat. path. 1900.
19. Charrin. Zmiany u potomków rodziców gruźliczych. IV. Zjazd w sprawie gruźlicy. Ref. w Przegl. lek. 1898.
20. Tenże. Influence des toxines sur les descendants. C. R. de l'Ac. des Sc. de Paris 1895.
21. Charrin et Gley. Malformations congénitales expérimentales. La sem. méd. 1895.
22. Conradi. Ist die Wuth vererbar? Ist das Blut Lyssakranker infectionsfähig? Centr. f. Bact. u. Paras I. 1908.
23. Correns. Ueber Vererbungsgesetze. Berlin 1905.
24. Courmont. Précis de pathologie générale. Paris 1908.
25. Delamare. Recherches expérimentales sur l'hérédité morbide. Journ. de l'anat. et de phys. T. 39. 1902.
26. Dzierzgowski. Gazeta lekarska 1901.
27. Effertz. Physiologie und Sociologie des Incestes zwischen Vater und Tochter unter Indianern. Wien. klin. Woch. 1904.
28. Ehrlich P. Experimentelle Untersuchungen ueber Immunität. Deutsche med. Woch 1891.
29. Tenże. Ueber Immunität durch Vererbung und Säugung. Zeitschr. f. Hyg. u. Inf. T. XII, 1892.
30. Tenże. Ueber Partialfunctionen der Zelle. Nobel-Vortrag. Münch. med. Woch. 1909.
31. Figari. Sul passagio delle aglutinine etc. Centr. f. Bact. u. Paras. Ref. T. 39.
32. Fick. Vererbungsfragen, Reductions- und Chromosomenhypothesen, Bastardregeln. Ergebn. d. Anat. u. Entw. v. Merkel u. Bonnet 1906. Ref. w Arch. f. Rassen- u. Gesellsch. Biol. 1907.
33. Griffon et Abrami. Transmission par l'allaitement etc. Ref. w Centr. f. Bact. u. Paras. I. T. 39.
34. Godlewski E. jun. Die Hybridisation der Echiniden und Crinoidenfamilien. Bull. de l'Ac. d. Sc. de Cracovie 1905.
35. Guthrie. Further Results of Transplantation of ovaries in chickens. The Journ. of Exper. Zoology. T. 5. 1907—08.
36. Harras. Münch. med. Woch. 1908. Ref. w Przegl. lek. 1908.
37. Hart. Die Disposition der Lungenspitzen zur tuberkulösen Phtise ünd das Localisationsgesetz des ersten tuberkulösen Lungenherdes. Münch. med. Woch. 1909.
38. Jennings H. S. Heredity Variations and Evolution in Protozoa. The Journ. of Exper. Zoology. T. 5, 1907—08.
39. Kalindero. De la lèpre en Roumenie. Ref. Fingera w Lubarscha i Ostertaga. Ergebn. T. VI. 1899.
40. Karplus. Zur Kenntniss der Variabilität und Vererbung am Zentralnervensystem des Menschen und einiger Säugethiere. Leipzig u. Wien 1908.
41. Kammerer. Vererbung der erworbenen Eigenschaften habituellen Spätgebärens bei Salamandra maculosa. Centr. f. Physiol. T. 21, 1907. Ref. w Journ. de physiol. et de path. gén. 1907.
42. Tenże. Vererbung erzwungener Fortpflanzungsanpassungen. I u. II Mitth. Die Nachkommen der spätgeborenen Salamandra maculosa und der frühgeborenen Salamandra atra. Arch. f. Entw. Mech. T. 25, 1907. Ref. w Biophys. Centr. T. III, 1908.
43. Kleine u. Möllers. Ueber ererbte Immunität. Ref. w Bioph. Centr. T. II.
44. Klingmüller u. Weber. Untersuchungen ueber Lepra. Deut. med. Woch. 1897.
45. Konradi. Ist die erworbene Immunität vererbbar? Centr. f. Bact. u. Paras. 1908.
46. Linser. Ueber Heredität der Syphilis. Ref. w Münch. med. Woch. 1909.
47. Maciesza. Znaczenie przewodu pokarmowego w powstawaniu pylicy płuc i organów jamy brzusznej. Rozpr. Wydz. mat. przyr. Ak. Um. w Krakowie 1909.
48. Marmorek. Weitere Untersuchungen ueber den Tuberkelbacillus und das Antituberkuloseserum. Berl. klin. Woch. 1907.
49. Martius. Krankheitsanlage und Vererbung. Leipzig u. Wien. 1905.
50. Magni. Sulla transmissibilita di alcuni alterazioni renali sperimentali della matre al feto. Riforma medica 1907. Ref. w Bioph. Centr. 1906/7. T. II.
51. Mendel G. Versuche ueber Pflanzenhybriden. Verhandl. d. Naturforseher-Vereins in Brünn 1866. Cyt. wedł. Corrensa.
52. Ogilvie. The descendants of the tuberculous hereditary predisposition. Lancet 1905. Ref. 1905. Ref. w Centr. f. Bact. T. 39. 1906.
53. Orchansky. Cyt. wedł. Rogera. Introduction à l'etude de la médecine. Paris 1908.
54. Pauly. Darwinismus und Lamarckismus. Entwurf einer psychophysischen Teleologie. München 1906. Ref. w Biophys. Centr. T. II. p. 313.
55. Remlinger. Transmission héréditaire de l'immunité contre la rage. C. R. de la Soc. de Biol. 1908. Ref. w Centr. f. allg. Path. u. pathol. Anatomie 1908.
56. Rogoziński. O fizyologicznej resorbcyi bakteryi z jelita. Rozpr. Wydz. mat. przyr. Ak. Um. w Krakowie 1902.
57. Rosenau i Goldberger. The hereditary transmission of the Yellow fever Parasits in the mosquito. Report of Working Party nro 3, Yellow fever Institute 1906.
58. Rzegociński. Badania bakteryologiczne nad szpikiem kostnym zwierząt normalnych. Polskie Archiwum Nauk biolog. i lekarskich 1903.
59. Rybakow. Alkoholismus und Erblichkeit. Monatsschr. f. Psychologie u. Neurologie 1906. Ref. w Arch. f. Rassen- u. Gesellschaftsbiologie 1907.
60. Schagenthim. Ueber das Auffreten erblicher Eigenschaften beim Weizen durch aeussere Einflüsse. Jahresber. d. Vereinigung der Vertreter d. angewandten Botanik 1906. Ref. w Arch. f. Rassen- u. Gesellschaftsbiologie 1907.
61. Semon. Beweise für die Vererbung erworbener Eigenschaften. Arch. f. Rassen- u. Gesellsch. Biol. 1907.
62. Tenże. Die Mneme als erhaltendes Prinzip im Wechsel des organischen Geschehens. Ref. Godlewskiego w Arch. f. Entw. Mech. T. 26, 1908.
63. Schwalbe. Das Problem der Vererbung in der Pathologie. Münch. med. Woch. 1903.
64. Sommer. Die Brown-Séquard'sche Meerschweinchenepilepsie und ihre erbliche Uebertragung auf die Nachkommen. Zieglers Beitr. T. 27, 1900.
65. Stäubli. Experimentelle Untersuchungen ueber die Ausscheidung der Typhusagglutinine. Centr. f. Bact. u. Paras. T. 33.
66. Tenże. Ueber das Verhalten des Typhusagglutinine im mütterlichen und foetalen Organismus. Münch. med. Woch. 1906.
67. Tizzoni u. Cattani. Ueber die erbliche Ueberlieferung der Immunität gegen Tetanus. Deut. med. Woch. 1902.
68. Tizzoni u. Centanni. Weitere Untersuchungen ueber die angeborene Rabies. Deut. med. Woch. 1892.
69. Vaillard. Sur l'hérédité de l'immunité acquise. Ann. de l'Inst. Pasteur, 1896.
70. Virchow. Descendenz u. Pathologie. Virch. Arch. T. 103, 1886.
71. Weinberg. Die familiäre Belastung der Tuberkulösen und ihre Beziehungen zur Infection und Vererbung. Beitr. zur Klinik d. Tuberkulose. 1907. Ref. w Arch. f. Rassen- u. Gesellsch. Biolog. 1907.
72 Weismann. Vorträge ueber Descendenztheorie. 1904.
73. Widal et Sicard. Transmission de la substance agglutinante typhique par l'allaitement. La sem. méd. 1897.
74. Wrzosek. O przechodzeniu drobnoustrojów w warunkach prawidłowych z przewodu pokarmowego do narządów wewnętrznych. Polskie Arch. Nauk biol. i lek. T. II. 1903.
75. Tenże. O drogach, któremi mikroby w warunkach prawidłowych przechodzą z przewodu pokarmowego do organów wewnętrznych. Rozpr. Wydz. mat.-przyr. Ak. Um. w Krakowie, T. 43, 1904.
76. Zeferini Falcao. Ref. Fingera w Lubarscha i Ostertaga Ergebnisse T. VI, 1899.
77. Zieliński. Dyskusya nad etyologią gruźlicy na IX Zjeździe lekarzy i przyr. polskich w 1900 r. Dziennik Zjazdu, 1900.

Piśmiennictwo bieżące.

Pedyatrya.

H. Römer i K. Joseph. **Odporność i uodpornianie przeciwko jadowi nagminnego porażenia u dzieci.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 10). Autorowie szczepili równocześnie ten sam jad śródmózgowo i śródotrzewnie jednej mał-

pie, która przebyła dawniej zapalenie rogów przednich rdzenia, drugiej zupełnie zdrowej dla porównania. Z doświadczeń tych wynika, że zwierzęta, które były raz zakażone jadem nagminnego porażenia, uzyskują wysoką odporność przeciw powtórnemu szczepieniu: w jednym przypadku dawka $2^1/_2$ razy większa od śmiertelnej dla zwierzęcia kontrolnego, okazała się zupełnie nieszkodliwą dla zwierzęcia uodpornionego. Uodpornić można przez wstrzykiwanie podskórne jadu nieosłabionego, lub osłabionego działaniem ciepłoty, co ze względów praktycznych może nabrać wielkiego znaczenia. Odporność wzrasta w miarę upływu czasu między pierwszem, a powtórnem zakażeniem; u małp pojawia się między 17. a 24. dniem. Bujak.

L. Strauss. **Etyologia kurczowego kiwania głową** (spasmus nutans). (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 10). Autor opisuje przypadek z praktyki, w którym wyłącznie brak światła wywołał kurczowe kiwanie głową u zresztą zdrowego, 8-miesięcznego dziecka. Zbyt silne natężanie wzroku dziecka przy słabem oświetleniu wywołuje współruchy głową. Bujak.

H. Römer i K. Joseph. **Swoista surowica przeciw jadowi nagminnego porażenia u dzieci.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 11). Z uwagi na stwierdzony w czasach epidemii fakt, że dzieci po przebyciu zapalenia przednich rogów rdzenia stają się odporne przeciwko powtórnemu zakażeniu, usiłowali autorowie wykryć, zapomocą wiązania dopełniacza, obecność ciał ochronnych w surowicy krwi osobników, które przebyły zapalenie rdzenia — lecz dotychczas tym sposobem wyników dodatnich nie osiągnęli. Obecność ciał ochronnych wykazali jednak w doświadczeniach na małpach w ten sposób, iż mieszali w równych częściach 5% zawiesinę mózgu i rdzenia zakażonego jadem porażenia, z surowicą krwi małp, uodpornionych przez przebycie wspomnianej choroby, a wstrzykując tę zawiesinę małpom nieodpornym, przekonali się o swoistości ciał ochronnych, zwłaszcza że w drugim szeregu doświadczeń, gdzie wstrzykiwali tę samą zawiesinę mózgu, zmieszaną z surowicą prawidłową, wywoływali typowe porażenie rdzeniowe. Czy fakt ten nabierze praktycznego znaczenia, obecnie ocenić trudno; jeśli jednak i tutaj okaże się analogia z wodowstrętem, to działanie zobojętniające jad, wybitne »in vitro«, w ustroju żyjącym pozostanie bezskuteczne. Bujak.

J. Barannikow. **Semiologia ciepłoty w płonicy.** (Archives de méd. des enf. Luty, 1910 r.).

W pracy swojej zgromadził B. szereg wniosków, jakie wyciągnął z przejrzenia 209 kart szpitalnych oddziału płoniczego, oraz z materyału płoniczego szpitala w Charkowie w przeciągu lat 5. Autor przytacza krzywe wahań miesięcznych liczby przyjęć na oddział płoniczy w ciągu lat pięciu i krzywą śmiertelności w ciągu poszczególnych miesięcy tegoż okresu; dalej przytacza autor (w odpowiedniej tablicy) wyniki co do częstości płonicy według płci i wieku. — Co się tyczy przebiegu ciepłoty w płonicy, autor podzielił spostrzeżenia swoje na 3 grupy, według ciężkości przypadków (przebieg lekki, średnio-ciężki i ciężki) i dodając w każdej grupie osobno liczby porannego i wieczornego wzniesienia się ciepłoty, wyprowadził szereg krzywych przebiegu ciepłoty w ciągu pierwszych 15 dni płonicy w różnych miesiącach, oraz przeciętną krzywą przebiegu ciepłoty w płonicy (z 200 kart); przebieg ciepłoty wykazał, że najwyższych stopni dosięga ciepłota 2-go dnia choroby; od 5-go do 9. dnia spadek jest znaczny; około 13-go dnia ciepłota trzyma się już około 37°. Wykazy te zbliżają się do przytaczanego przez innych badaczy (Wunderlich, Jaccoud, Podwysocki, Strümpell, Eichhorst, Bendix i in.) przebiegu ciepłoty w płonicy. — Autor zapragnął jednak wyciągnąć ze swej pracy ogólniejsze wnioski i drogą kombinacyi liczbowych doszedł do przekonania, że można z góry przewidzieć i obliczyć stopień cieploty w poszczególnym przypadku: schematyczna krzywa autora, w której od 2-go do 10-go dnia choroby ciepłota spada o 0,2°, od 10-go zaś do 15-go o 0,1, ma się niewiele różnić od przeciętnej krzywej, wyprowadzonej z 200 kart szpitalnych; na zasadzie tej schematycznej krzywej wylicza autor na podstawie formułki rzędu arytmetycznego ($a_n = a_1 + d_1 (n-1) \times$ stopień ciepłoty żądanego dnia choroby, przewiduje z góry spadek ciepłoty, powikłania i t. p. Dalej przytacza autor liczby, dotyczące częstości nagłego spadku ciepłoty w płonicy, słusznie zwracając uwagę, że częstą możliwość podobnego spadku (pomiędzy 2-im a 11-ym dniem choroby) należy brać w rachubę, wyciągając wnioski co do działania surowic leczniczych itp. — W zakończeniu pracy autor przytacza cały szereg różnych właściwości przebiegu płonicy w Charkowie i jej powikłań. W. Jasiński.

M. D'Oelsnitz. **O objawach ze strony jamy brzusznej, maskujących początek różnych chorób wieku dziecięcego.** (Arch. de méd. des enf. Luty 1910 r.).

Omówiwszy pokrótce często spostrzegane objawy brzuszne w początkach zapalenia płuc, przytacza autor ciekawy przypadek, w którym choroba rozpoczęła się nagle, dając początkowo objawy zapalenia wyrostka robaczkowego; po 2 dniach wymioty i bóle brzucha ustały, stwierdzano jednak wzdęcie brzucha, przelewania w dole biodrowym prawym, powiększenie śledziony, w płucach wilgotne rzężenia w płatach dolnych; ciepłota stale 39°-40°; stolce wolne, cuchnące, z domieszką krwi; 7-go dnia choroby przy badaniu krwi stwierdzono zmniejszoną ilość białych ciałek krwi (leucopenia); badanie serodyagnostyczne jednak co do duru dało wynik ujemny; — tegoż samego dnia wieczorem wystąpiła wysypka odrowa; dalszy przebieg choroby był normalny, wysypka tylko miała charakter krwotocznej. — Autor omawia wartość rozpoznawczą różnych objawów w początkach odry, zatrzymując się dłużej nad ilością ciałek białych: w początkach okresu wylęgania bywa ona zwiększoną, w końcu jednak tego okresu i podczas wysypki jest zmniejszoną i przeważają przytem ciałka wielojądrzaste; — w początkach duru brzusznego, oprócz zmniejszenia ilości ciałek białych, stwierdzamy odwrotnie przewagę jednojądrzastych. W. Jasiński.

E. Merle. **Z kazuistyki zapalenia opon mózgowordzeniowych.** (Arch. de méd. des enf. Luty 1910 r.).

W szczegółowych opisach 2 przypadków zapalenia opon mózgowordzeniowych autor zastanawia się głównie nad wpływem surowicy na przebieg choroby. — W pierwszym przypadku wstrzykiwano z początku surowicę Kollego (5. i 6. dnia choroby po 20 cntm³ do przewodu kręgowego), która jednak widocznego wpływu nie okazała; 9. dnia choroby wstrzyknięto 30 cntm³ surowicy Flexnera, ciepłota spadła wkrótce z 40° do 37°, następnego dnia podniosła się jednak do 38,2°. 11. dnia choroby wstrzyknięto jeszcze 15 cntm³ Flexnera; tegoż dnia wieczorem ciepłota wynosiła 40°, rano jednak spadła do 37° i nie podnosiła się odtąd. Stan ogólny poprawiał się szybko, w płynie znikała stopniowo przewaga ciałek wielojądrzastych, meningokoków nie stwierdzano od 12. dnia choroby, mimo to wstrzykiwano jeszcze 3-krotnie (12, 15, 17 dnia choroby) po 15 ctm³ surowicy. — W przypadku tym widział autor od 8. dnia choroby wysypkę, przypominającą zupełnie różyczkę w durze; plamki rozsiane były na brzuchu i grzbiecie, znikły 11. dnia choroby; odczyn Widala wypadł ujemnie. — W drugim przypadku, przyjętym do szpitala 15-go dnia choroby, ciepłota spadła odrazu po wstrzyknięciu 30. ctm³ surowicy Flexnera (18. dnia choroby) — stan chorej poprawił się wkrótce. — Autor zachęca do dalszych prób. W. Jasiński.

J. Comby. **Nagminne zapalenie opon mózgowordzeniowych.** (Arch. de méd. des enf. Marzec, 1910 r.).

C. zdaje sprawę z 31 spostrzeganych przypadków, z czego 16 przypada na okres 6-letni (1903—1908), pozostałe zaś 15 pochodzą z ostatniej epidemii w Paryżu w zimie 1909 r. C. zauważył, że miesiące zimowe wogóle

więcej od letnich dostarczają przypadków omawianej postaci chorobowej: 19 przypadało na pierwsze 4 miesiące roku, 12 zaś na następne 8 miesięcy. Stopień zaraźliwości cierpienia jest nieznaczny: chorych nie odosobniano, a jednak nie było wypadku zakażenia wewnątrzszpitalnego. Nie mniej jednak chorzy są źródłem zarazy: badania śluzu nosa i gardła u ozdrowieńców wykrywały w ciągu 1—2 miesięcy meningokoki; ozdrowieńcy ci byli niezawodnie roznosicielami zarazy. — Wiek dotkniętych chorobą dzieci w przypadkach C. przedstawiał się jak następuje: do roku—8, od 1—2 lat 5, od 2 do 3 lat 9, od 5 do 7 lat 3, od 7 do 15 lat 6. — Z objawów klinicznych za najważniejszy uważa C. sztywność karku; nie przypisuje natomiast znaczenia objawowi Kerniga. Często widywał opryszczki na wargach, niekiedy obficie w okolicy nozdrzy, na podbródku, języku i podniebieniu; drgawki notowano tylko w 6 przypadkach. Do dość stałych objawów zalicza C. czerwienienie się skóry za dotknięciem (raie méningitique); podkreśla też brak zaburzeń przytomności (bredzenie 5 razy) w przeciwieństwie do gruźliczej postaci zapalenia opon z sennością i apatyą. Ciepłota nie ma przebiegu stałego, niekiedy w cięższych przypadkach brak podniesienia się ciepłoty. Czas trwania choroby bywa niejednakowy: od postaci o przebiegu błyskawicznym aż do powolnych, ciągnących się 1 do 3 miesięcy; przeciętnie choroba trwa 8 do 15 dni, widywano nawroty. Nakłucie lędźwiowe ma ważne znaczenie dla rozpoznania i rokowania: płyn bywa zarówno przeźroczysty, jak mętny, mleczny, żółtawo-ropny; ciśnienie też bywa różne; stałem jest zwiększona ilość wielojądrzastych ciałek białych; dwoinki Weichselbauma bywają zarówno wewnątrzkomórkowe, jak i zewnątrz. W miarę poprawy stanu chorego znika w płynie przewaga ciałek wielojądrzastych, pojawiają się limfocyty. Nakłucie lędźwiowe w przypadkach C. robiono codziennie, lub co drugi dzień, wypuszczając po 20 do 30—40 ctm. płynu; zdarzały się i t. zw. nakłucia suche (ponction blanche). W leczeniu duże znaczenie przypisuje C. surowicy: przed stosowaniem surowicy miał na 16 przypadków 4 wyleczenia; z 14 zaś przypadków, leczonych surowicą, zmarło 6. Surowicę Kollego stosował C. 4 razy, we wszystkich było zejście śmiertelne; Flexnera zaś i Doptera 10 razy: 2 razy zejście śmiertelne, 8 wyzdrowień. Surowicę wstrzykiwano do przewodu kręgowego po 10—20 do 30 ctm^3, bezpośrednio po wypuszczeniu płynu, wstrzykiwano też po nakłuciach suchych, nie wywołując powikłań, prócz dość częstych po wstrzyknięciu bólów głowy i kończyn; niekiedy spostrzegano przejściowe wysypki. Wstrzykiwania surowicy ponawiano w miarę potrzeby (aż do 12 razy w jednym przypadku). W celu szybszego zaginięcia meningokoków w śluzie nosa i gardła stosowano wziewanie z dodatkiem jodu i gwajakolu, pędzlowano gardło rozczynem jodu (0,5) i jodku potasu (1,0), w glicerynie (15,0), oraz stosowano płukanie ust 1% wodą utlenioną. C. przytacza szczegółowe wyciągi z kart szpitalnych z krzywemi ciepłoty, wynikami badań bakteryologicznych i sekcyjnych.

W. Jasiński.

Engel. **Trawienie żołądkowe u niemowląt.** (Münch. med. Wochs. Nr 12, 1910).

Trawienie mleka w żołądku odbywa się przypuszczalnie w ten sposób, że zawarte w serwatce białko razem z nią spływa do kiszek, w żołądku zaś pozostaje sernik, który następnie ulega strawieniu. Porównując mleko krowie z mlekiem kobiecem co do zawartości sernika, widzimy, że mleko kobiece zawiera go 0,4—0,6%, wtedy gdy mleko krowie całe 3%. Stąd wniosek, że przy odżywianiu mlekiem krowiem żołądek pracuje więcej. Stosunek przechyli się jeszcze więcej na korzyść piersi, jeżeli uwzględnimy, że przy strącaniu mleka podpuszczką, jak to ma miejsce w żołądku, pewien prc. sernika przechodzi w stanie rozpuszczonym do serwatki. W tym przypadku żołądek ma do strawienia tylko 37% ogólnej ilości podanego mu białka. Reszta — 63% — przypada na kiszki.

Miecz. Michałowicz.

L. Jehle i M. Pincherle. **Indywidualna flora prątka okrężnicy w jelitach u dzieci.** (Wiener klin. Wochs. Nr 3, 1910).

Jak wiadomo, flora jelit zależy od rodzaju pokarmu. Autorowie zamierzyli rozstrzygnąć pytanie, czy pomimo jednakowego pokarmu nie wykazuje flora jelit jeszcze indywidualnych różnic. W tym celu zbadali przy pomocy aglutynacyi florę dwóch bliźniąt ssących z tej samej piersi. Flora wykazała różnicę indywidualną. A więc rodzaj prątka okrężnicy zależy nietylko od rodzaju pokarmu, ale i od rodzaju pierwotnego zakażenia treści jelit.

Miecz. Michałowicz.

A. Reuss. **O cukromoczu w związku z odżywianiem u osesków, cierpiących na zaburzenia w przewodzie pokarmowym.** (Wiener klin. Wochs. Nr 4, 1910).

Badając mocz próbą redukcyi lub fenylhydrazynową, nie wykrywamy cukru, pomimo że mocz zawiera cukier w postaci cukru trzcinowego, n. p. gdy podawana dziecku herbata jest słodzona cukrem, nie sacharyną. W takich razach cukier daje się stwierdzić próbą opisaną przez autora. Stwierdzenie w moczu cukru trzcinowego ma to samo kliniczne znaczenie, co stwierdzenie cukru mlecznego.

Miecz. Michałowicz.

B. Sperk. **Kliniczne znaczenie objawu twarzowego u dzieci.** (Wien. klin. Woch. Nr 5, 1910 r.).

Autor dochodzi do wniosku, że odosobniony objaw twarzowy spotyka się rzadko u małych dzieci. W latach późniejszych (od 5 do 14) spotyka się częściej. Można go też stwierdzić u dzieci wątłych, wrażliwych i »nerwowych«. W tych przypadkach współistnieją też wzmożone odruchy kolanowe wraz z brakiem lub osłabieniem odruchów ocznych i gardłowych. W ogromnej liczbie przypadków objaw twarzowy współistnieje obok objawów tężyczki.

Miecz. Michałowicz.

E. Sluka. **Obrazy rentgenoskopowe u dzieci gruźliczych z sapaniem wydechowem.** (Wiener klin. Wochs. Nr 5, 1910).

Artykuł omawia techniczne trudności rentgenoskopii u dziecka, podaje wskazówki do wykonywania zdjęć rentgenoskopowych i opisuje znalezione przy gruźlicy gruczołów płucnych obrazy. Wszystkie badane w pierwszym roku życia dzieci z objawami wydechowego sapania i dodatnim odczynem Pirqueta, wykazują na zdjęciu rentgenoskopowem charakterystyczny cień zajętego płuca lub gruczołu. Trójca objawów (sapanie wydechowe + Pirquet + Roentgen) stanowczo stwierdza istnienie gruźlicy gruczołów płucnych.

Miecz. Michałowicz.

B. Schick. **Wydechowe sapanie jako objaw gruźlicy gruczołów płucnych w pierwszym roku życia.** (Wiener klin. Wochs. Nr 5, 1910).

Jak wiadomo, gruźlica w pierwszych latach życia zajmuje obok tkanki płucnej i gruczoły oskrzelowe. Gruczoły nabrzmiewają i wywierają ucisk na tchawicę i oskrzela.

Ucisk ten powoduje kaszel o wysokim, sapiącym, świszczącym nieraz, metalowym dźwięku; częściej jeszcze występuje sapanie, słyszalne głównie podczas wydechu. Autor podaje 36 własnych spostrzeżeń, sprawdzonych odczynem Pirqueta, rentgenoskopią i sekcyą. Objaw sapania przy wydechu spotyka się już w drugim miesiącu życia. Z badanych bowiem dzieci 20 było w wieku od 2 do 4 miesięcy życia; — 15 w wieku od 4 do 10 miesięcy. Ponieważ w tak młodym wieku najtrudniej jest stwierdzić gruźlicę drogą klinicznego badania, zatem objaw wydechowego sapania ma wielkie znaczenie praktyczne.

Miecz. Michałowicz.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie częstochowskie.

Posiedzenie z d. 21. maja 1910.

Obecnych 16 członków.

I. Sekretarz odczytał list Stowarzyszenia lekarzy polskich w sprawie ogłoszeń lekarskich w pismach codziennych i żargonowych.

II. Kol. Wrześniowski opisał przypadek **rany postrzałowej głowy.** Chory postrzelony z karabinka Mauzera. Kula, wykryta promieniami Röntgena, tkwiła w tylnej ścianie lewego przewodu usznego. Cały wyrostek sutkowy zmiażdżony, kilka odłamków w mózgu. Kulę i odłamki wyjęto. Chory zmarł w 16-ym dniu po operacyi. Badanie pośmiertne wykazało zniszczenie części lewej półkuli móżdżku, rozlane zapalenie opony miękkiej, w zatoce poprzecznej i żyle szyjnej zropiałe rozpadające się skrzepy krwi.

III. Kol. Marczewski przedstawił chorego 37-letniego **z obustronną zastoiną tarczy nerwu wzrokowego.** Wrażliwość spojówki i rogówki na dotyk zmniejszona. Jedyną skargą chorego, prócz osłabienia wzroku, są silne bole głowy. Przymiot wyłączony. Kol. M. rozpoznaje guz mózgu, nie może jednak dokładniej określić jego siedziby.

IV. Kol. Batawia i Rozenfeld opisali przypadek **choroby Menierea** wskutek zajęcia błędnika na tle przymiotowem. Chory 53-letni dostał nagle bardzo silnego zawrotu głowy i szumu w uszach, wraz z tem skarżył się na dosyć silny ból głowy i nudności. W pozycyi leżącej dolegliwości te nieco się zmniejszały i występowały ponownie przy próbach siedzenia. Dopiero po upływie 5 dni mógł się chory utrzymać na nogach, zawrót głowy był znacznie mniejszy. Pierwszy napad, zupełnie podobny do opisanego, zdarzył się przed 5 laty. Chory przed 12 laty zaraził się przymiotem i przeprowadził energiczne leczenie swoiste.

Nawiązując rzecz do opisanego powyżej przypadku, omawia kol. Batawia współczesne poglądy na chorobę Menierea. Należy odróżniać właściwą chorobę Menierea, która występuje pod postacią udaru, od t. zw. objawów Menierea, które również charakteryzują zawroty głowy, szum w uszach i upośledzenie słuchu. Pierwsza postać chorobowa zdarza się rzadko, daje rokowanie co do słuchu niepomyślne i powstaje wskutek zmian w błędniku. Druga postać, spostrzegana często, daje rokowanie o wiele lepsze i zależeć może od zmian w uchu środkowem, zewnętrznem, a nawet i w innych narządach. W dalszym ciągu podaje kol. B. sposoby rozpoznawania pierwszej postaci chorobowej, opisuje sposób badania sprawności błędnika zapomocą krzesła rotacyjnego, zapomocą przemywania ucha zimną i ciepłą wodą, wreszcie zgęszczania i rozrzedzania powietrza w zewnętrznym przewodzie słuchowym.

V. Kol. Rozenfeld dokończył odczyt: **O samozatruciach.** Na wstępie omówił kliniczne postacie samozatrucia jelitowego i opisał szczegółowo objawy ze strony przewodu pokarmowego, serca, układu nerwowego, nerek i moczu. Dalej omówił wpływ samozatrucia na rozwój fizyczny dzieci, na stan ogólny i odżywianie. W rozpoznawaniu zatrzymał się dłużej na drobnowidowem, chemicznem i bakteryologicznem badaniu kału, podkreślił jednak, że najważniejszą podstawą rozpoznawania jest chemiczne badanie moczu. Za miarę samozatrucia służyć może ilość zawartych w moczu kwasów eterosiarczanych (Combe). Przechodząc do leczenia, omówił prelegent najobszerniej odżywianie się chorych. Pożywienie składać się powinno przedewszystkiem z pokarmów mlecznych i węglowodanów, które sprowadzają do minimum sprawy gnicia w kiszkach. W dalszym ciągu, licząc się z potrzebami kalorycznemi ustroju, opisał szczegółowo, w jaki sposób chorzy powinni się odżywiać. Wreszcie, biorąc za punkt wyjścia teoryę Miecznikowa o zwalczaniu w przewodzie pokarmowym drobnoustrojów gnilnych, omówił prelegent wskazania dla mleka bulgarskiego, laktobacyliny, biolaktylu Fourniera, jak również dla drożdży. W końcu przytoczył ważniejsze środki lekarskie, stosowane w celu odkażenia przewodu pokarmowego.

Posiedzenie z d. 18. czerwca 1910.

Obecnych 18 członków.

I. Kol. Biegański w krótkiem wspomnieniu pośmiertnem wypowiedział parę uwag o życiu i zasługach Prof. Roberta Kocha w rozwoju bakteryologii współczesnej. Zmarłego uczczono przez powstanie. — Następnie kol. Biegański poświęcił kilka gorących słów Drowi Henrykowi Dobrzyckiemu z powodu 50-letniego jubileuszu pracy lekarsko-obywatelskiej i Prof. Stanisławowi Pareńskiemu z powodu 35-letniej działalności na stanowisku kierownika oddziału szpitalnego.

II. Kol. Batawia przedstawił chorą 19-letnią z rozległem **owrzodzeniem gardła**, trwającem od 3 miesięcy. Owrzodzenie bezbolesne. Ogólny stan dobry, ciepłota prawidłowa. Gruczoły podszczękowe nieznacznie powiększone. W narządach płciowych żadnych zmian niema. Błona dziewicza zachowana w całości. Kol. B. wyłącza gruźlicę i rozpoznaje kiłę.

Dyskusya. Kol. Rozenfeld sądzi, że w danym przypadku chodzi o przejaw późnej kiły dziedzicznej. — Tego samego zdania jest kol. Bellon, który na podstawie obrazu klinicznego wyłącza owrzodzenie pierwotne i przypuszcza rozpadający się kilak. — Kol. Biegański zgadza się z tem rozpoznaniem i przytacza najważniejsze objawy różniczkowe owrzodzeń gruźliczych i kiłowych.

III. Kol. Batawia mówił **o porażeniu nerwu krtaniowego zwrotnego w następstwie chorób serca.** W nowszem piśmiennictwie ogłoszono 6 przypadków, stwierdzonych badaniem pośmiertnem, w których powiększone serce wywierało ucisk i wywoływało porażenie nerwu. W przypadku Schröttera przyczyną był niezarośnięty przewód Botalla, w innym uszko serca wciskało się pomiędzy tętnicę główną i płucną. W 2 przypadkach Oertnera nerw był uciśnięty przez rozszerzony przedsionek. Ganz sądzi nawet, że ucisk i porażenie nerwu wywołać może przekrwienie gruczołów oskrzelowych wskutek zaburzeń krążenia przy wadach zastawkowych serca. Rozpoznanie tego rodzaju za życia chorego jest zawsze niepewne, rozstrzygającem jest jedynie badanie pośmiertne. W dalszym ciągu opisuje kol. B. spostrzegany w praktyce przypadek niedomykalności zastawki dwudzielnej, w którym rozszerzony lewy przedsionek wywołał zupełne porażenie nerwu zwrotnego. Przy sposobności przedstawia kol. B. chorego z gruźlicą włóknistą i porażeniem nerwu zwrotnego wskutek ucisku powiększonych gruczołów oskrzelowych.

W dyskusyi wyraża kol. Biegański powątpiewanie, czy rozszerzenie serca samo przez się wywołać może ucisk i porażenie nerwu. Tylko niezwykły zbieg okoliczności, jak np. niezarośnięcie przewodu Botalla lub wtłoczenie się uszka pomiędzy tętniaę główną i płucną, mogłoby fakt ten tłómaczyć. W przypadkach porażenia nerwu zwrotnego trzeba przedewszystkiem myśleć o tętniaku łuku aorty, o powiększeniu gruczołów oskrzelowych i nowotworze śródpiersia.— Prócz tego zabierali głos kol. Rozenfeld i Wasserthal.

IV. Kol. Rozenfeld opisał przypadek **skurczu głośni** u 20-miesięcznego dziecka. Pierwszy napad stwierdzono w drugim dniu życia. Napady są częste, ciężkie i długotrwałe. Towarzyszy im zawsze sinica i ogólny skurcz tężcowy mięśni. Dziecko rozwijało się prawidłowo, ciemiączka zarosły we właściwym czasie. Objawy krzywicy ledwie zaznaczone. Główka duża. Obwód główki 51·5 cm, obwód klatki piersiowej 49. Brak objawu Trousseau pozwala wyłączyć utajoną postać tężyczki. Wahając się w rozpoznaniu między wodogłowiem i rzucawką, kol. R. przypuszcza raczej tę drugą.

W dyskusyi twierdzi kol. Biegański, że wczesne zarośnięcie ciemiączek, prawidłowy rozwój duchowy i fizyczny w pierwszych dwóch latach życia dziecka nie pozwala jeszcze z zupełną pewnością przesądzać sprawy wodogłowia. Zdarzają się przypadki, w których objawy właściwe występują dopiero w wieku późniejszym i wiodą do śmierci. — To samo zdanie podziela kol. Brzozowski, na dowód czego przytacza opis dwóch przypadków z własnej praktyki. Karol Rozenfeld.

Towarzystwo lekarskie radomskie.

(Protokół Nr 54).

Ogólne zebranie dn. 23. października 1909 r.

Posiedzenie otworzył kol. prezes, poczem zarządził głosowanie tajne w celu obioru przewodniczącego zebrania. Większością głosów przewodniczącym zebrania wybrany został kol. Henryk Fidler.

1. Protokół poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2. Kol. prezes zakomunikował, iż 11. października r. b. jako w dzień otwarcia 1-go Zjazdu neurologów, psychiatrów i psychologów polskich zarząd w imieniu Towarzystwa lekarskiego przesłał na ręce komitetu organizacyjnego telegram następujący: »Towarzystwo lekarskie radomskie serdecznie wita 1-szy Zjazd neurologów, psychiatrów i psychologów polskich, życząc owocnej pracy ku chlubie ojczystej wiedzy i pożytkowi narodu, oraz wyraża nadzieję, iż Zjazd obecny utoruje drogę następnemu polskich lekarzy i przyrodników w stołecznej Warszawie«. Obecni zaaprobowali powyższe zarządzenie zarządu.

3. Kol. Kosicki odczytał rzecz p. t. **O krwawem odprowadzaniu zwichnięć zastarzałych w stawie łokciowym.**

4. Kol. przewodniczący otworzył dyskusyę nad wnioskiem zarządu w sprawie budowy w Radomiu nowego szpitala, przyczem przedstawił do rozpatrzenia 3 pytania: 1) czy rozszerzyć dotychczasowy szpital, 2) czy budować go na nowym placu, czy też 3) wstrzymać się z budową do czasu posiadania odpowiednich funduszów.

W dyskusyi wyłoniły się 2 projekty: Jeden z nich popierany gorąco przez kolegów: Raszkesa, Pełczyńskiego, Kosickiego, Kossaka, Fuksiewicza i Rogozińskiego proponował natychmiastowe przystąpienie do budowy szpitala, a właściwie, ze względu na brak funduszów — jednego tylko pawilonu, któryby mieścił oddziały chirurgiczny i ginekologiczny. Pawilon ten należałoby budować na placu miejskim w sąsiedztwie obecnego szpitala, między ulicami: Warszawską i Kozienicką. Lubo planu tego projektodawcy nie uważają za zupełnie odpowiedni, to jednak wobec nagłej potrzeby budowy pawilonu wyżej wspomnianego, trzeba go wybudować na tym placu, wybudowanie bowiem na placu innym podniosłoby znacznie koszta administracyi, czegoby szpital przy swych nader skromnych funduszach pokryć nie mógł, a więc i budowa nie mogłaby przyjść do skutku. Tymczasem wybudowanie pawilonu chirurgicznego i ginekologicznego w sąsiedztwie obecnego szpitala pozwoliłoby na wspólną administracyę, a w starym szpitalu (po zburzeniu otaczającego muru i połączeniu obydwóch placów) możnaby umieścić oddział wewnętrzny, ku czemu gmach obecnego szpitala, zdaniem projektodawców, jest bardzo odpowiedni. Sprawy budowy pawilonu odraczać do czasu wprowadzenia samorządu w żaden sposób nie można, gdyż władze samorządowe na budowę szpitala, wobec licznych na różne cele wydatków, nic nie dadzą, co zresztą potwierdza się w tych miastach, w których jest już samorząd.

Projekt ten opierają projektodawcy na następujących zasadach: 1) Przeniesienie i wybudowanie całego szpitala św. Kazimierza, mianowicie chociażby 3 pawilonów: chirurgiczno-ginekologicznego, chorób wewnętrznych i chorób zakaźnych na nowem miejscu wymagałoby ogromnych wydatków, na które miasto Radom, jako niebogate, zdobyć się nie będzie mogło. Korzystając z legatu ś. p. Mireckiego i licząc nadto na powiększenie ofiarności publicznej, ledwie można będzie się zdobyć na wybudowanie jednego tylko pawilonu chirurgiczno-ginekologicznego. 2) Wybudowanie jednego tylko pawilonu chirurgiczno-ginekologicznego na innym placu, nie w blizkiem sąsiedztwie z obecnym szpitalem, będzie wymagało podwójnej administracyi, a więc oprócz niedogodności, którą będzie stanowić znaczna odległość od siebie obydwóch szpitali: chirurgicznego i chorób wewnętrznych, powiększą się bardzo koszta administracyjne, których szpital przy swych bardzo skromnych funduszach pokryć nie zdoła. 3) Natomiast przy wyborze placu, który proponują projektodawcy, staje się możliwem natychmiastowe urzeczywistnienie należytej i wszechstronnej pomocy szpitalnej. 4) Miasto niema tendencyi do rozszerzania się w stronę szosy warszawskiej, a jednocześnie plac ten znajduje się niedaleko od środka miasta. 5) Plac ten znajduje się w blizkiem sąsiedztwie z teraźniejszym szpitalem św Kazimierza i t. zw. »Czerwonymi koszarami«. Po zburzeniu otaczającego muru i połączeniu tych placów otrzymuje się dużą przestrzeń, zupełnie dostateczną dla szpitala w Radomiu. Gmach obecny szpitala św. Kazimierza po wyniesieniu oddziału chirurgiczno-ginekologicznego, odpowiedniem odświeżeniu i urządzeniu nieznacznych, a bardzo tanich ulepszeń w wentylacyi i kanalizacyi, może być zupełnie odpowiednim na oddział chorób wewnętrznych, gmach zaś »Czerwone koszary«, w którym obecnie mieści się oddział chorób zakaźnych, jest bardzo duży i potrzebne są stosunkowo nieduże wydatki na urządzenie odpowiedniej izolacyi i wprowadzenie innych ulepszeń, żeby w zupełności mógł się nadawać na wzorowy nawet oddział chorób zakaźnych w prowincyonalnym szpitalu.

Drugi projekt, popierany przez kolegów: Fidlera, Przychodzkiego, Idzikowskiego, Szczepaniaka i Cennéréa, wręcz i stanowczo odrzuca możliwość budowy nowego szpitala na proponowanym przez poprzednich mowców placu, a to ze względów następujących: 1) Szpital św. Kazimierza powinien posiadać 250 łóżek. Licząc 150 □ metrów na łóżko, należałoby oddać pod budowę 37.500 □ metrów. Plac pomiędzy dwoma szosami zajmuje 3 morgi powierzchni — 48 tys. łokci □ = 27000 □ metrów (w przybliżeniu). Lubo powierzchnia ta mogłaby wystarczyć na budowę nowego szpitala, złożonego z szeregu pawilonów, to jednak przestrzenie między pawilonami byłyby ciasne i z chwilą potrzeby ponownego rozszerzenia już nie byłoby miejsca dla nowych budynków. 2) Szpital umieszczony pomiędzy koszarami i placem targowym byłby pozbawiony koniecznego przewiewu, zaś widok z jednej strony na mustry, z drugiej zaś na inwentarz i jatki nie oddziaływałby korzystnie na chorych. 3) Ciasnota miejsca nie pozwoliłaby na dostateczne zadrzewienie niezabudowanych przestrzeni, co jest przecież niezbędnem. 4) Miasto ma tendencyę do rozszerzania się w kierunku szos: warszawskiej i kozienickiej. Już z tego powodu budować więc w tem miejscu nowy szpital jest niemożebnem. 5) Niepodobna zużytkować obecnych budynków w razie postawienia wyłącznie pawilonu chirurgiczno-ginekologicznego. Budynek szpitalny dzisiejszy nie odpowiada obecnym potrzebom szpitalnym, gdyż sale są nizkie, źle oświetlone, zbyt małe. Przebudowa zaś obecnego gmachu pochłonęłaby zbyt dużo kosztów. »Czerwone koszary« dla pomieszczenia chorych zakaźnych nie nadają się zupełnie, gdyż są wilgotne, zimne; wreszcie »Czerwone koszary« mają różnolite przeznaczenie i tylko czasowo szpital z nich korzysta. Gdyby nawet miasto wspaniałomyślnie ofiarowało powyższy budynek na rzecz szpitala, byłby to jednak dar Danaów. Utrzymanie i odpowiednie przygotowanie tego budynku wymagałoby tyleż ofiar pieniężnych, co i postawienie nowego budynku, celowo przystosowanego dla chorych zakaźnych. 6) Zwiększone ko-

szta administracyjne w razie zbudowania nowego pawilonu na terytoryum oddzielnem od szpitala obecnego nie powinno stanowić przeszkody do wykonania powyższego projektu, gdyż dobro chorych i lekarzy szpitalnych znaczą więcej, aniżeli drobne oszczędności w administracyi. 7) Najważniejszym argumentem na korzyść budowy na rozszerzonem terytoryum obecnego szpitala nowego pawilonu chirurgiczno-ginekologicznego jest możność skorzystania zaraz z legatu ś. p. Mireckiego. Jednak pomimo tego należy się wstrzymać z tą sprawą wobec wyżej już wymienionych niedogodności, albowiem szpital w Radomiu powinien stanąć nie wyłącznie kosztem ofiar, wreszcie niedostatecznych, lecz kosztem miasta, jako miejska instytucya użyteczności powszechnej. Nowy szpital jest niezbędny. Nowy szpital powinien odpowiadać dzisiejszym wymaganiom, zaś budowanie jednego pawilonu z pozostawieniem reszty ruder szpitalnych równa się zagwożdżeniu sprawy szpitalnej w Radomiu, gdyż istnieje uzasadniona obawa, że władze miejskie zaniedbają wtedy sprawę budowy nowego szpitala, powołując się na dobre warunki w rozszerzonym szpitalu, a w naszem przekonaniu złym i nieodpowiednim. 8) Sprawy budowy nowego szpitala nie rozstrzygnie dzisiejsza municypalność. Należy tę sprawę odłożyć aż do wprowadzenia samorządu. Tylko samorząd z obywateli kulturalnych, obdarzonych instynktami społecznymi, dbałych o zdrowie publiczne, może zgromadzić środki dostateczne do wybudowania nowego szpitala i utrzymania go na należytej wysokości. Ani na chwilę nie przypuszczamy, aby współobywatele nasi pozostali głusi na nawoływania lekarzy, najlepiej znających tę sprawę, i aby nam nie przyszli z pomocą. Szpital bowiem jest jedną z najpilniejszych potrzeb miejskich. Pierwszą będzie tedy troską samorządnego miasta, zaś naszym będzie obowiązkiem nieustannie o to kołatać, a dzisiaj już przystąpić do opracowania odpowiedniego projektu.

Po ukończeniu dyskusyi poddano pod głosowanie wniosek następujący: Czy budowa szpitala w Radomiu jest sprawą nagłą? Za wnioskiem oświadczyło się 14 członków, wychodząc z założenia, że 1) racyonalna praca szpitalna w obecnych warunkach jest prawie niemożliwa i 2) że przyjęcie pierwszego projektu daje możność natychmiastowego prawie urzeczywistnienia należytej pomocy szpitalnej; 7 zaś członków, uznając budowę szpitala w Radomiu za pilną, jednak biorąc pod uwagę: 1) iż pośpiech w tym razie przyniesie szkodę sprawie wybudowania odpowiedniego nowego szpitala na właściwem dla szpitala terytoryum, 2) iż wybudowanie jednego pawilonu chirurgiczno-ginekologicznego na rozszerzonem terytoryum szpitala św. Kazimierza może uchodzić z biegiem czasu w oczach władz miejskich za fakt wybudowania całkowitego nowego szpitala i przez to uniemożebnić racyonalne szpitalnictwo w Radomiu, 3) iż sprawa budowy szpitala nie jest sprawą obchodzącą wyłącznie dzisiejsze pokolenie chorych i lekarzy, lecz i dalekie, które mogą słuszną mieć pretensyę za niewłaściwe użytkowanie funduszów na ten cel przeznaczonych i czynić nam wyrzuty z tego powodu, sądzą, iż należy sprawę budowy nowego szpitala odłożyć aż do czasu wprowadzenia samorządu, gdyż wtedy wobec jawności postanowień Rady miejskiej, kontroli zarówno ze strony władz miejskich, jak i publicznej, przy pomocy odpowiednich komisyi i prasy, można posiadać wszelką pewność, iż fundusze zostały użyte oszczędnie, celowo i wyłącznie na budowę szpitala.

W końcu postanowiono wybrać komisyę z 5 członków w celu zajęcia się sprawą wyboru placu pod szpital. Komisya ta ma przedstawić swe w tym względzie wnioski pod obrady najbliższego ogólnego zebrania. Do powyższej komisyi większością głosów wybrani zostali następujący koledzy: 1) H. Fidler, 2) F. Kosicki, 3) J. Kossak, 4) H. Raszkes i 5) A. Szczepaniak. Na tem posiedzenie zamknięto.

Przewodniczący: H. Fidler. Członek zarządu, sekretarz: T. Rakowski.

Kilka uwag o szpitalach paryskich

podał

Dr Leon Żuławski,

Dyrektor szpitala powszechnego w Gorlicach.

(Sprawozdanie przesłane Wydziałowi kraj. z podróży naukowej w r. 1909).

(Ciąg dalszy).

W odróżnieniu od naszych stosunków wypada mi podnieść organizacyę tamtejszej służby szpitalnej, która to organizacya, traktowana jako bardzo ważny dział szpitalnictwa, przyczyniła się bardzo znacznie do postępu szpitalnictwa paryskiego. Cała służba ujęta jest w kadry rozmaitych stopni, od których zależy wysokość poborów. Pobory te wynoszą od 800 do 1200 fr. rocznie. Każdy kandydat na służącego szpitalnego musi się poddać badaniu lekarskiemu i musi przejść szkołę służby szpitalnej przy szpitalu Salpêtrière; zależnie od kwalifikacyi, przy egzaminie osiągniętych, otrzymuje przeznaczenie i odpowiednie pobory. Egzaminy są prowadzone z całą bezwzględną surowością i znaczny procent kandydatów bywa corocznie odrzucany. Służba szpitalna pracuje 12 godzin na dobę i dzieli się na dzienną i na nocną. Służba dzienna ma prawo do jednorazowego odpoczynku tygodniowego, który wynosi 2 razy w miesiącu cały dzień, a 2 razy 1/2. dnia. Służba nocna ma prawo do 4 wolnych nocy w miesiącu. Oprócz tego każdy ma prawo do corocznego jednorazowego urlopu, który wynosi 25 dni. Ażeby wskutek ciągłego kolejnego urlopowania nie cierpiała obsługa chorych, a pozostająca służba nie była przemęczoną, stworzono typ służby zastępczej płatnej, z której kadrów w miarę potrzeby wysyła się do poszczególnych szpitali na zastępstwo urlopowanych lub chorych. Z tej organizacyi łacno poznać, w jak wysokim stopniu centralna władza przejęta jest uczuciem humanitarnem względem tych, o których w innych krajach nawet się nie myśli jeszcze! — Tylko część służby szpitalnej mieszka w danym szpitalu; reszta jest przychodnia. Mieszkający w szpitalu, mają osobne pokoiki dla siebie, powietrzne, widne, starannie urządzone. Łóżka mają sprężynowe, takie same, jak chorzy, szafę, umywalnię, stolik i stołki, jednem słowem wszystko to, co w naszych stosunkach uważane bywa za potrzebne do stworzenia przyjemnego kącika w chwili wytchnienia po pracy. Na przybysza z Galicyi to ludzkie traktowanie służby i to dbanie o jej wygodę sprawia silne wrażenie. Bezwiednie nasuwa się myśl, że tak traktowany służący szpitalny musi odczuwać pełnię swego człowieczeństwa, że uważa się za pracownika, a nie za płatnego najemnika, i że jego czynności przy chorym mogą być daleko szlachetniejszemi uczuciami nastrojone, aniżeli czynności naszych Jaśków i Kasiek. Wyszkolenie służby paryskich szpitali jest bardzo wielkie; nawet czynności, spełniane u nas przez lekarzy, wykonuje ona z precyzyą. Wielokrotnie byłem świadkiem wstrzykiwania lekarstw, dokonywanego przez dozorczynie w klinice wewnętrznej szpitala Hotel-Dieu. Widziałem, jak ze ścisłością chirurga odkażały one skórę i strzykawkę, zanim przystąpiły do wstrzyknięcia, a czyniły to bez dozoru i nie wiedząc, że je obserwuję. Znajomość dobra tego, czego wymaga się potem od pracownika, jest i powinna być pierwszym warunkiem przyjęcia kogoś za takiego pracownika. Jakże można spodziewać się i żądać od sióstr i służby, żeby umiały chronić chorych od przeniesienia zarazków chorobowych z innych, jeżeli one wogóle nie mają pojęcia o zaraźliwości pewnych chorób i po największej części nie wierzą w »jakieś tam zaraźliwe choroby«. (Dok. nast.).

Sprostowanie. W Nrze 29. »Przeglądu« na str. 439, szpalta prawa, ma wiersz 35 brzmieć: »wypływający z prawa 14. lipca 1905«, wiersz 38/9: »W roku 1907 było w Paryżu...«, wiersz 15 od dołu: »Koszt budowy wynosił 14000 franków na jedno łóżko«, a w wierszu 26 na str. 440 szpalta lewa zamiast »ćwiczeniu« ma być »wyćwiczeniu«.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

O projekcie wstępnym do austryackiej ustawy karnej z punktu widzenia interesów lekarskich.

(Wedle referatu Dra Adolfa Grussa, wypracowanego na zlecenie XIV Wiecu Izb lekarskich i IV. Zjazdu delegatów Związku państwowego organ. lek.).

(Dokończenie).

§ 439 p. w. stanowiący karę do jednego roku więzienia i grzywnę do 4000 kor. na tych, którzy przez niedbalstwo przyczynią się do szerzenia choroby zakaźnej, może być stosowany przeciw lekarzowi, nie donoszącemu o wypadku choroby zakaźnej lub nie zarządzającemu środków ostrożności u chorego zakaźnego. Przepis ten może stanowić kolizyę z § 403 p. w., karzącym za zdradzenie tajemnicy zawodowej, jeśli lekarz ma w leczeniu chorego na kiłę. Wprawdzie ustęp 4 § 403, jak dopiero co wspomniałem nie karze za zdradzenie tajemnicy, jeśli tego wymagał »interes publiczny lub interes prywatny«. Tymczasem właśnie tajemnica w przypadku choroby płciowej np. małżonka »e coitu extramatrimoniali« leży w interesie i to bardzo uzasadnionym interesie prywatnym chorego, niebezpieczeństwo rozszerzenia tej choroby na otoczenie bliższe i dalsze chorego dotyka znowu żywo interesu publicznego. Uzasadniony interes prywatny wymaga tajemnicy, — interes zaś publiczny wymaga czegoś wprost przeciwnego. Lekarz. zastosowawszy się do jednego z tych przepisów, może być w danym razie karany za przekroczenie drugiego, a wtedy znowu może mu się nadto przypomnieć władza polityczna ze swoim ciężkim art. 48 i zabronić praktyki.

§ 464 p. w. ustęp 1, zakazujący partactwa lekarskiego ma brzmienie jeszcze niefortunniejsze, niż obecny, odpowiedni przepis; ustęp 2 zakazuje sprzedawania i zachwalania środków tajnych, zabronionych, ustęp 3 zabrania nieuprawnionym narkotyzowania i hypnotyzowania drugich, ustęp 4 niebezpiecznych naukowych doświadczeń na ludziach, a ustęp 5 zawiera przymus zawodowy dla lekarzy i położnych. Przestąpienie któregokolwiek z tych przepisów karze p. w. aresztem aż do 4 tygodni lub grzywną do 300 koron. Wymiar kary za przestępstwa, objęte pierwszymi czterema punktami wcale nie wysoki, natomiast co do przymusu lekarskiego wprost srogi. Paragraf ten o przymusie zawodowym, w którym spotykają się ze sobą prawa i obowiązki lekarza, naocznie przekonywa o lekceważeniu stanu lekarskiego przez projektodawcę p. w.

Ponieważ teraz zajmujemy się wyłącznie przepisami, nakładającymi na lekarza obowiązki, nie mające nic wspólnego z jego czynnością leczniczą, rozważymy tylko ustęp 2, 4 i 5 — o ustępach 1 i 3, odnoszących się do partactwa pomówimy kiedyindziej.

Ustęp 2 karze jednakowo lekarza i laika. Nam się wydaje, że lekarz powinien być w każdym razie łagodniej karany o ile działa na podstawie swego doświadczenia, którego przecież laik mieć nie może. W zasadzie przepis ten jest zupełnie słuszny.

Ustęp 4 karze za niebezpieczne naukowe doświadczenia na ludziach w równej mierze każdego obywatela. Zważywszy, że naukowe doświadczenia wymagają naukowego uzdolnienia, którego chyba żaden laik nie posiada, powinien przepis ten mówić wyłącznie o lekarzach. Czy leczenie nowymi lekami lub sposobami zechce sędzia uznać w przyszłości za niebezpieczne, naukowe doświadczenie, okaże praktyka — bo i to nie wyłączone.

A teraz nieco szerzej o ustępie 5 odnoszącym się do przymusu zawodowego. Ze względu na jego doniosłość podajemy go w dosłownem tłumaczeniu: »§ 464, ustęp 5. Również będą karani lekarz i położna, którzy w swym zawodzie koniecznie potrzebnej pomocy lekarskiej lub położniczej bez dostatecznego powodu odmawiają lub ją zwlekają, chociaż mogli z danych okoliczności dojść do wniosku, że chory może być przez to narażony na niebezpieczeństwo«.

Przymus zawodowy ogranicza więc obecny przepis do koniecznie potrzebnej pomocy lekarskiej lub położniczej. Niefortunnem dla lekarzy jest brzmienie przepisu, że karygodne jest też i zwlekanie pomocy, bo pozostawia domysłom chorego, jego otoczenia i sędziego bardzo szerokie pole. Również z tej samej przyczyny niefortunnem jest określenie »bez dostatecznego powodu«. Przepis zapowiada karę, jeśli lekarz mógł się domyśleć (dlaczego nie, jeśli musiał?), że choremu grozi niebezpieczeństwo. Skąd lekarz wzywany może »módz się domyśleć«, co się dzieje z chorym, którego nie widzi? Czy zawsze są wiarygodni ci, co nie wzywają nigdy inaczej, jak do »konających«, bo albo zawsze wszystko widzą w czarnem świetle lub chcą czy to dla dokuczenia lub wyzyskania lekarza tak właśnie widzieć? Przepis taki wydaje lekarza na łaskę i niełaskę jego klienteli, która wzywając go, może postępować równie »bona fide«, jak »mala fide«. A złośliwie, zupełnie nawet niepotrzebnie wzywają lekarza najczęściej ci, co go nie płacą, a więc w praktyce ubogich lub kasowej. Ludzie zamożniejsi, lekarza zawsze płacący, zwykle dobrze rozważają, zanim lekarza poproszą, jeśli zdarzy się, że go niepotrzebnie gwałtownie wezwą, to i lepiej potem płacą i jeszcze przepraszają. Przymus w tej postaci, jeszcze jako taki znośny dla młodego zdrowego lekarza, stać się może czasem wprost niebezpieczny dla zdrowia i życia lekarzy chorych lub starszych. Czyż się w praktyce nie zdarza i tak, że rodzina trzyma chorego bez lekarza prawie aż do początku konania, albo leczy go u partacza, a kiedy śmierć się zbliża, wzywa na gwałt lekarza w nocy, w zawieruchę, ażeby chory nie umarł »bez doktora« i żeby rodzina nie miała potem kłopotu z pogrzebem. Zdaje się, że prawodawcy nie mają najmniejszego pojęcia o praktyce lekarskiej, nie wiedzą, że lekarze kas chorych nie zastają często w domu chorych »konających«, bo tymczasem jeden »poszedł do innego doktora, nie mogąc się doczekać pana z kasy«, a inny tymczasem poszedł »tylko do fryzyera« i t. p. Trzeba zaś zważyć, że takie stosunki wyrobiły się w czasie, kiedy nie było przymusu zawodowego dla lekarzy, wynikającego z ustawy karnej, tylko z dekretów kancelaryi nadwornej. A teraz publiczność, skoro się dowie, że lekarz może dostać się pod klucz, dopiero użyje sobie na lekarzach. Przepis ten chyba dlatego wymyślili prawnicy, żeby odstraszyć młodych ludzi od studyowania medycyny. Karany będzie lekarz, jeśli pomocy odmówił lub ją odwlókł w takim przypadku, w którym choremu mogło grozić niebezpieczeństwo, (dlaczego p. w. nie powiada: »w istocie groziło«) i to bez względu na to, czy naprawdę chory poniósł szwank, czy nie. Odmówienie lub odwleczenie pomocy samo w sobie jest karygodne.

Ciężej brzmiącego dla lekarzy przepisu nie mógł wymyśleć największy nasz wróg!

Gdy § 314 p. w. obowiązujący wszystkich obywateli ogranicza obowiązek spieszenia z pomocą tylko w razie »widocznego niebezpieczeństwa dla życia«, a za zaniedbanie karze tylko, »jeśli ktoś mógł dokonać czynu z łatwością i bez niebezpieczeństwa« i jeśli »druga osoba w niebezpieczeństwie postradała życie,« — to § 464 ustęp 5, p. 4, stanowi dla lekarza bezwzględny obowiązek spieszenia z pomocą, jeśliby chory przez odmówienie lub odwleczenie pomocy tylko mógł być »narażony na niebezpieczeństwo«, a lekarz z okoliczności mógł tylko przypuścić, że pomoc jest niezwłocznie potrzebna, a uznaje lekarza winnym nawet wtedy, jeśli nic złego się nie stało choremu, bo np. inny lekarz pospieszył z pomocą. Czyż na barki jakiegokolwiek innego zawodu nakłada państwo podobny ciężar? Żadnego innego obywatela nie pozbawia państwo tak, jak lekarza, praw osobistych. Przymus taki stworzono nie ze względu na istotną potrzebę współobywateli, ale dla dogodzenia najszerzej pojętej wygodzie uczyniono z lekarza niewolnika samowoli pierwszego lepszego, który go zechce nadużyć lub mu dokuczyć.

Brzmienie § 464, ust. 5, pozwala i na takie rozumienie, że i taki lekarz obowiązany jest spieszyć z pomocą, który wcale praktyki nie wykonuje, nawet od lat, a zajmuje się zupełnie czem innem, albo też lekarz, który się poświęcił jakiejś specyalności, a zatem stracił wprawę, potrzebną do praktyki ogólnej, a nawet ten, który zajmuje się wyłącznie teoryą medycyny. Taki lekarz może stanąć w danym razie pod alternatywą: z jednej strony § 464, 5. a z drugiej błąd lekarski; nie za jedno, to za drugie może się dostać do więzienia.

Lekarze mogą się zgodzić tylko na następujące brzmienie tego przepisu karnego, jeśli państwo uznaje wogóle konieczną potrzebę obejmowania tej sprawy ustawą karną, a nie chce zostawić jej, jakby należało, Izbom lekarskim: »Lekarz praktykujący, który w przypadkach niebezpieczeństwa dla życia, gdzie pomoc była konieczna, a skądinąd nie dała się na czas uzyskać, tej pomocy odmówił bez dostatecznego powodu, chociaż musiał konieczność jej uznać, ma być karany grzywną do 200 kor., jeśli stąd śmierć chorego wynikła«.

Równocześnie jednak żądamy, żeby § 3, alin. 6 ust. sanit. z 30. kwietnia 1870 Dz. u. p. p. Nr 68, był w całej rozciągłości wykonany. Przepis ten nakłada na każdą gminę obowiązek postarania się we własnym zakresie działania, by jej członkowie mogli w chorobie, wśród porodu i w niebezpieczeństwie życia znaleść konieczną pomoc. Dalej żądamy skutecznej ustawy przeciw partactwu. Domagamy się też od państwa, by lekarzowi,

wzywanemu z tytułu przymusu zawodowego zapewniło wynagrodzenie. Koniecznie żądamy ochrony lekarza według § 100 p. w., skoro go państwo równa co do obowiązków ze swemi urzędnikami. Wreszcie podnosimy, że w nowej ustawie powinien znaleść pomieszczenie przepis, odpowiadający § 360, obowiązującego kodeksu karnego, który nakazuje szeregowi osób (rodzice, małżonkowie, opiekunowie i t. p.) postarać się o pomoc lekarską dla swych pupilów w razie choroby.

Najodpowiedniejszą jednakże rzeczą byłoby skreślenie § 464 ustępu 5 z projektu, bo chyba władza da sobie w danym razie radę przy pomocy władzy politycznej, Izb lek. i § 314 p. w.;— § 464 ustęp 5 może posłużyć jedynie do odstraszenia od studyum medycyny. Stahr.

Wydział Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej na posiedzeniu d. 30. czerwca b. r. uchwalił, co następuje:

»Ponieważ mnożą się przypadki, w których lekarze pewne sposoby leczenia odstępują osobom do tego niepowołanym, w szczególności zaś poruczają technikom dentystycznym wykonywanie zabiegów operacyjnych w jamie ust, któreto zabiegi na mocy dekretu kancelaryi nadwornej z d. 14. września 1842 wyłącznie zastrzeżone są lekarzom, przeto Izba lekarska w przyszłości wystąpi przeciw wszelkim próbom, któreby do rozszerzenia zakresu działania techników dentystycznych na zabiegi i operacye w jamie ust zmierzały.

Równocześnie Wydział Izby lekarskiej zwraca uwagę kolegom na to, że oddawanie technikom dentystycznym zabiegów lekarskich w jamie ust, jakoteż pokrywanie tychże techników nazwiskiem i firmą lekarza, uważanem będzie jako uchybienie godności stanu, a lekarze, działający wbrew powyższej zasadzie, narażą się na dochodzenie ze strony Rady honorowej Izby lekarskiej«

Prezydent Izby zachodnio-galicyjskiej: Dr Schoengut.

W sprawie roznosicieli dwoinek zapalenia opon. Na zlecenie wojsk. Akademii lek. w Monachium zbadano w tych pułkach monachijskich, w których z początkiem zeszłego roku najbardziej srożyło się nagminne zapalenie opon mózgowych, 2.763 żołnierzy dla przekonania się, czy w śluzie nosa i gardła są u nich zarazki chorobotwórcze. Badań dokonano w ciągu roku 1909/10 3.400 i stwierdzono 52 roznosicieli meningokoka. Stahr.

Zwalczanie błonicy. W Szczecinie zawiązało się Towarzystwo, mające na celu zwalczanie błonicy zapomocą bezpłatnego rozdawania w razie potrzeby surowicy przeciwbłoniczej, co zarazem ma na celu wzbudzenie zaufania do leczenia surowicą w szerszych kołach ludności. X.

Odkażanie wozów kolejowych, szczególnie sypialnych, staje się coraz większą potrzebą, a nie robi się dotąd w tym względzie albo nic, albo prawie nic. Obecnie wprowadziły koleje pruskie odkażanie w warsztacie poczdamskim. Zbudowano tam olbrzymi cylinder, do którego wjeżdża cały wóz kolejowy i który się następnie hermetycznie zamyka. Wtedy ogrzewa się ten cylinder do 50°, wytwarza się zapomocą pompy powietrznej próżnię i zapełnia wreszcie cylinder parą formolu. Odkażenie jednego wozu wraz z amortyzacyą przyrządu wypada około 40 marek. Stahr.

W sprawie wychowania fizycznego wydało austryackie ministerstwo oświaty rozporządzenie, polecające, na podstawie ankiety, zwołanej w tej sprawie w styczniu r. b., dyrektorom szkół średnich popieranie strony fizycznej wychowania uczniów. Dwa popołudnia w tygodniu mają być poświęcone ćwiczeniom fizycznym, do których kosztów ministerstwo ewentualnie się przyczyni. X.

W biurze pośrednictwa Związku lipskiego zgłosiło się w r. 1908 898 lekarzy, szukających osiedlenia się, a było na to zaledwo 618 miejsc odpowiednich. Słuchaczy medycyny wtedy było w Niemczech 6000, a obecnie jest ich aż 8558! X.

Zwalczanie partactwa w Niemczech. Przeciw partaczowi Gottschalkowi odbył się w Kassel proces, zakończony skazaniem go za oszustwo, dowiedzione mu w 64 przypadkach, na 9 miesięcy więzienia. G. objeżdżał miasta i miasteczka w Niemczech, tytułując się lekarzem (po odbyciu 14-dniowego kursu u innego partacza), i zachwalał swój »niezawodny« sposób leczenia. Sposób leczenia polegał na tem, że Gottschalk patrzył długo na pewien przedmiot, a potem klaskał w dłonie, twierdząc, że choremu już będzie lepiej, prócz tego sprzedawał zioła, za cenę do 10 marek za paczkę! X.

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 10. VII. do 23. VII. 1910 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w m. Lwowie (zachorował żebrak), w pow. Horodenka (Żabokruki 2, Żuków 3), Jaworów (Młyny 1, Jaworów 2), Jarosław (Nienowice 1), Lwów pow. (Zarudce 2), Podhajce (Rakowiec 5), Przemyśl (Przemyśl 1), Rawa Magierów 2, Pogorzelisko 2), Skałat (Mazurówka 1), Drohobycz (Podbuż 7); ospy 1 przypadek w Michałówce p. Borszczów; nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych 1 przypadek w m. Lwowie.

Dr T.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 17. VII. do 23. VII. 1910 zgłoszono przypadków: błonicy 6 † 1 (w tem obcych 3 † —), krztuśca 4 † 1, ospy wietrznej 2, płonicy 11 † 3 (4 † 3), odry 5, duru brzusznego 3 † 1 (3 † 1), róży 1. Dr Janiszewski.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Dyplom doktorski uzyskali p. Wiktor Giełczyński, rodem z N. Sącza, Wacław Rychliński, rodem z Kalisza i Hieronim Adolf Osuchowski, rodem z Warszawy.

— Przetwór Ehrlicha-Hata otrzymała od wynalazcy do doświadczeń krakowska klinika okulistyczna Prof. Wicherkiewicza.

— »Dom Zdrowia« Towarzystwa »Bratnia pomoc uczącej się młodzieży polskiej« w Zakopanem uzyskał z państwowego funduszu przeciwgruźliczego 1000 kor. zasiłku na r. 1910. Na fundusz budowy »Domu Zdrowia« ofiarowali pp. Antoniostwo Fabrycowie z Podola ros. za pośrednictwem Dra K. Dłuskiego 2540 kor., jako fundacyę im. ś. p. Lucyana i Jadwigi Fabrycych, a Prof. Bujwid 200 kor.

Warszawa. »Gazeta lekarska« (30) podaje, że Polski komitet narodowy zgłosił dotychczas na V. międzynarodowy Zjazd ginekologiczny (w Petersburgu 22—28. IX. b. r.), 10 wykładów, które zapowiedzieli: Prof. Mars i Dr Bocheński ze Lwowa, Dr Cykowski, Neugebauer, Stankiewicz, Zaborowski i J. Jaworski z Warszawy i Dr Falgowski z Poznania.

— Wyszedł z druku pierwszy zeszyt nowo założonego dwumiesięcznika p. t. »Neurologia polska«, redagowanego przez Dra Ludwika Dydyńskiego, przy pomocy komitetu redakcyjnego, który tworzą: Dr Bornstein, Bregman, Wł. Dawid, Flatau, Gajkiewicz, Goldflam, Kopczyński, Męczkowski, St. Orłowski, Segal, W. Sterling, Wizel, a przy współudziale Dra J. Babińskiego, F. Chłapowskiego, Prof. Halbana, Prof. Heinricha, Prof. Pilza i Prof. K. Twardowskiego. Nowemu czasopismu, powstałemu wskutek uchwały I. Zjazdu neurologów, psychiatrów i psychologów polskich, przesyłamy życzenia najpomyślniejszego rozwoju, witając z radością założenie osobnego organu dla tak ważnego działu nauki lekarskiej.

— Wyszedł z druku »Przegląd piśmiennictwa lekarskiego polskiego za r. 1908«, obejmujący streszczenia 1140 artykułów i dzieł, wydanych w tym roku. Dołączenie »Przeglądu piśmiennictwa« w roku bieżącym do II. zeszytu »Pamiętnika Towarzystwa lekarskiego warszawskiego«, tak, jak to bywało dawniej, budzi nadzieję, że może w tym roku powiedzie się zapobiegliwej Redakcyi »Przeglądu piśmiennictwa« wydać jeszcze sprawozdanie za rok 1909 i w ten sposób przywrócić terminowość tego niezbędnego wydawnictwa.

— Dzienniki donoszą, że miesięcznik »Gruźlica«, redagowany przez Dra B. Dębińskiego z Warszawy i S. Sterlinga z Łodzi, dla braku poparcia wychodzić przestaje. Zwinięcie tego czasopisma, mogącego oddać wielkie usługi w propagandzie walki z gruźlicą, a doskonale redagowanego, byłoby niewątpliwą stratą w naszem piśmiennictwie.

— Otwarcie wystawy przeciwgruźliczej w Częstochowie, urządzonej przez tamtejszy oddział Towarzystwa higienicznego, odbędzie się 31. lipca b. r.

— Szpital dziecięcy im. Anny Maryi w Łodzi, jeden z najlepiej urządzonych szpitali w Polsce, uzyskał pewne podstawy bytu, albowiem fundatorowie jego, pp. Herbstowie, ofiarowali obecnie 100.000 rubli na fundusz żelazny szpitala, a 50.000 na bieżące jego potrzeby. — Dyrekcyę szpitala obejmuje Dr Schoenaich w miejsce zasłużonego dotychczasowego dyrektora, Dra Brudzińskiego, który przenosi się na stałe do Warszawy.

Z różnych stron. Dr Józef Okińczyc uzyskał w Paryżu stopień profesora »agrege« w zakresie chirurgii z tem odznaczeniem, że jest jednym z trzech kandydatów, mających wykładać w Paryżu.

— W Winnicy na Podolu powstać ma nowy szpital im. Pirogowa, fundowany na wniosek tamtejszego Towarzystwa lekarskiego przez ziemstwo podolskie z pomocą składek, zbieranych w Rosyi. Pirogow mieszkał ostatnie 20 lat życia w Winnicy; w r. b. przypada setna rocznica jego urodzin.

— W ostatnim (XI) Zjeździe lekarskim rosyjskim im. Pirogowa brało udział 2005 uczestników (w tem 297 lekarek). W stosunku do ogólnej liczby lekarzy w Rosyi liczba to niezbyt wielka.

— Po okresie bezwzględnych pochwał przetworu »606« (Bioksydiaminoarsenobenzolu) Ehrlicha-Hata, poczynają się pojawiać pierwsze publikacye o ubocznych działaniach leku. Bohač i Sobotka ogłosili przed paru dniami (Wiener klin. Wochenschr. 1910 Nr 30), że u 3 na 14 leczonych spostrzegali: groźne zatrzymanie moczu, dokuczliwe parcie na stolec obok zaparcia, zniknięcie odruchów kolanowych, i to w jednym przypadku już po dawce 0·3, t. j. najmniejszej z dotąd używanych. Wystąpienie powikłań w swoich przypadkach tak częste, gdy w tysiącach innych przypadków nie było żadnego działania ubocznego, tłómaczą sobie Bohač i Sobotka tem, że przetwór nie zawsze ma skład jednakowy.

Mianowani. Okulista Doc. Karol Wessely profesorem nadzw. w Würzburgu, Doc. Maksymowicz z Moskwy profesorem patologii ogólnej, a Doc. Sacharow z Kazania profesorem chemii lekarskiej w uniwersytecie warszawskim.

Powołani. Pedyatra Prof. Feer z Heidelbergu do Zürichu, ginekolog Prof. Hofmeier z Würzburga do Berlina, chirurg Prof. Schloffer z Insbrucku do Pragi.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Rok XLIX. Kraków, dnia 6 sierpnia 1910. Nr 32.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z oddziału chorób wewnętrznych szpitala krajowego w Sarajewie.

Ze spostrzeżeń o leczniczem działaniu przetworu arsenowego Ehrlicha

podał

Prof. Dr L. Korczyński.

Przedsiębrane obecnie próby z nowym przetworem arsenu, dioksydiamidoarsenobenzolem, nazwanym przez Ehrlicha przetworem »606«, stanowią poważny krok naprzód w usiłowaniach, zmierzających do nader szybkiego i doszczętnego niszczenia w samym ustroju zarazków chorobotwórczych, są praktycznem zastosowaniem chemoterapii, albo, jak ją Ehrlich nazywa, leczenia wyjaławiającego, »therapia sterilisans magna«.

Opiera się ten sposób leczenia na dawniejszych już spostrzeżeniach i doświadczeniach, które wykazały, że pewne ciała chemiczne posiadają szczególną skłonność do łączenia się z pewnemi komórkami i że na nie przedewszystkiem wywierają swój wpływ. Nie bez słuszności określićby można tę obopólną właściwość mianem powinowactwa chemiczno-biologicznego. Tego rodzaju powinowactwo, czyli chwytność, okazują np. komórki układu naczyniowego wobec przetworów nadnercza, komórki mięśnia sercowego wobec jadów błonicy, gośćca, nabłonek nerek wobec jadów płonicy, komórki nerwowe układu ruchowego wobec jadów tężca, wobec strychniny. Przykładów takich przytoczyćby można wcale długi szereg.

Na tych to danych zbudował Ehrlich swoje zapatrywania o t. zw. parazytotropizmie, które to określenie ma wyrażać powinowactwo biologiczno-chemiczne, zachodzące między pewnemi drobnoustrojami i pewnemi ciałami chemicznemi, mocą którego nastaje niszczenie bakteryi. Za rozumowaniem teoretycznem poszły systematyczne poszukiwania swoistych trucizn dla pewnych grup i rodzajów pasorzytów chorobotwórczych. Atoksyl, arsacetyna, arsenofenylglicyna, wreszcie dioksydiamidoarsenobenzol, znaczą etapy na drodze poszukiwań frankfurckiego badacza na tej nowej poniekąd drodze.

Pierwsze trzy przetwory, mimo stwierdzonej doświadczeniami, a nawet spostrzeżeniami leczniczemi u ludzi skuteczności, nie spełniły pokładanych w nich nadziei z powodu ubocznego działania, szkodzącego przy stosowaniu większych dawek. Mniejsze dawki nie skutkowały dostatecznie. Dioksydiamidoarsenobenzol zdaje się być o wiele doskonalszym, a leczenie zapomocą niego zdaje się budzić uzasadnione nadzieje, że w tej chorobie, przeciw której przez Ehrlicha został wynaleziony i polecony, okaże się skutecznym, nie szkodząc przytem samemu ustrojowi.

Jak już powszechnie wiadomo, chodzi tu o leczenie kiły, i to leczenie szybkie zapomocą znacznej dawki przetworu, zastosowanej raz jeden tylko.

Pierwsze sprawozdanie o skutkach tego leczenia pochodzi od Alta [1]) z Uchtspringe, a opiera się w części na spostrzeżeniach. poczynionych u chorych w krajowym zakładzie dla chorych umysłowych, w części zaś na spostrzeżeniach z oddziału kiłowego w szpitalu magdeburskim, kierowanego przez Schreibera

Własny materyał Alta stanowiło dwudziestu kilku chorych, przeważnie paralityków. Z tych u 18 stwierdzono przed wstrzykiwaniami przetworu »606« odczyn Wassermanna. Po wstrzykiwaniach u 2 znikł odczyn zupełnie, u 2 osłabł bardzo znacznie, u 3 mniej znacznie. Ten właśnie szczegół przytacza Alt jako dowód swoistego działania przetworu na krętki kiły. Stronę czysto kliniczną, wpływ dioksydiamidoarsenobenzolu na objawy chorobowe jako takie, pozostawia Alt na uboczu, powołując się na krótki czas spostrzegania chorych.

Inaczej brzmi w tym kierunku sprawozdanie o wynikach leczenia w przypadkach kiły świeżej. O tych wyraża się Alt wprost z entuzyazmem, mówiąc: »Ich kann heute berichten, dass seit 31 Januar 1910 dort (na oddziale Schreibera) 27 Fälle mit florider Lues von uns nach der neuen Methode mittelst einmaliger Injektion von 0,3 gm. behandelt und geradezu verblüffende Behandlungserfolge zu verzeichnen sind«.

W tym samym duchu brzmią sprawozdania innych lekarzy, którzy mieli sposobność stosować przetwór Ehrlicha w przypadkach świeżej kiły. Należą tu publikacye Schreibera i Hoppego [2]); Neisera [3]) z Wrocławia, Treupla [4]), Wechselmanna [5]). Nie różnią się od nich wyniki, uzyskane w tutejszym szpitalu na oddziale chorób skórnych i płciowych, o których sprawozdanie, napisane przez dra A. Glücka, znajduje się już w rękach redakcyi monachijskiego tygodnika lekarskiego *).

---

[1]) K. Alt. Münchener med. Wochschft. 1910, Nr 11.

[2]) Schreiber i Hoppe: Münch. med. Wochschrift. 1910, Nr 29.

[3]) Neiser: Deutsche med. Wochschft. 1910, Nr 26.

[4]) Treupel: Deutsche med. Wochschft. 1910 Nr 30.

[5]) Wechselmann: Deutsche med. Wochschft. 1910, Nr 27.

*) Ukazało się właśnie w druku w ostatnim numerze Münch. med. Wochs. (Przyp. Red.).

Z ogłoszonych dotychczas prac wynika, że zmiany kiłowe, tak pierwotne owrzodzenia, jako też osutki, kłykciny i kilaki, ustępują nadzwyczajnie szybko po wstrzyknięciu przetworu »606«, że równie rychło znika w krwi chorych odczyn Wassermanna. Nie mniej ważnym jest i ten szczegół, że dotychczas, pomimo względnie dość już licznych spostrzeżeń, sięgających kilkuset przypadków, nie zauważono (prócz 3 przypadków z kliniki Kreibicha[6]) szkodliwych następstw.

Dalsza dopiero przyszłość okaże, o ile wyniki lecznicze, osiągnięte w przypadkach świeżej kiły, będą trwałe, czy po leczeniu nowym przetworem arsenu nie pojawią się nawroty choroby, względnie czy nie będą występować t. zw. późne objawy kiły i przewlekłe kiłowe schorzenia narządów wewnętrznych. Niemniej jednak jest rzeczą wskazaną zwrócić już teraz uwagę na chorych, okazujących tego rodzaju choroby i próbować u nich przetworu Ehrlicha. Dotychczas zrobiono w tym kierunku bardzo jeszcze niewiele. Z wyjątkiem pracy Alta, o której wspominaliśmy wyżej. znajdują się w bieżącem piśmiennictwie dwie tylko wzmianki. Treupel wspomina o przypadku kiły mózgu i porażenia postępującego; w obu uzyskał poprawę. Wechselmann mówił w Tow. lek berlińskiem o szeregu przypadków kiły narządów wewnętrznych, leczonych z dobrym skutkiem wstrzykiwaniami dioksydiamidoarsenobenzolu.

Dzięki uprzejmości prof. Ehrlicha, który na moją prośbę nadesłał mi pewną ilość dawek swego przetworu arsenowego, mogłem także osobiście przedsięwziąć próby.

Materyał, jakim do tej chwili rozporządzam, jest wprawdzie bardzo jeszcze szczupły, ale mimo to uważam za rzecz godziwą podzielić się tem, co sam widziałem, z czytelnikami »Przeglądu«. Dotąd leczyłem trzy przypadki, z tych dwa spostrzegane już nieco dłużej.

Przyp. I. Jovo K., lat 32, urzędnik.

Chory zaraził się przed pięciu laty kiłą. Leczony był wcieraniami. W grudniu 1909 wystąpiły silne bóle głowy, potęgujące się w nocy. 30 grudnia tegoż roku uległ chory napadowi udarowemu, połączonemu z zupełną utratą przytomności, trwającą godzinę. Bezpośredniem następstwem udaru było porażenie prawej połowy ciała i utrata mowy. Mowa powróciła częściowo po 5 dniach, władza w nodze prawej zaczęła się nieco poprawiać po dwóch tygodniach. Kończyna górna pozostała bezwładna. Stan ten nie poprawiał się pomimo leczenia i to skłoniło chorego do szukania porady w tutejszym szpitalu, gdzie został przyjęty 5 maja b. r.

Stan jego był następujący: Mężczyzna, średniego wzrostu, dobrze zbudowany, dostatecznie odżywiony. Skóra i błony śluzowe blade, na skórze grzbietu i barków nieliczne płytkie, nieregularne blizny po osutce kiłowej. Gruczoły chłonne na karku, pod pachami, w przegubach łokciowych, w pachwinach twarde i dość liczne. Na prąciu blizna. W narządzie oddechowym zmian niema, również w narządzie pokarmowym. Mocz co do wejrzenia i składu chemicznego zboczeń żadnych nie okazuje. Serce rozmiarów prawidłowych, tony czyste. Natomiast zwraca uwagę wężykowaty przebieg naczyń tętniczych i bardzo wyraźne ich tętnienie. Sciany naczyń są twardsze i mniej podatne.

(Dok. nast.).

[6]) Bohač i Sobotka: Wiener klin. Wochenschrift 1910, Nr 30.

Z oddziału chorób skórnych i wenerycznych szpitala św. Łazarza i zakładu higieny Uniw. Jag. w Krakowie.

O metodzie Wassermanna, modyfikacyi Bauera, i o surowicach z pęcherzy.

Przez

Prym. Dra E. Borzęckiego i Doc. Dra R. Nitscha.

(Ciąg dalszy).

Z dotychczasowych badań, uwzględniających wpływ leczenia rtęciowego na zmianę odczynu (Bering), nasuwa się wniosek, że dawki rtęci, jakie dotąd uważamy za energiczne, tylko w pewnym odsetku zmieniają odczyn dodatni na ujemny. Autor ten przytacza, że n. p. 30 wcierań po 4·0 na dawkę, lub 12—14 wstrzyknięć kalomelu 0·10 tylko w pewnej liczbie odczyn surowiczy zmieniło. — Być może, że dalsze w tym kierunku badania dadzą nam w przyszłości cenne w kierunku leczniczym wskazówki. Z dotychczasowych wyników badania surowicy daje się wysnuć drugi wniosek w tem znaczeniu, że im leczenie rtęciowe było energiczniej stosowane, tem odsetek odczynu dodatniego jest mniejszy.

I tak: Bering w liczbie 149 niedostatecznie leczonych otrzymał 87% +, 13 —; w liczbie 110 energicznie leczonych 38 +, 62 —. Cyfry powyższe odnoszą się do chorych, u których od czasu zakażenia nie więcej minęło czasu, niż rok.

Tenże autor co do kiły III. jawnej i utajonej razem otrzymał: w 75 niedostatecznie leczonych 7·5% +, 25% —, w 21 dosyć energicznie leczonych 38% +, 62 —. Liczby same najlepiej dowodzą wpływu leczenia na zachowanie się odczynu.

Podobne wyniki otrzymał Basch. Wyniki te przemawiają na korzyść leczenia, stosowanego długo i energicznie, jak je przyjął Fournier i Neisser. Z własnych naszych badań, odnoszących się do materyału z oddziału, leczonego przygodnie, nie systematycznie, wniosków w tym względzie na razie nie wyprowadzamy.

W pięciu przypadkach z praktyki prywatnej, w których od czasu zakażenia minęło 7—12 lat, leczenie było stosowane według metody Neissera; wynik odczynu był ujemny. Liczba zbyt mała, by z niej można wysnuwać wnioski.

Nasuwa się pytanie, czy odczyn Wassermanna może nam służyć jako wskazówka w rokowaniu? Mamy na myśli zmiany późne. Na to pytanie wobec krótkiego czasu, jaki upłynął od chwili podania odczynu, na podstawie dotychczasowych wyników odpowiedzieć nie można. — Jeżeli odczyn surowicy ujemny w okresie pierwszych 3—4 lat od zakażenia nie uprawnia do żadnych wniosków w tym względzie, to przecież ten sam wynik ujemny u osobnika, który nabył kiły przed laty 6 lub więcej, a nie był leczony od dłuższego czasu, może mieć większe znaczenie, zwłaszcza, jeżeli wykonany kilkakrotnie w pewnych odstępach czasu zawsze ujemnie wypadnie. W takich przypadkach wydaje nam się, że mielibyśmy prawo rokować dobrze. Jakie w tym względzie w przyszłości dalsze badania stworzą zapatrywania, przewidzieć nie można, ale na razie

musimy uważać w przypadkach, w których minął szereg lat od zakażenia, obok wyniku badania klinicznego ujemny wynik odczynu surowicy za szczegół względnie korzystny pod względem rokowania.

Ogółem zbadaliśmy metodą Wassermanna surowice 190 chorych. Według okresów choroby i według wyników, jakie przytem otrzymaliśmy, dzielą się one tak:

Kliniczne rozpoznanie	Przypadki nieleczone	Wśród nich odczyn Wassermanna				Przypadki leczone	Wśród nich odczyn Wassermanna				Razem
		+	—	±	?		+	±	—	?	
Zmiana pierwotna	11	7	3	1	—	—	—	—	—	—	11
Kiła II. świeża	20	18	1	—	1	4	3	—	1	—	24
Kiła II. pierwotna	12	8	2	2	—	28	21	1	6	—	40
Kiła II. utajona	1	1	—	—	—	12	6	1	5	—	13
Kiła III. narządów wewn.	12	6	6	—	—	22	12	—	10	—	34
Kiła III. utajona	—	—	—	—	—	13	—	1	12	—	13
Nie kiła	55	3	51	—	1	—	—	—	—	—	55
Razem	111	43	63	3	2	79	42	3	34	—	190

Objaśnienie: + znaczy wynik dodatni proby Wassermanna.
— » » ujemny » »
± » » niepewny » »
? » » chybiony z powodu zahamowania w kontroli (surow. samozwrotne).

Przypadki podzieliliśmy według rozpoznania klinicznego. Na uwagę zasługują 3 dodatnie wyniki próby Wassermanna w przypadkach, w których klinicznie wcale kiły nie przypuszczano. Były to następujące przypadki:

1) Nr 2019 m. Rozpozn. klin.: Lupus vulgaris pedis dextri. W przypadku tym wykonano zabieg chirurgiczny. nim wiedzieliśmy o wyniku próby Wassermanna, a być może, że rozpoznanie nasze było mylne, a sprawa była na tle kiłowem.

2) Nr 1932 k. Rozpozn. klin. Eczema impetiginosum cruris utriusque. Chora lat 14. Badanie nie wykazało żadnych objawów, któreby można odnieść do odbytej kiły. Wywiady — wobec małej inteligencyi chorej — nic wyjaśnić nie mogły. — Nasuwa się przypuszczenie, że może był to okres utajenia kiły nabytej w dzieciństwie.

3) Nr 1960. Rozpozn. klin.: Ulcera mollia? +!

Przypadki w naszej tablicy podzieliliśmy dalej na leczone i nieleczone, przyczem musimy zauważyć, że tylko te przypadki zaliczyliśmy do rubryki nieleczonych, o których w historyi choroby wyraźnie wspomniano, że nie były leczone; wszystkie zaś inne przypadki, o ile na podstawie wywiadów było stosowane leczenie ogólne, zaliczyliśmy do rubryki leczonych

Zaznaczyć wypada, że w badanym materyale zdarzyć się mogło w którymś przypadku, że nie zwrócono dosyć uwagi na wywiady lub nie zbadano szczegółowo w kierunku kiły. Jeżeli n. p. wzięto krew z chorego, przyjętego z powodu scabies, krew zbadano dopiero w dniu trzecim lub czwartym, kiedy chory już oddział opuścił, a odczyn Wassermanna wypadł dodatnio, to wynik taki mógł stać pozornie w sprzeczności z rozpoznaniem.

Co do 2). Wiadomo, że Bauer podał w r. 1908 modyfikacyę próby Wassermanna, polegającą na tem spostrzeżeniu, że w surowicy ludzkiej znajduje się prawie stale gotowy dwuchwytnik (amboceptor) dla krwinek czerwonych barana. Wobec tego nie potrzeba — twierdzi Bauer — dodawać sztucznego dwuchwytnika, otrzymanego z królika. Co więcej, dodatek taki może być nawet szkodliwy, albowiem przezeń można otrzymać w próbie Wassermanna nadmiar dwuchwytnika dla krwinek czerwonych barana, wskutek czego może się zdarzyć, że te krwinki ulegną rozpuszczeniu nawet w razie obecności kiłowej surowicy. A zatem modyfikacya Bauera ma według autora 1) upraszczać próbę Wassermanna, 2) zwiększać jej wartość.

Próbę Bauera wykonuje się według przepisów autora w następujący sposób: Do 0,2 cm³ badanej surowicy dodaje się w jednej rurce 1 cm³ wywoływacza (rozc: 1 + 4 NaCl przy d) i 1 cm³ dopełniacza rozcieńczonego 10 razy (ze świnki morskiej). Mieszaninę tę wstawia się na $^1/_2$ godziny do cieplarki, a potem dodaje się 1 cm³ krwinek czerwonych barana (5%). Z drugą rurką postępuje się tak samo, tylko zamiast wywoływacza dodaje się do niej 1 cm³ fizyol. rozczynu NaCl.

Oprócz tych dwóch rurek używa Bauer jeszcze dwóch o zupełnie analogicznym składzie (rurka trzecia i czwarta) — tylko zamiast 0,2 cm³ badanej surowicy, dodaje do nich po 0,2 cm³ surowicy napewne nie kiłowej. Po dodaniu do każdej rurki po 1 cm³ zawiesiny 5% krwinek czerwonych barana, wstawia się je na $^1/_4$—$^1/_2$ godziny do cieplarki i obserwuje się przebieg hemolizy. Zwykle po tym czasie rozpuszczają się zupełnie krwinki w rurce drugiej i czwartej (bez wywoływacza). Równocześnie, lub nieco później rozpuszczają się krwinki w rurce trzeciej (zdrowa krew kontrolna) i w rurce pierwszej, jeśli badana surowica nie była kiłową. Jeśli zaś badana surowica była kiłową, to krwinki w rurce pierwszej wcale się nie rozpuszczą. Tak więc powinna w próbie Bauera w rurkach drugiej do czwartej wystąpić zawsze hemoliza, są to bowiem tylko kontrolne rurki dla przekonania się, czy w surowicy badanej istnieje dostateczna ilość dwuchwytnika (rurka druga), czy dopełniacz jest dobry (wszystkie 3 rurki), czy wywołacz nie hamuje ze zdrową krwią (rurka trzecia). W ostatnich czasach zaproponowano dla większej ścisłości tej próby dodanie jeszcze 2 rurek kontrolnych, a to z surowicą napewne kiłową.

Bardzo często zdarza się przy wykonywaniu próby Bauera, że zawartość rurki drugiej lub trzeciej nie rozpuści się wcale, albo tylko niezupełnie po $^1/_2$ godzinnym pobycie w cieplarce po dodaniu krwinek barana. Świadczy to o niedostatecznej ilości dwuchwytnika w ludzkiej krwi i wtedy polecił Bauer dodać do takich prób — do wszystkich rurek jednakową ilość surowicy ludzkiej zdrowej, rozpuszczającej dobrze krwinki baranie.

Ponieważ zaś niezawsze łatwo jest mieć w zapasie taką surowicę, więc w ostatnich czasach polecono dodawać w takim razie zamiast zdrowej ludzkiej surowicy, poprostu sztucznego dwuchwytnika, otrzymanego z królika, jak w od-

czynie Wassermanna. I Bauer sam zasadniczo zgadza się na to.

W naszych doświadczeniach trzymaliśmy się ściśle przepisów Bauera i po dodaniu krwinek barana trzymaliśmy rurki $^1/_2$ godziny w cieplarce. Potem odczytywaliśmy wyniki i nie dodawaliśmy już nigdy ani zdrowej ludzkiej surowicy, ani sztucznego dwuchwytnika — tylko uważaliśmy wynik w razie nierozpuszczenia w rurkach kontrolnych za chybiony. W ten sposób tłómaczy się wielki odsetek chybionych wyników w naszych doświadczeniach; przedstawia on równocześnie odsetek przypadków, w których w surowicy ludzkiej jest za mała ilość dwuchwytnika dla wykonania próby Bauera i w których potrzeba posługiwać się sztucznym dwuchwytnikiem, co zbliża już bardzo znacznie modyfikacyę Bauera do klasycznej metody Wassermanna. Celem oszczędzenia materyału wykonywaliśmy próbę Bauera w połowie ilości płynu przez niego podanej, zachowując oczywiście skrupulatnie ilościowe stosunki. Z tych samych powodów i próbę Wassermanna wykonywaliśmy nie w 5 cm³ płynu, ale w $2^1/_2$, a potem tylko w 1 cm³ objętości, rozumie się tak samo z zachowaniem stosunków ilościowych.

A. Metodą Wassermanna i Bauera zbadaliśmy porównawczo 140 surowic, zebranych z krwi chorych.

W tem było:

zupełnie zgodnych wyników	64
wyłączyć należy z powodu chybionego odczynu Bauera	67
wyłączyć należy z powodu chybionego odczynu Bauera i Wassermanna	2
niezgodnych częściowo było	4
niezgodnych całkowicie	3
	140

(Dokończenie nastąpi).

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

(Narządy moczowo-płciowe).

Doc. Géza v. Illyés. **O krwotoku nerkowym.** (Öster. Ärzte Zeitg. 1909, Nr 20). Krwawienie z nerek wystąpić może z powodu: 1) urazu, 2) spraw zapalnych, 3) spraw nowotworowych. Odróżnienie krwotoku pęcherzowego od nerkowego zwykle nie jest trudne, a ważne jest ono nietylko ze względu na samo rozpoznanie, ale także ze względu na postępowanie. Przy krwawieniu pęcherzowem np. cystoskopia jest przeciwwskazana, przy krwawieniu zaś nerkowem jest ona konieczna.

Krwawienie nerkowe najczęściej występuje w początkach gruźlicy nerek. Krwotoki te są jednak zwykle nie duże i nie trwają długo. Utrudnia czasem rozpoznanie odruchowe cierpienie pęcherza, cechujące się silnem parciem na mocz (renovesicaler Reflex). Rzadziej już występują krwotoki przy zapaleniu miedniczek nerkowych. Krwotoki takie są bardzo małe, prócz krwi spotykamy w moczu obficie ropę. Krwawienie wystąpić może także w przebiegu zapalenia nerek; należą tu t. zw. samorodne krwotoki nerkowe. Operacya w podobnych przypadkach wykazuje zwykle jednostronne ogniska zapalne. Niektóre postacie odznaczają się wielką bolesnością (nephralgia haematurica). Krwawienie utrzymuje się wtedy nieraz tygodniami i miesiącami. Badanie czynności nerek stwierdza stosunki prawidłowe, a przy operacyi nerka okazuje się nie wiele zmienioną. Tutaj nieraz nawet operacya, podjęta dla zbadania stanu nerki, tamuje krwotok. Do tej samej grupy należą też krwotoki nerkowe, występujące nieraz nawet gwałtownie, bez widocznej przyczyny. Senator uważa je za krwawiączkę nerkową. W podobnych przypadkach nie pozostaje nieraz nic innego, jak krwawiącą nerkę usunąć. W czasach wolnych od krwawienia w moczu niema zwykle żadnych zmian.

Krwotoki urazowe łatwo rozpoznać, o ile występują zaraz po wybitnym urazie. Niejako urazowymi są też krwotoki nerkowe, występujące wskutek zranienia dróg moczowych przez kamienie nerkowe lub odleżyny od kamieni nerkowych. Występują one zwykle po wysiłkach fizycznych, forsownej jeździe wozem i t. p., u ludzi, którzy cierpieli już na kolki nerkowe. Zwykle krwotoki te są niewielkie. Przy bardzo wielkich kamieniach nerkowych występują czasem krwotoki nerkowe, jako pierwszy objaw choroby. Wtedy promienie rentgenowskie przychodzą z pomocą rozpoznaniu.

Najczęściej może występują krwotoki nerkowe przy nowotworach nerek. Krwotoki te zjawiają się bez widocznej przyczyny i są bardzo uporczywe; sprawiają one nieraz typowe kolki, a to z tego powodu, że skrzepy zatykają miedniczkę lub moczowód, a czasem nawet i pęcherz, tak, że trzeba je dopiero z pęcherza aspirować albo wyjmować.

W końcu krwawienie nerkowe wystąpić może także po otruciach, w ciąży, w czasie karmienia i t. p. Krwotoki te znikają same po porodzie lub po przerwaniu karmienia.

Postępowanie przy krwotoku nerkowym jest dość typowe. Przedewszystkiem cystoskopem stwierdzamy, skąd t. j. z której nerki krwotok pochodzi. O ile jeszcze nie jesteśmy pewni rozpoznania, dołączamy dla upewnienia się cewnikowanie moczowodów i badanie czynnościowe nerek, oznaczając punkt marznięcia, przeprowadzając próbę florydzynową, zdolność rozcieńczenia płynu w nerce i badając skrupulatnie mocz. W uporczywych przypadkach, zwłaszcza gdy przyczyny krwotoku zupełnie nie znamy, przystępujemy do operacyi »badawczej«, która polega na rozcięciu nerki i szukaniu przyczyny krwotoku. Czasem i wtedy nie znajdujemy przyczyny, lecz zabieg sam i zeszycie nerki zwykle tamuje krwotok w zupełności. K.

Portner. **Cystoskopowa dyagnostyka gruźlicy nerek u chłopców.** (Med. Klinik. 1910, Nr 2). U chłopców badanie czynnościowe nerek napotyka na trudności, a to z tego powodu, że wobec małego kalibru cewki nie możemy swobodnie wprowadzać narzędzi np. cystoskopu, do cewnikowania moczowodu. Cystoskop zwykły dla dzieci ma kaliber 12 skali Char., a cewnikowy Nr 17. Zwykle po 2. roku życia można już wprowadzić cystoskop zwykły, a po 8. cewnikowy. Wobec tych trudności badamy zwykle zwykłym cystoskopem, a sprawność nerek oceniamy z próby indygokarminowej. W tym celu wstrzykuje się, w uśpieniu, dziecku śródmięśniowo w pośladki 20 cm 0,4% roczynu indygokarminu. Przy zdrowych nerkach powinien mocz w 8—10 minut wydzielać się z obu moczowodów zabarwiony niebiesko.

Gruźlica nerek u dzieci jest dość częstą i przebiega znacznie złośliwiej, niż u dorosłych; z nerki (a tu zwykle jest ognisko pierwotne) szybko przenosi się w dół na pęcherz, a stąd w górę ku drugiej nerce; wtedy już na operacyę zapóźno. Leczenie tuberkuliną jest dozwolone tylko wtedy, jeżeli każdej chwili możemy kontrolować cystoskopem, czy sprawa nie posuwa się naprzód lub też po operacyi nerki celem wyleczenia sprawy pęcherzowej, do czego nadaje się jednak lepiej leczenie sublimatem, które stosujemy także jako przygotowanie do cystoskopii. K.

Bloch. **Wyniki operacyjne w 126 przypadkach złośliwych guzów nerek.** (Fol. urol. IV. 3). B. donosi o przypadkach, operowanych przez Israela. 25% trwałych wyleczeń; śmiertelność 22·2%. Guzy złośliwe nerek objawiają

się zwykle najpierw krwiomoczem. W połowie przypadków zjawiają się wczas kolki lub też dłużej trwające bole. Zaledwo w 25% tracą chorzy na wadze i to głównie przy rakach nerek, rzadziej przy innych guzach, np. nadnerczakach. Gdy inni wyczuwali zwykle tylko w $^1/_4$ przypadków guzy, to Israelowi udało się to prawie w $^4/_5$ wszystkich przypadków. Często, bo w 25%, towarzyszy guzowi nerki rozdęcie żył powrózka nasiennego po tej samej stronie. W razie powiększenia się żył na brzuchu i udzie nie należy już operować, albowiem objaw ten dowodzi, że sprawa przeszła już i na żyłę główną. Wielkość guza natomiast, lub jego ruchomość, nie mogą rozstrzygać o możności usunięcia guza bez naocznego przekonania się, jak rzecz stoi. Badanie czynnościowe nerek oddaje tutaj mniejsze usługi, niż przy innych sprawach nerkowych, a raczej jest ono mniej potrzebne. Przyczyną śmierci po operacyach w 66·7% była niedomoga serca, dlatego też w razie zaburzeń ze strony serca nie należy pod żadnym warunkiem przystępować do operacyi. K.

Prof. Hoehne. **O możności uciskania obu, albo też jednego moczowodu zapomocą elastycznego zasznurowania brzucha.** (Münch. med. Woch. 1910, Nr 7). Zastanawiając się nad sposobem Momburga wywoływania niedokrwistości dolnej połowy ciała zapomocą zasznurowywania w pasie, wpadł H. na myśl zbadania, czy też przy tem także i moczowody nie zostają uciśnięte. Badania na chorych, jako też na zwierzętach potwierdziły to przypuszczenie. W czasie opasania mocz do pęcherza wcale się nie wydzielał, a po zdjęciu węża wykazać się dało w moczu przejściowo białko i wałeczki. Po przyłożeniu na jeden bok twardej szyny, ulegnie przy opasaniu uciskowi tylko strona przeciwna. Dozwala to więc uciskać tylko jeden moczowód, a więc używać tego łatwego sposobu do czynnościowego badania nerek. Dalsze próby w toku. Klęsk.

Jeanbrau. **Kamienie moczowodowe.** (13. Zjazd franc. Tow. urolog. X. 1909). Kamienie moczowodowe w 90% występują pojedynczo, a w 96% jednostronnie. Sadowią się one zwykle na początku i końcu moczowodu, albowiem te miejsca są najwęższe. Kształt miewają podłużny, przypominając pestkę daktyla. Klinicznie podzielić je można na 3 gatunki: 1) kamienie ruchome, 2) uwięznięte, 3) inkrustowane. Przyczyną uwięznięcia może być znaczna wielkość kamienia, chropowata powierzchnia, nieprawidłowości w kalibrze i przebiegu moczowodu i t. p.

W 62% przypadków cechuje obecność kamieni występowanie kolek nerkowych, a to z następujących powodów: wędrowanie kamienia, wklinowanie i zatkanie moczowodu, zakażenie i t. p. Kamień moczowodowy rośnie coraz więcej i w końcu wywołuje następowe zmiany w nerce, dlatego też nawet bez objawów zaklinowania należy kamienie o ile możności rychło operować. Rozpoznanie prócz objawów klinicznych ułatwia cewnikowanie moczowodów i radiografia. Kamień moczowodowy usunąć można trzema drogami: 1) przez nacięcie nerki lub miedniczki od góry, 2) przez nacięcie moczowodu nad kamieniem, 3) przez nacięcie pęcherza od dołu. Operacya na moczowodzie daje bardzo dobre wyniki, należy jednak po wyjęciu kamienia upewnić się o drożności moczowodu, ewentualnie wykonać odrazu operacyę plastyczną. Nawroty występują niezmiernie rzadko, o ile operacya była dokładna, albowiem, jak wyżej wspomniano, kamienie moczowodowe są zwykle jednostronne i pojedyncze. A.

Prof. Lameris. **Przyczynek do leczenia żylaków powrózka nasiennego.** (Münch. med. Woch. 1910, Nr 13). Na podstawie swego rozległego doświadczenia dochodzi L. do następujących wniosków: Chorych, cierpiących na żylaki powrózka nasiennego, podzielić można na 3 grupy. W pierwszej żylaki nie sprawiają żadnych dolegliwości i wykrywamy je nieraz przypadkowo przy innej sposobności. W drugiej grupie spotykamy przypady typowe zarazem i dla przepukliny, w trzeciej prócz tego silne objawy neurastenii płciowej. Chorych pierwszej grupy operować nie trzeba, ostatnich nie wolno (bo operacya nic nie pomoże). Do operacyi nadają się więc chorzy grupy drugiej i tu przedewszystkiem zoperować należy nie tyle żylaki, ile przepuklinę, która prawie zawsze wtedy występuje. Z tego też powodu do operacyi tej nadaje się najlepiej sposób Naratha, który otwiera przytem kanał pachwinowy. Żylaki więc same nie są bezpośredniem wskazaniem do operacyi, albowiem z czasem znikają same, nie wywołują, jak to się mylnie sądzi, zaniku jądra, a co główne, w razie operacyi z powodu bolów nie osiągniemy skutku bez usunięcia przepukliny; natomiast, jak to sam L. stwierdził w kilku przypadkach, po zoperowaniu przepukliny, nie tykając zupełnie żylaków, otrzymać można całkowity skutek. K.

Kielleuthner. **O leczeniu przerostu sterczu.** (Münch. med. Woch. 1910, Nr 24). Przerost sterczu w pierwszym okresie choroby wymaga przedewszystkiem odpowiedniego higienicznego zachowania się celem usuwania ew. unikania nawałów krwi do gruczołu. Unikać powinni chorzy długiego siedzenia na miękkich siedzeniach (jazda koleją II lub I klasą) i spania na miękkiem posłaniu. Natomiast poleca się przechadzki, dbanie o regularne wypróżnienia, wstawanie z łóżka przy potrzebie oddawania moczu i przejście paru kroków, nie zadługi sen i umiarkowane życie płciowe; chronić się też powinni ci chorzy od zaziębień, przemoczenia nóg i t. p. Co do dyety, to jeść poleca się często, lecz nie wiele, a unikać potraw korzennych i trudno strawnych, oraz wyskoku. Promienie rentgenowskie działają skutecznie, ale tylko na postacie »miękkiego przerostu«. Z leków próbować można chyba jodu. Pobyt w kąpielach jest wskazany przy zmianach w pęcherzu. Co do cewnikowania, to częstość jego zależy od ilości moczu zastoinowego. Przy ilości 150—250 cm wystarcza 1—2-razowe opróżnienie na dobę, przy 300—500 2—3-krotne, przy ilościach większych potrzebne jest częstsze. Z metod chirurgicznych (zwłaszcza w razie niemożności dalszego cewnikowania, zakażenia, bolów lub krwotoków) obecnie wchodzi w rachubę głównie wyłuszczenie gruczołu. Wyłuszczenie od międzykrocza daje 3—4% śmiertelności i może uszkodzić kiszkę stolcową, ale dla chorego jest zabiegiem łagodniejszym, niż wyjęcie przez pęcherz od góry, które daje 7% śmiertelności, ale jest łatwiejsze i dozwala na dokładne zbadanie ew. na zabieg w pęcherzu. Zwykle postępujemy w ten sposób, że w razie, gdy stercz jest mały, zbliznowaciały lub zropiały, operujemy od krocza, a gdy wielki (zwłaszcza środkowy płat), to od pęcherza. Wycięcie sterczu stosować trzeba także u ludzi cierpiących na częste tworzenie się kamieni w »zaułku sterczowym pęcherza«. K.

Dermatologia.

Reitmann i Zumbusch. **Przyczynek do patologii liszaja rumieniowego** (lupuseryt hematosus acutus disseminatus). (Archiv f. Derm. u. Syph. T. 99, 1909). Na początku pracy podane historye chorób dotyczą sześciu kobiet w wieku od 22—47 lat, z których dwie przed laty cierpiały na liszaj rumieniowy krążkowy (lupus erythematosus discoides). Choroba we wszystkich tych przypadkach, zaczynając się zawsze powoli, po pewnym czasie wybuchała gwałtownie. w skórze zmiany rozszerzały się szybko, gorączka podnosiła się do 39°—40° C., za czem szedł ogólny upadek sił, śpiączka, drgawki i osłabienie sprawności mięśnia sercowego, stale zaś wikłało obraz chorobowy albo zapalenie płuc, lub nerek (raz ropne), albo nieżyt jelit, w czterech przypadkach róża (erysipelas perstans). Po kilku dniach nasilenie choroby zmniejszało się na krótszy lub dłuższy czas, poczem jednak napad ponawiał się z równą siłą, wyczerpując ustrój. Prawie zawsze występowały zmiany na błonach śluzowych ust w postaci obrzmienia, zaczerwienienia i podnoszenia się naskórka. Choroba nie trwała nigdy dłużej nad sześć miesięcy i kończyła się zawsze śmiercią. Sekcya zwłok oprócz zwyrodnień narządów miąższowych, zapalenia płuc, nerek lub jelit i t. d. wykazała w pięciu przypadkach gruźlicę płuc, nierozwiniętą jednakowoż

do tego stopnia, by sprawa ta wpływać mogła na przebieg przypadku.

Ciekawa była ogromna wrażliwość skóry we wszystkich przypadkach na leczenie zewnętrzne; nawet na tak obojętne maści, jak cynkowa lub rtęciowa (H. praecip. alb.) skóra oddziaływała zaczerwienieniem, obrzękiem, sączeniem, a nawet tworzeniem się pęcherzy, przyczem stale podnosiła się ciepłota ciała. Obraz histologiczny przedstawiał silne przekrwienie, wiodące często do wynaczynień, naciek dokoła naczyń i obrzęk, zmiany widoczne tylko w okolicy górnych warstw skóry i brodawek. Dr H. L. Weber.

W. Rave. **Zastosowanie lampy Kromayera przy wyprysku.** (Arch. f. Derm. u. Syph. T. 101, 1910). R. ogłasza 12 przypadków wyprysku, leczonego światłem lampy kwarcowej Kromayera, z których wynika, iż światło to na tego rodzaju choroby skórne wywiera wpływ dobroczynny, a co ważniejsza, chroni od nawrotów. Szczególnie nadają się do leczenia światłem lampy kwarcowej wypryski przewlekłe, uporczywe wypryski pęcherzykowe i krostkowe, które na inne zabiegi lecznicze wcale nie, lub tylko częściowo oddziaływają. Zależnie od przypadku naświetla R. raz przez 5 m, innym razem 20—40 minut, naświetlając w ten sposób, iż światło przesuwa z miejsca na miejsce powoli tam i z powrotem, niejako »przyprasowując« chorą skórę raz silniej, raz słabiej (»Plattverfahren«). Kilka (2—8) naświetleń, stosowanych co kilka dni, zwykle już wiedzie do celu. W pewnych przypadkach (choroby przewlekłej zaostrzającej się) radzi R. łączyć działanie światła lampy Röntgena z lampą Kromayera. Dr H. L. Weber.

F. Winkler. **Wpływ arsenu na łuszczycę.** (Arch. f. Derm. u. Syph. 1910) Aby stwierdzić wpływ arsenu na zmiany łuszczycowe, zastosował W. metodę wprowadzania go w skórę zapomocą prądu galwanicznego w ten sposób, iż watę, napojoną 5‰ tlenkiem arsenu (Arsentrioxyd) kładł na schorzałe miejsca i łączył ją z biegunem ujemnym, biegun dodatni przykładając w pobliżu. Siła prądu wynosiła 5 miliamperów, posiedzenie trwało od 5—10 m raz na dzień. Po trzech tygodniach zmiany ustępowały zupełnie, nie pozostawiając nawet zmian barwikowych, jednakże tylko w tych miejscach, na które prąd działał bezpośrednio, natomiast nawet najbliższe nacieki, na które prąd bezpośrednio nie działał, wcale się nie zmieniały.

Jakież więc jest działanie arsenu? Bezsprzecznie działa on zwężająco na naczynia, usuwając przekrwienie, nie jest to jednak jedyne działanie arsenu, gdyż n. p. suprarenina, powyższą metodą w skórę wprowadzona, o wiele silniej zwężająco działa na naczynia, a jednak łuszczycy nie leczy; działanie więc arsenu musi być jeszcze inne, ważniejsze, a tem jest działanie arsenu wprost na schorzałe komórki; działanie to jest tylko miejscowe. Dr H. L. Weber.

Galewsky. **Marskość** (leukokeratosis, kraurosis) **żołędzi i napletka.** (Arch. f. Derm. u. Syph. 1910, T. 100). G. opisuje 6 spostrzeganych przez siebie przypadków zmian napletka i żołędzi o charakterze podobnym, jaki się widzi przy marskości pochwy (kraurosis vulvae). Początku choroby G. nie spostrzegał, gdyż chorzy zgłaszali się zawsze po kilkunastu latach cierpienia z chorobą już daleko posuniętą; dlatego też nie może G. określić, czy zmiany te są pokrewne łuszczycy błon śluzowych, jak to utrzymują niektórzy autorowie. W danych przypadkach sprawa zaczynała się zgrubieniem i stwardnieniem napletka dość ostro odgraniczonem, które, stopniowo szerząc się, po latach przechodziło na żołądź i ujście cewki moczowej i wiodło w końcu zawsze do zaniku skóry i błony śluzowej w miejscach chorobowo zajętych, i do tak znacznego zwężenia cewki, iż n. p. w jednym przypadku ujście drożne było tylko dla świeczki Nr 3 (Charrièra). Przez to zwężenie powstają przykre przypadłości, jak bole i pieczenie przy oddawaniu moczu, cienki jego strumień, uczucie naprężenia skóry i t. d. Miejsca, dotknięte zmianami przybierały barwę białawą, opalizującą. Sprawa ta opierała się leczeniu objawowemu. Kąpiele miejscowe z następowem natłuszczeniem nie powstrzymują rozwoju choroby, chociaż zmniejszają nieco przypadłości. Leczenie przeciwkiłowe zupełnie nie wpływa na przebieg. Jedynym zabiegiem, zapobiegającym, aby zmiany nie przeszły na żołądź prącia, jest wczesne, doszczętne wycięcie zmienionej skóry napletka.

Dr H. L. Weber.

A. Buschke. **Obrzęk moszny w wiewiórze.** (Archiv für Derm. u. Syph. T. 100, 1910). B. spostrzegał 3 przypadki znacznego obrzęku moszny, wikłające wiewióra, o charakterze podobnym, jak przy obrzęku napletka, spotykanym dość często w ostrym tryprze. We wszystkich przypadkach wiewiór miał przebieg ostry, jednak nie gwałtowny; w żadnym przypadku nie nastąpiło zapalenie najądrza. Przyczynę powstania obrzęku moszny upatruje B. w zapalnym obrzęku i następowem zwężeniu światła naczyń limfatycznych moszny, które też w postaci grubych powrózków przez skórę można było wymacać.

Dr H. L. Weber.

W. Karo. **Spostrzeżenia kliniczne gruźlicy pęcherza** (Archiv für Derm. u. Syph. Tom 100, 1910). K. zwraca uwagę, objaśniając to przykładem, że nierzadko nawet specyaliści leczą zapalenie pęcherza, nie przypuszczając, iż zapalenie to może być wywołane przez prątki Kocha. Zapalenie gruźlicze pęcherza pierwotne i samoistne uważa K. — jeśli takie wogóle istnieje — za bardzo rzadkie, wobec czego leczenie zapalenia swoistego bez zwrócenia uwagi na źródło choroby, na nerki, uważa za bezcelowe i nie dające nigdy dobrych wyników, gdy n. p. samo wycięcie chorej nerki (przykład) bez leczenia zapalenia pęcherza leczy czasem owo zapalenie w zupełności. Przy gruźlicy nerki poleca K. wstrzykiwania tuberkuliny, a jeśli to leczenie zawodzi, — zabieg chirurgiczny. Również poleca K. wstrzykiwania starej tuberkuliny, jako pomocniczego czynnika rozpoznawczego w celu wyśledzenia, która nerka jest zajęta. Bole, występujące po odpowiedniej stronie po wstrzyknięciu tuberkuliny, zwiększona ilość bakteryi, odchodzących z moczem, wskazują na prawą lub lewą nerkę.

Dr H. L. Weber.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne dn. 3. maja 1910 r.

1) Stanisław Gębarski przedstawił chorego ze **zwężeniem przełyku, leczonego wstrzykiwaniami fibrolizyny i rozszerzaniem zgłębnikami.** Chory, 37 lat, przed 7 miesiącami wypił 2 łyżki stężonego ługu. Wkrótce potem mógł przełykać zaledwie płyny. Choremu poradzono zgłosić się na oddział chirurgiczny dla dokonania gastrostomii. Chory nie zgodził się na operacyę i w dniu 5. marca b. r. został przyjęty na oddział Dra Chełchowskiego. Najgrubsza oliwka dosięgła 23 ctm; najcieńszy zgłębnik przechodził do 35 ctm. Niezwłocznie przystąpiono do wstrzykiwań fibrolizyny i rozszerzań zgłębnikami. Po tygodniowem leczeniu (po 3 wstrzyknięciach) zaczął chory przełykać pokarmy papkowate. Dotąd zrobiono 20 wstrzyknięć (po 3 tygodniowo) i osiągnięto taki wynik, że zgłębniki Dalamottea włącznie do N XIX przechodzą swobodnie do żołądka, chory od 3 tygodni je zupy, kartofle, jajka na miękko, kaszkę, a od tygodnia i mięso. Przybyło mu 32 funty na wadze.

2) Gębarski pokazał jedno **z zserowaciałych nadnerczy,** pochodzące ze zmarłego przed kilku dniami chorego na **chorobę Addisona.** W przypadku tym zasługuje na uwagę symetryczność zniszczenia: obydwa nadnercza, powiększone 10 razy, zserowaciałe w jednakowym stopniu.

3) Leon Kryński: **O granicach dla zabiegów operacyjnych w przypadkach nowotworów złośliwych.** Prelegent przedstawił: 1) fotografię chorej z nawrotem nowotworu szyi, klatki piersiowej i ramienia, operowanej po-

myślnie, 2) preparat wyciętej krtani chorego z nawrotem nowotworu złośliwego, 3) preparat olbrzymiego nowotworu, usuniętego z jamy brzusznej, 4) chorego z wyciętą górną i dolną szczęką z powodu nawrotu nowotworu złośliwego.

Streszczając swój wykład, wygłosił prelegent następujące zdania: 1) wszystko, co zrobiono i obmyślono dla leczenia nowotworów złośliwych, z wyjątkiem noża — zawiodło; 2) należy rozszerzyć wskazania do operacyi; 3) nie należy odmawiać racyi bytu operacyom paliatywnym; 4) przeciwwskazanie do zabiegu powinno więcej wynikać ze stanu ogólnego chorego, niż z miejscowego.

W dyskusyi zgadza się Gabszewicz z wywodami prelegenta i również sądzi, że przy złośliwych nowotworach nawet daleko posuniętych w rozwoju, jedynie na drodze operacyjnej można osiągnąć jakieś wyniki. Te pojedyncze przypadki, jakie widział Gabszewicz przy stosowaniu innych środków, n. p. wstrzykiwań »extr. herbae chelidonii majoris«, należeć będą do nadzwyczajnych rzadkości.

4) Róbin: **O mało znanym syndromie żołądkowym i o jego wartości rozpoznawczej.** (Rzecz drukowana w »Medycynie i Kronice lekarskiej«, Nr 27 i Nr 28).

W dyskusyi zapytuje Polikier, czy prelegent nie zauważył stosunku tego zbioru objawów do zapalenia wyrostka robaczkowego. Przynajmniej 2 objawy tegoż zbioru przypadów u dzieci często bywają zwiastunem zapalenia wyrostka. — Grundzach podkreśla ważność stwierdzenia przez prelegenta, że ten zbiór objawów zjawia się i w przypadkach raka żołądka. Co się tyczy tego, że ten zbiór objawów spotyka się częściej u rasy aryjskiej, niż semickiej, to Grundzach tłómaczy to sobie tem, że zwykle bywa on przy nadużyciach wyskoku, widuje go się najczęściej w klasie rzemieślniczej, gdzie częściej bywają nadużycia wyskoku. Następnie Grundzach podkreśla, że ten zbiór objawów dość często występuje u kobiet w okresie przekwitania. — Skłodowski zapytuje, na czem oparte było rozpoznanie w tych przypadkach, gdzie prelegent rozpoznał raka żołądka. — Skowroński zapytuje, jak często ten zbiór objawów występuje u kobiet i mężczyzn, gdyż mogłoby to wyjaśnić, czy wyskok wpływa na powstawanie tego zbioru objawów. — Róbin odpowiada Polikierowi, że w przebiegu zapalenia wyrostka robaczkowego, opisanego zbioru objawów nie spostrzegał, Grundzachowi, że nie we wszystkich przypadkach odgrywało rolę etyologiczną nadużycie napojów wyskokowych, gdyż niektóre przypadki dotyczyły osób bardzo młodych płci żeńskiej; Skłodowskiemu odpowiada prelegent, że rozpoznanie raka żołądka w podanych 4 przypadkach nie ulegało wątpliwości, a Skowrońskiemu, że podziału przypadków według płci nie przeprowadzono.

Tadeusz Wilczyński.

Towarzystwo lekarskie radomskie.

Zebranie ogólne z dn. 20. listopada 1909 r.

(Protokół Nr 55).

Obecnych dziesięciu członków. Większością głosów (9 przeciwko 1) wybrano przewodniczącym zebrania kol. Henryka Fidlera.

1) Otwarto dyskusyę nad protokółem zeszłego 54. Zebrania. — Kol. Fuksiewicz jest zdania, że protokół ten jest referatem przeciwnika budowy pawilonu, gdyż punkt II. (przeciw budowie) jest zbyt starannie opracowany w porównaniu z punktem I. za budową. — Kol. Rogoziński protestuje przeciw umieszczeniu go na liście zwolenników placu starego i jest za budową szpitala na nowem miejscu. — Kol. Raszkes prosi o sprostowanie w protokóle, gdyż on uważa plac stary za całkiem odpowiedni.

Zapada uchwała, że koledzy zwolennicy budowy pawilonu mają na przyszłe posiedzenie dodać te motywy, które zostały w protokole 54-tym opuszczone, przyczem protokół ten będzie podpisany po dodaniu brakujących szczegółów.

2) Otwarto dyskusyę nad sprawą ambulatoryum bezpłatnego. — Kol. Kossak jest przeciwny ambulatoryum miejskiemu bezpłatnemu, jest jednak za rozszerzeniem działalności ambulatoryum szpitalnego. Udzielać porady należy każdemu, kto się zgłosi, nie wchodząc w jego stosunki majątkowe, a ponieważ przychodzi dużo robotników i ich rodzin, więc należy postarać się, by właściciele fabryk za to składali ofiary na szpital i z tych funduszów pokrywać wydatki na lekarstwa i etat specyalnego lekarza ambulatoryum. — Kol. Szczepaniak jest zdania, że należy w inspekcyi fabrycznej poruszyć sprawę lekarzy fabrycznych, bo wiele fabryk ma lekarzy fikcyjnych. — Kol. Raszkes sądzi, że poruszenie sprawy ambulatoryum jest niepotrzebne, ponieważ istniejąca pomoc ambulatoryjna w szpitalach jest zupełnie wystarczająca. — Kol. Pełczyński jest zdania, że chorych należy segregować, t. j. zamożniejszym odmawiać i starać się o utworzenie posady lekarza ambulatoryjnego na koszt miasta. — Kol. Przychodzki oświadcza się za utworzeniem osobnego ambulatoryum miejskiego i zwolnieniem szpitali od ambulatoryum. — Kol. Fuksiewicz jest za zostawieniem ambulatoryum przy szpitalach. — Kol. Raszkes jest również tego zdania. — Kol. Kossak sądzi, że ambulatoryum musi być przy szpitalu, gdyż to daje możność udzielenia choremu wszechstronnej pomocy, a często i zostawienia chorego dla dalszego leczenia w szpitalu.

Na tem posiedzenie zamknięto.

Zebranie ogólne w d. 5. marca 1910.

(Protokół Nr 56).

Obecnych 17. — Na przewodniczącego zebrania, po odmowie ze strony wybranego kol. Idzikowskiego, wybrano przez aklamacyę kol. Rakowskiego.

1. Odczytano i przyjęto protokół 55-go Zebrania ogólnego.

2. Odczytano **sprawozdanie z działalności Towarzystwa za rok 1909,** opracowane przez nieobecnego z przyczyny choroby kol. Wacława Cennerea, które brzmi:

Na początku r. 1909, a 7-go swego istnienia, Towarzystwo liczyło 51 członków; w ciągu roku sprawozdawczego ubyło wskutek śmierci 2, z powodu wyjazdu 2, z powodu nie wnoszenia wkładek 3 — razem 7; że zaś w tym okresie przyjęto 1, przeto z dniem 1. I. 1910 r. Towarzystwo liczyło 45 członków, a mianowicie 2 członków honorowych, 41 rzeczywistych, oraz 2 korespondentów. W myśl § 13 statutu z powodu ukończenia 3-letniej kadencyi na początku 1909 r. ustąpili z Zarządu: prezes kol. Fidler, wiceprezes kol. Kosicki i bibliotekarz kol. Kondratowicz, zaś z komisyi rewizyjnej prow. Łagodziński, a nadto 2 członków tejże komisyi zmarło: Płużański i Janiszewski. Wybory na miejsce członków Zarządu odbyły się 6. marca 1909, przyczem większością głosów wybrani zostali: prezesem kol. Fidler, wiceprezesem kol. Kosicki, bibliotekarzem kol. Kondratowicz, a do komisyi rewizyjnej na posiedzeniu 6. lutego 1909: kol. Bijejko, prow. Kasprzykowski i prow. Łagodziński.

W roku sprawozdawczym odbyło się 7 posiedzeń a mianowicie 6. II., 6. III., 3. IV., 22. V., 26. VI., 23. X. i 20. XI. Na każdem posiedzeniu było obecnych średnio 18 członków, co stanowi 40% ogółu uczestników; nadto na posiedzenie wprowadzono 2 gości. Na posiedzeniach wygłoszono 6 odczytów oraz przedstawiono 5 pokazów. Co do treści: 3 odczyty wygłoszono z chirurgii, 2 z dziedziny chorób wewnętrznych, a 1 z ginekologii. Odczyty w roku sprawozdawczym wygłosili: 1) kol. Fidler »O leczniczem znaczeniu tuberkuliny«; 2) kol. Fuksiewicz »Przypadek dwustronnego ropnego zapalenia opłucnej, wyleczony zapomocą operacyi radykalnej«; 3) kol. Kossak »Przypadek choroby Werlhoffa«; 4) kol. Kosicki »O krwawem odprowadzeniu zwichnięć zastarzałych w stawie łokciowym«; 5) kol. Raszkes »Przypadek ciąży jajowodowej prawej«; 6) kol. Rogoziński »Przypadek peritonitidis purulentae circumscriptae e cholecystitide calculosa«.

Pokazy przedstawił kol. Raszkes: 1) preparat macicy wyciętej z powodu złośliwego nabłoniaka kosmówki (chorion-epithelioma malignum); 2) przypadek raka części pochwowej macicy ciężarnej; 3) przypadek torbieli jajnika; 4) przypadek włókniako-mięśniaka macicy; 5) przypadek operacyi Schauty-Wertheima.

Nadto na kilku posiedzeniach rozpatrywano projekt organizacyi Związku zawodowego lekarzy przy Towarzystwie lek. rad., opracowany przez wybraną w tym celu w Towarzystwie komisyę. Projektu jeszcze całego nie rozpatrzono, przeto bliższe szczegóły odkładamy do następnego sprawozdania. Część jednego z posiedzeń poświęcono pamięci przedwcześnie zmarłego dla społeczeństwa i nauki lekarskiej polskiej ś. p. Teodora Dunina, przyczem kol. Fidler wygłosił podniosłą mowę o działalności dydaktycznej i społeczno-lekarskiej zmarłego. Na sanatoryum im. ś. p. Dunina złożyło Towarzystwo jednorazowo 95 rubli. Poza tem Towarzystwo wzięło udział w otwarciu I. Zjazdu neurologów, psychiatrów i psychologów polskich, jaki odbył się w październiku w Warszawie, przesyłając odpowiedni telegram z życzeniami.

Zarząd Towarzystwa zbierał się 8 razy. Na posiedzeniach tych, oprócz spraw administracyjnych, rozpatrywane były wszystkie sprawy, wnoszone następnie pod obrady Ogólnych Zebrań. Ruch korespondencyjny w r. 1909 był następujący: wpłynęło odezw 33, wysłano 470.

Zmarli członkowie: Ś. p. Eugeniusz Janiszewski, ur. 18. XII. 1841 roku. Ukończył cztery klasy gimnazyum radomskiego w r. 1856, zdał egzamin na pomocnika aptekarskiego w b. Radzie lekarskiej Królestwa Polskiego w roku 1860, ukończył wydział farmaceutyczny w b. Szkole Głównej ze stopniem prowizora w r. 1867. Został asesorem farmacyi przy wydziale lekarskim Rządu gubernialnego radomskiego w r. 1879 i obowiązki te pełnił do r. 1886. Wreszcie porzucił stan aptekarski i oddał się w zupełności sprawom finansowym, spełniając do ostatniej chwili obowiązki zarządzającego rachunkowością w Kasie Przemysłowców radomskich oraz dyrektora Tow. kred. miasta Radomia. Umarł w styczniu 1909 r. Był członkiem komisyi rewizyjnej radomskiego Towarzystwa lek. od założenia Towarzystwa.

B. p. Adolf Pomper, ur. 29. X. 1852 roku, wiedziony szlachetnym zapałem ku nauce już w starszym wieku zdał egzamin dojrzałości i wstąpił na wydział medyczny uniwersytetu warszawskiego. Po ukończeniu studyów osiadł w Radomiu, gdzie był wziętym lekarzem i przewodnikiem maluczkich, których zawsze otaczał serdeczną opieką i prowadził ku światłu i kulturze. Umarł w marcu 1909 r.

3. Sprawozdanie kasowe Tow. lek. radom. za r. 1909: Dochód 606 rb. 51 kop., rozchód 536 rb. 94 kop., remanent 69 rb. 57 kop.

Preliminarz na rok 1910: Dochód 702 rb. 57 kop., rozchód 560 rb., remanent 142 rb. 57 kop.

Stan kasy wsparć dla wdów i sierot po lekarzach pozostałych, przy radomskiem Tow. lek. 240 rb. 69 kop.

4. Sprawozdanie ze stanu czytelni i biblioteki. Biblioteka Towarzystwa w ciągu ubiegłego 1909 r. powiększyła się o 23 dzieła w 28 tomach wartości 34 rb. 50 kop.

W dniu 1. I. 1909 r. biblioteka zawierała dzieł 1037 w 1230 tomach wartości 1106 rb. 35 kop. W dniu 1. I. 1910 r. zawiera 1080 dzieł w 1258 tomach wartości 1150 rb. 85 kop. Na prenumeratę czasopism wydano 128 rb. 30 kop. Czasopisma prenumerowano tesame co i w roku zeszłym. Z nowych zaprenumerowano: »Przegląd pedyatryczny« (kwartalnik) i »Gruźlicę«. Roczników pism peryodycznych biblioteka posiada obecnie 237 tomów. Oprócz wyżej wspomnianych dzieł powiększyła się biblioteka o kilkadziesiąt dzieł, pozostałych po zmarłym koledze Pomperze, których jednak z powodu braku miejsca w szafach bibliotecznych dotąd nie skatalogowano; oprócz tego ofiarodawcami byli: Redakcya Medycyny, Pamiętnika Tow. lek. warsz., »Krasnyj Krest« (Czerwony krzyż), koledzy Fidler i Serkowski. Na ponowne zakupienie zagubionych numerów przez członków Towarzystwa wydano 30 rb. 35 kop. Na oprawę czasopism i dzieł wydano 22 rb. 97 kop.

5. Odczytano protokół komisyi rewizyjnej za r. 1909: »Po szczegółowem zbadaniu książek dochodu i rozchodu za rok 1909 komisya znalazła takowe w należytym porządku; w dochodzie za rok ubiegły było 606 rb. 51 kop., w rozchodzie 536 rb. 94 kop., w remanencie na r. 1910 69 rb. 57 kop. Bibliotekę po sprawdzeniu z katalogiem znaleziono w należytym porządku. Podpisano: Łagodziński, Kasprzykowski«.

6. Przystąpiono do wyborów na miejsce ustępujących w myśl § 12 statutu: członka zarządu kol. Pełczyńskiego i członka skarbnika kol. Szczepaniaka i wybalotowania jednego z członków komisyi rewizyjnej.

Po zaproszeniu na skrutatorów kol. Idzikowskiego i Ungra, przewodniczący rozdał kartki wyborcze obecnym. Po zwrocie kartek i przerachowaniu głosów okazało się, że obaj koledzy zostali wybrani ponownie, mianowicie kol. Pełczyński na członka zarządu 12 głosami, kol. Szczepaniak na członka skarbnika 16 głosami. Z komisyi rewizyjnej wybalotowany został kol. Kasprzykowski. Na tem posiedzenie zamknięto.

Przewodniczący H. Fidler. Członek zarządu sekretarz T. Rakowski.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Sekcya neurologiczno-psychiatryczna.

Posiedzenie z d. 8. czerwca 1909 r.

1. Odczytano protokół posiedzenia organizacyjnego sekcyi.

2. Kol. Gessner przedstawia przypadek **syryngomyelii z otępieniem umysłowem** po dwukrotnym napadzie ostrej psychozy:

Paweł Al., tkacz z Łodzi, lat 46, pochodzi z rodziny, w której chorób umysłowych, ani nerwowych nie było. Wyskoku nie nadużywał, chorób ciężkich nie przechodził. W 12. roku życia spadł z wysokiej topoli; był przez $^1/_2$ godziny nieprzytomny; krwotoku nie było. Żonaty od 14. lat — 6 zdrowych dzieci. Od 7 lat powolne i stopniowe słabnięcie lewych kończyn, które doprowadziło do niedowładu i zaniku mięśni. Przed 4 laty chory słabł więcej, pokazywały mu się koła przed oczami i nie mógł poznawać ludzi na ulicy. — Przed $2^1/_2$ laty psychoza na tle rewolucyi: bredzenia prześladowcze (chcą go zabić, wojsko będzie strzelało do niego), połączone z silnym strachem, omamy, oryentacya naogół zachowana. W czasie psychozy z rzędu 5 napadów drgawek klonicznych z całkowitą utratą przytomności. Po kilku miesiącach psychoza zakończyła się wyzdrowieniem, Po 6-miesięcznej przerwie wybuchła znowu, przyczem o charakterze zupełnie podobnym do poprzedniej, lecz z większem nasileniem. Objawy ostre po 4 miesiącach znikły i więcej się nie powtarzają; chory wrócił do równowagi psychicznej, okazuje jednak średni stopień otępienia umysłowego.

Badanie stwierdza: Skrzywienie kręgosłupa prawostronne; niedowład lewej kończyny dolnej i zanik jej mięśni; zanik mm, międzykostnych 3. i 4. palca lewej ręki; siła mięśniowa w prawej kończynie dolnej większa, niż w lewej; odczyn na prąd faradyczny jednakowy, odczynu zwyrodnienia niema. Odruchy: kolanowe wzmożone — lewy silniejszy od prawego, odruch Babińskiego z lewej strony, drganie stopy także, odruch z m. trójgłowego tylko lewy się otrzymuje; brzuszny górny lewy silniejszy od prawego. — W m. prostym i skórnym zewnętrznym brzucha z prawej strony — włókienkowe drgania. Objawu Romberga niema. Nieznaczny bezład (ataxia) w lewej ręce. — Zaburzenia czucia po stronie prawej na tułowiu i dolnej kończynie (przy zachowanem czuciu dotykowem, brak bólowego

i cieplnego). Źrenica lewa nieco szersza od prawej, oddziaływa na światło gorzej; na przystosowanie obydwie oddziałują dobrze. Nieznaczne drżenie oczu przy patrzeniu w prawą stronę. Dno oka — bez zmian. Niedowład nerwu twarzowego lewego.

Na zasadzie powyższego należy przypuścić sprawę syryngomyeliczną w rdzeniu. Psychozę i drgawki z wszelkiem prawdopodobieństwem można odnieść do gliozy kory mózgowej (Knoblauch: »Klinik und Atlas der chronischen Krankheiten des Zentralnervensystems« 1909). (Streszczenie własne).

3. Kol. Klozenberg przedstawia przypadek **syryngomyelii.** Chora, mająca obecnie 24 lat, choruje od 2 lat, kiedy spostrzegła chudnięcie i osłabienie lewej kiści, poprzedzone przez parestezye (otrętwienia) w dolnej części lewego przedramienia. Od zeszłego lata to samo w mniejszym stopniu w prawej kiści. Od czasu do czasu występowały na podstawach członków palców, przeważnie na powierzchni dłoniowej, małe pęcherzyki, następnie wrzodziejące i zabliźniające się. Sama chora zauważyła zwężanie się lewej szpary ocznej i lewej źrenicy. W lutym r. b. nagle po wylaniu się płynu zauważyła duży pęcherz na prawym barku, wielkości jaja kurzego, o którego obecności, zarówno jak i powstaniu przedtem nie wiedziała. Nieraz doznaje bolów w barkach przy zmianie pogody. Dawniej zawsze była zdrowa. Nigdy nie było bolów, sztywności w kręgosłupie, bolów rozpromieniających się, urazu, zaburzeń w oddawaniu moczu i stolca, zaburzeń w łykaniu. Czworo dzieci zdrowych. Poronień, zatruć nie było.

Chora dobrze odżywiona i zbudowana. Nerwy czaszkowe bez zmian. Szpara oczna i źrenica prawa większa, niż lewa. Oddziaływanie źrenic na światło i akomodacyę dobre. Brak zmian na dnie oczu. Lewa »main en griffe«, prawa bardziej przypomina »main en predicateur«. Siła w ramionach i przedramionach dobra. Odruchy z mięśnia trójgłowego i okostne k. promieniowej obustronnie zachowane. Brak bezładu. Czucie dotykowe z wyjątkiem nieznacznej hypestezyi na łokciowym brzegu ostatniego stawu lewego V. palca, zachowane. Czucie bolu i ciepła w okolicy C_7 po lewej stronie znacznie osłabione, przyczem czucie ciepła (spec. dla ciepłego) bardziej dotknięte; z prawej strony czucia bolu niema zupełnie. Na prawym barku blizna powierzchowna, okrągła, wielkości rubla srebrnego w okolicy m. naramiennego. Siła kończyn dolnych dobra. Odruch kolanowy i Achillesowy ze strony lewej nieco silniejsze. Odruch podeszwowy po stronie lewej — niewyraźne zgięcie ku podeszwie (flexio plantaris); po prawej — wyraźne. Brak zaburzeń czucia. Bolesność wyrostków ościstych CvII, DI, DII. Oddziaływanie elektryczne w mięśniach lewego kłębu i kłębka i międzykostnych EaR i po części częściowe Ea R., w prawej osłabienie przewodnictwa galwanicznego i faradycznego.

W danym przypadku bolesność wyrostków ościstych w tak typowem miejscu, zarówno jak wybitnie korzonkowy typ zaburzeń czucia każą różniczkować między najprawdopodobniejszem rozpoznaniem syryngomyelii, a uciskowemi sprawami rdzenia: należy mieć na względzie próchnienie kręgosłupa, które na zasadzie braku bolów, sztywności, można, zdaje się, wyłączyć, przerostowe zapalenie opony twardej w części szyjnej, które na zasadzie braku wyraźnych objawów neurologicznych także można wyłączyć. Ściślej różniczkować należy z nowotworem, który mógłby się usadowić tak, żeby lekko, albo powoli uciskał korzonek czuciowy i dał stosunkowo nieznaczne objawy podrażnienia. Wprawdzie i dla syryngomyelii niektórzy autorowie, jak Dejérine, uważają zaburzenia czucia typu korzonkowego za charakterystyczne (Brissaud uważa za znamienne zmiany czucia typu segmentarnego), jednakże bolesność wyrostków ościstych jest dla syryngomyelii wcale nie charakterystyczna. — Prześwietlenie, dokonane na chorej, nie dało żadnego wyniku. Dokonane będzie zdjęcie radyologiczne, które może sprawę bardziej wyświetli; chora będzie w dalszej obserwacyi, o której wyniku Panom zakomunikuję. (Streszczenie własne).

4. Kol. Pański przedstawia przypadek **choroby Tay-Sachsa.** (Idiotia amaurotica familiaris). G., chłopczyk, 1 1/2 roku, pierwsze dziecko zdrowych, nie spokrewnionych ze sobą rodziców, mojżeszowego wyznania. Dziecko urodziło się bez pomocy lekarskiej, poród trwał tylko dwie godziny, jednakże urodziło się ono w stanie śmierci pozornej i zwykłymi zabiegami zostało do życia przywrócone. Dziecko pozostaje przy piersi matki, płyny bowiem, wlane do ust łyżeczką, wadliwie łyka. W pierwszych miesiącach życia rozwijało się dziecko prawidłowo, dobrze wyglądało, chwytało rączkami przedmioty, poruszało nóżkami i siedziało o własnej sile. Gdy dziecko miało 1/2 roku, zaczęło źle trzymać główkę, która opadała ku przodowi lub tyłowi, coraz mniej poruszało rączkami i stawało się coraz więcej apatyczne.

Obecnie dziecko leży zupełnie apatycznie; usta ma wpół otwarte; nóżki i rączki bardzo zgięte; kończynami porusza bardzo mało; siedzieć, ani też główki trzymać nie potrafi; nie przygląda się przedmiotom, nie oddziaływa na pieszczoty, nie poznaje matki; czasami uśmiecha się bez powodu; głośno płakać nie umie. Gdy łechtać stopy, dziecko raptownie przykurcza do tułowia dolne i górne kończyny, poczem je znów wypręża (Zusammenzucken der Glieder); takież same ruchy wykonywa, gdy krzyknąć (hyperakusis). Główka ma 47 ctm w obwodzie, ciemiączko nie zarośnięte. Twarz symetryczna. W ustach 4 ząbki, siekacze i dwa trzonowe; — wszystkie popsute. Lewa źrenica o wiele szersza, niż prawa, obydwie nie oddziaływają na światło. Wzrok błędny. Wziernik wykazuje zupełny zanik nerwów wzrokowych; w okolicy plamy żółtej — duża biała plama z wyraźnie zarysowanym krążkiem koloru wiśni. Odruchy kolanowe, Achillesa, brzuszne i jądrowe — bardzo żywe; z obydwu stron objaw Babińskiego; przy drażnieniu dłoni — rozgięcie palców (odruch na dłoniach, odpowiadający odruchowi Babińskiego na stopach). W narządach wewnętrznych brak zmian. — Cały obraz i przebieg choroby, a mianowicie: powolne zidyocenie, występujące w pierwszych miesiącach u przedtem zdrowego dziecka, nadwrażliwość słuchowa, ślepota, a zwłaszcza zmiany, stwierdzone wziernikiem, jako to zanik nerwów wzrokowych i biała plama z krążkiem czerwonym w okolicy plamy żółtej, są tak charakterystyczne, iż wystarczają do rozpoznania »idiotia amaurotica«. Brak podobnych przypadków w rodzinie tłómaczy się do czasu tą okolicznością, iż cierpienie to dotyczy pierwszego i jedynego dziecka. (Streszczenie własne).

5. Kol. Pański przedstawia 2 przypadki **zaniku nerwów wzrokowych** o niejasnej etyologii i przypadek **zapalenia nerwów wzrokowych.**

Przyp. I. A. G., doróżkarz, 44 lat, żonaty. Żona ma 3 dzieci i 2 razy roniła (po 2. dziecku). Przeczy, by przebywał kiłę. Pijał umiarkowanie i tylko w święta. Od 8 miesięcy coraz silniejsze osłabienie wzroku. Małych liter nie widzi zupełnie, duże tylko zbliska. Kolory rozróżnia z wyjątkiem niebieskiego, który widzi jako czarny. Źrenica lewa o wiele szersza, niż prawa; obydwie nie oddziałują na światło. Tarcze nerwów wzrokowych blade z odcieniem fioletowym; tętnice bardzo wązkie; żyły nieco szersze — typowy zanik nerwów wzrokowych. Badanie układu nerwowego, jakoteż narządów wewnętrznych nie wskazuje na żadne cierpienie, którego objawem mógłby być zanik nerwów wzrokowych. Ponieważ jednakże zanik nerwów wzrokowych, jako cierpienie samoistne, zdarza się wyjątkowo rzadko, przeto dalsza jedynie obserwacya może wykryć objawy ze strony układu nerwowego, które wyjaśnić mogą źródło obecnego cierpienia.

Przyp. II. Alte R., 16 lat, dziewica, ze zdrowej rodziny — przedtem nie chorowała. Od 4 miesięcy zaniewidziała na prawe oko, na lewe zaś widzi coraz gorzej. Chora widzi prawem okiem światło, nie widzi zupełnie przedmiotów; lewem widzi wyraźnie przy świetle dziennem, wieczo-

rami zaś widzi niedokładnie. Źrenice rozszerzone, oddziaływują na światło. Znaczne zblednięcie obydwu tarcz (więcej prawej), z których prawa jest nadto o wiele większa, niż lewa; naczynia łukowato przechodzą na tęczówkę. Przypuszczalnie — zanik nerwów wzrokowych. Badanie układu nerwowego nie wykazało żadnych zmian chorobowych; odruchy ścięgniste i skórne prawidłowe; objawu Babińskiego brak; porażeń kończyn lub nerwów obwodowych brak; czucie zachowane. Brak również poprzedzającego cierpienia ogólnego (choroby zakaźne, zatrucie ustroju ołowiem, wyskokiem i t. d.). Tak samo w tym, jak i w poprzednim przypadku nie można na razie określić przyczyny powyższego cierpienia nerwów wzrokowych.

III. Przypadek zapalenia nerwów wzrokowych. A. J., 17 l., dziewica, dobrze zbudowana i odżywiona; żadnych cierpień nie przebywała. Przed 9. miesiącami bole głowy, często powtarzające się, nie umiejscowione. Wymiotów, podniesienia ciepłoty nie było. Od $^1/_2$ roku bole głowy ustały, natomiast wystąpiło szybkie upośledzenie wzroku, tak, iż chora sama po ulicy chodzić nie może. Liter nie rozpoznaje zupełnie, natomiast rozróżnia kolory. Źrenice równe, oddziałują na światło. W obrazie wziernikowym: zupełne zatarcie brzegów brodawek nerwów wzrokowych; naczynia biegną pod łukiem; z niektórych widzi się tylko szczątki — jednem słowem typowe tarcze zastoinowe. Porażeń kończyn lub nerwów czaszkowych brak. Odruchy ścięgniste i skórne równomierne, zachowane. Objawu Babińskiego brak. Czucie bez zmian. Tętno 72. W moczu niema cukru, ani białka. Wobec braku jakichkolwiek objawów ze strony układu nerwowego lub narządów wewnętrznych przypuścić trzeba, iż zmiany zapalne na brodawkach nerwów wzrokowych wystąpiły bez dającej się stwierdzić przyczyny. (Streszczenie własne).

Dyskusya: Kol. Garliński po zbadaniu na posiedzeniu oczu oftalmoskopem wyraża zdanie co do pierwszego przypadku, iż jest to zapalenie nerwu wzrokowego na drodze do zaniku nerwu wzrokowego; jako tło cierpienia przypuszcza kiłę. W drugim przypadku znalazł garbiaka, jak przy krótkowidztwie i plamki na dnie oczu; obraz sprawia wrażenie choroby krwi. W trzecim przypadku — typowa tarcza zastoinowa; granic nerwu wzrokowego zupełnie nie widać. Ze względu na plamki w okolicy plamy żółtej przypuszcza również mowca chorobę krwi.

6. Kol. Klozenberg przedstawia przypadek **wylewu krwawego do opony twardej.** $2^1/_2$-letni chłopczyk spadł przed 8 tygodniami z 3-go piętra na bruk na tył główki. Krwawienie z prawego ucha; przez 2 dni nieprzytomny. Po powrocie do przytomności zauważono porażenie lewych kończyn bez udziału twarzy, natomiast gałki oczne miały być zwrócone w prawą stronę. Lewa kończyna dolna miała być zupełnie sztywna. Wkrótce porażenie lewej kończyny górnej do pewnego stopnia się wyrównało. Od 2 tygodni jednak rozwinęło się porażenie prawej kończyny dolnej. Niektóre słowa wymawia chory podobno gorzej. Na czaszce widać rozejście się szwu wieńcowego z lewej strony i rozejście się odłamków kości bocznej z prawej; pomiędzy brzegami wyraźne tętnienie. Obie stopy zwisają (Spitzfusstellung). Lewa kończyna dolna krótsza. Odruchy kolanowe żywe, również odruchy Achillesa. Brak drgania stopy (stopopląsu). Z lewej strony — objaw Babińskiego. Brak objawu Oppenheima. Lewa kończyna górna nieco krótsza. Odruchy ścięgniste i okostne na górnych kończynach zachowane, jednakowe. Czucie zachowane. Nerwy czaszkowe z wyjątkiem lekkiego porażenia lewego n. odwodzącego nic szczególnego nie przedstawiają.

W danym przypadku przypuścić musimy wylew krwawy podoponowy, który najbardziej dotknął okolicę ośrodka ruchowego dla kończyny dolnej lewej, poniekąd również ośrodka kończyny górnej i n. VI. i następnie przeszedł na ośrodek kończyny dolnej prawej. Zaznaczyć należy brak objawów podrażnienia, co pozwala wyłączyć tutaj krwotoczne zapalenie opony twardej (pachymeningitis haemorrhagica interna). Dwudniowa śpiączka, wyrównanie się porażenia w lewej kończynie górnej i wystąpienie później w kończynie dolnej prawej każe przypuszczać krwiak opony twardej (haematoma durae matris). (Streszczenie własne).

Dyskusya: Kol. Chodźko: Przeciwko rozpoznaniu krwiaka opony przemawiałby brak objawów podrażnienia ruchowego — drgawek, a nawet przykurczeń. Naruszenie podstawy czaszki istnieje. Objawy ze strony n. odwodzącego można odnieść do pęknięcia podstawy czaszki. — Kol. Goldheim nie zgadza się z określeniem siedziby sprawy, podanem przez Klozenberga. Było krwawienie z ucha, więc musiało być pęknięcie podstawy czaszki. Wylew krwawy może wywołać zboczenie (dewiacyę) bez względu na siedzibę. Krwawienie z prawego ucha trudno powiązać z wybroczyną z lewej strony. — Kol. Pański uważa krwawienie z ucha i objawy ze strony n. odwodzącego za wywołane przez pęknięcie czaszki. Dalsze zaś objawy tłómaczą się krwiakiem: wybroczyny międzyoponowe mogą się posuwać i wywoływać różnorodne objawy.

7. Kol. Klozenberg przedstawia przypadek **choroby Tay-Sachsa.** Dziewczynka $1^1/_2$-roczna, piąte dziecko rodziców ze sobą nie spokrewnionych. Jedno dziecko zmarło w trzecim tygodniu życia, inne zdrowe. Matka, będąc w ciąży przy tem dziecku przedstawianem, karmiła do 5-go miesiąca. W 3-cim miesiącu ciąży uraz psychiczny (wybuch bomby). Dziecko do $^1/_2$ roku było zdrowe. Potem przestało siedzieć, nie poznawało matki; lękliwe; nie chwytało rączkami; coraz gorzej zaczęło widzieć; główki utrzymać nie mogło. Zaparcie stolca. Dziecko dobrze odżywione. Obwód główki 4 ctm. Za błyszczącym przedmiotem zdaje się jeszcze trochę czasami śledzić; czasem jednak brak skojarzenia gałek. Hyperacusis. Nieraz dziecko śmieje się po kwadransie bez przyczyny widocznej, mlaska językiem, wysuniętym między wargi, wydaje dźwięki, przypominające gdakanie; częste ruchy ssące. Oddziaływanie źrenic dobre. Zanik obu nerwów wzrokowych. Na plamie żółtej białe plamy z centralną plamką wiśniowego koloru. Sztywność kończyn, szczególniej dolnych. Odruchy kolanowe, ścięgna Achillesa — żywe. Odruch podeszwowy, zgięcie grzbietowe. (Streszczenie własne).

Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Zebranie z d 6 maja 1910.

1) Prezes radca Dr Chłapowski zagaja zebranie, referując o Zjeździe słowiańskim w Sofii.— Delegatami na Zjazd neurologów i psychiatrów polskich wybrano kolegów: Dr K. Wizego, Dr Janta-Połczyńskiego i Dr Szumana.

2) Radca Chłapowski przedstawia **chorobę Basedowa** u 50-letniej osoby, która dawniej przebyła gościec i zapalenie osierdzia. Poty, wysadzenie oczu, wole, zmniejszyły się pod wpływem arszeniku i nukleogenu.

3) Dr Karwowski przedstawia z lecznicy Towarzystwa higienicznego: a) kobietę, mającą od roku guzy i blizny w okolicy szczęki. K. uważa cierpienie za **promienicę.**— Zapatrywanie to potwierdza Dr Mieczkowski, zwracając uwagę na znamienne zabarwienie skóry.

b) Młodego mężczyznę z wyrzutami guziczkowo-pęcherzykowatymi, przypominającymi półpasiec, w okolicy 9—10. żebra. Chory jako chłopiec przeszedł w miejscu tem operacyę. Od tego czasu na bliźnie wciąż się powtarzają wyrzuty, sprawiające silne palenie i swędzenie. Przy dokładnem obejrzeniu wyrzutów można się przekonać, że są trojakiego rodzaju, i to stwardnienia skóry wielkości feniga, przypominające bliznowce (keloidy), małe przeźroczyste guzki wielkości ziarnka prosa o dość twardej powłoce, wreszcie takież guzki z krwawą treścią. Przed kilku laty w wojsku wycięto choremu całe pole wyrzutowe wraz z blizną, lecz w nowej bliznie i w koło niej znów poczęły się tworzyć takie same wyrzuty. Badanie histologiczne guzka

wykazuje, że sprawa mieści się pod naskórkiem, a składa się z przestworów napełnionych cieczą, unoszących niezmieniony naskórek. Mowca sprawę tę dokładnie zbada, wyraża jednak przypuszczenie, że chodzi tu o rodzaj **trofoneurozy**. — Zapatrywanie to podziela także Dr Skoczyński.

c) Histologiczny preparat **kołocewkowej torbieli**, którą K. operował niedawno. Okazuje się, że torbiel była połączona z cewką przez kanał, wysłany nabłonkami, a przechodzący przez ciało jamiste i posiadający wypuklenia gruczołkowe. I tę sprawę zamierza K. dokładnie zbadać i ogłosić, ponieważ torbiel tej wielkości (orzecha włoskiego), powstała podczas wiewióra, a wychodząca widocznie z gruczołu wzgl. przewodu Littrego, należy do rzadkości.

4) Dr Szulczewski przedstawia chorego z zanikiem mięśni w ręku prawym, sprawiającym wrażenie postępowego zaniku mięśni. Czucie niepewne, odruch jest, odczynu zwyrodnienia niema. Mówca przypuszcza, że chodzi o **syryngomyelię**. — W dyskusyi sprawa się wyjaśnia o tyle, że Dr Chachamowicz poznaje pacyenta, którego 6 lat temu leczył na zwichnięcie prawego ramienia; odprowadzenie sprawiało nadzwyczajne trudności. — Wobec tego przypuszcza Dr Skoczyński, że chodzi tu raczej o **porażenie splotu barkowego**, polegające na zwichnięciu. Objawy na pierwszy rzut oka istotnie przypominają syryngomyelię.

5) Dr Mieczkowski pokazuje **rentgenogram czaszki z raną postrzałową**. Kula utkwiła w zewnętrznej blaszce, przebiła jednak także wewnętrzną. Obecnie wytworzył się prawdopodobnie ropień mózgowy nad okiem.

6) Dr Mieczkowski zdaje sprawę z ciekawego przypadku równocześnie **przepukliny nadbrzusznej i kamieni żółciowych**. Rozpoznawano przed operacyą przepuklinę. Tymczasem podczas operacyi okazało się, że przepuklina była tak mała, iż nie mogła być przyczyną ogromnych dolegliwości, jakie chory odczuwał. M. powiększył więc cięcie i znalazł w pęcherzyku żółciowym 3 kamienie, wielkości orzechów laskowych. Wykonał sączkowanie (t. zw. »wasserdichte Drainage«) według Poppera, osadził sączek, obszył go szwem kapciuchowym i obłożył gazą wioformową.

7) Dr Franciszek Zakrzewski: **Nadkwaśność soku żołądkowego jako wczesny objaw gruźlicy.**

Dzięki wczesnemu rozpoznaniu gruźlicy zmniejsza się, jak statystycznie stwierdzić można, ta choroba. W pewnym przypadku zauważył mowca, że pół roku po stwierdzeniu nadkwaśności żołądkowej rozwinęła się gruźlica. Wobec tego zwrócił na objaw ten baczniejszą uwagę i stwierdził, że u 5—6% chorych rzeczywiście nadkwaśność okazała się wczesnym objawem gruźlicy i to wtedy, gdy w płucach nic wykryć nie można. Prelegent opisuje kilka takich przypadków. Kreozot działa tutaj nadzwyczajnie korzystnie.

Dalszymi objawami grożącej gruźlicy płuc są: 1) powiększenie serca i 2) powiększenie wątroby. Zwrócił uwagę na to Simon Unterberger z Chicago w r. 1904. Później w r. 1907 na Zjeździe higienicznym w Berlinie lekarze wojskowi podnieśli ten objaw. W połowie przeszłego wieku Rokitansky głosił, że gruźlica płuc ma związek z małością serca, co przyjmował nawet Brehmer. Tymczasem nowe sposoby badania (Roentgena) dowiodły, że serce w tych przypadkach bynajmniej nie jest tak małe, jak sądzono. Wielkość wątroby należy stwierdzać w postawie stojącej; znajduje się wątrobę zastoinową i bolesną. Kreozot w przypadkach takich, leczonych nieraz jako błednica, daje nadzwyczajne skutki.

W dyskusyi radca Chłapowski dziękuje prelegentowi za podanie tak ścisłych spostrzeżeń. — Dr Kapuściński zaznacza, że dopiero nowe metody badania serca wykazały, jak mylne były nieraz wnioski, polegające na dawniejszych sposobach. — Dr Falgowski przypomina, że przy obdukcyach bardzo często napotykamy na gruźlicę bez objawów. Zapytuje, czy przy niedokrwistości gruczoły nie są powiększone, i jaki był obraz krwi w przypadkach prelegenta. — Dr Święcicki: U dzieci bardzo ważną rolę odgrywają gruczoły, gdy nie ma jeszcze objawów w płucach. Mowca zwraca uwagę na wielką chwiejność ciepłoty i różnice jej w pachwinie a odbytnicy. — Dr Chachamowicz przeczy, jakoby stłumienie bezwzględne nie miało znaczenia; porusza teoryę Moritza. Opukiwanie powinno być pod kontrolą ortodiagrafii. — Dr Kapuściński jest zdania, że bezwzględne stłumienie serca nic nie oznacza. — Dr Karwowski zapytuje, jak chorzy z nadkwaśnością żołądka znoszą kreozot, który przecież bardzo działa na żołądek. — Dr Chłapowski także stwierdzał nadkwaśność u młodych gruźliczych. — Dr Święcicki zwraca uwagę, że niestrawność często także bywa objawem początkowym choroby Basedowa. — Dr Zakrzewski odpowiada: Niedokrwistość usposabia do gruźlicy, ale i odwrotnie; na gruczoły nie kładzie mowca tak wielkiej wagi. Przetwory kreozotowe działają na taką niestrawność swoiście, odkażająco na jelita. Obrzęki wątroby szybko ustępują. Później znika zupełnie nadkwaśność.

Dr A. Karwowski.

Kilka uwag o szpitalach paryskich

podał

Dr Leon Żuławski,
Dyrektor szpitala powszechnego w Gorlicach.

(Sprawozdanie przesłane Wydziałowi kraj. z podróży naukowej w r. 1909).

(Ciąg dalszy).

Szkoła, przez którą musiałyby przejść siostry i służba szpitalna, jedynie może uświadomić je teoretycznie i praktycznie i nauczyć tego, czego dopiero po długoletnim pobycie w szpitalu obecnie nauczyć się mogą. W konkluzyi uważam za bardzo wskazane, ażeby Wysoki Wydział krajowy zorganizował szkołę obsługi chorych przy obu wielkich szpitalach krajowych, t. j. w Krakowie i we Lwowie, obok tego polecił lekarzom szpitali prowincyonalnych prowadzenie kursów corocznych, za osobnem a odpowiedniem wynagrodzeniem.

Nieodzowną mem zdaniem jest sprawa reorganizacyi służby szpitalnej w duchu dążenia do utworzenia stałej służby z prawem awansu w poborach, a przedewszystkiem ze znacznem podniesieniem dotychczasowych poborów. Wtedy jedynie będzie można pozyskać dla szpitali ludzi inteligentniejszych, wyćwiczyć ich, przywiązać do celów szpitalnictwa i wprowadzić pewien ład i karność, której obecnie jest brak ogromny. Dzisiejszymi poborami 12, 14, lub 20 koron na miesiąc można jedynie pozyskać ludzi, niezdatnych do prawdziwej pracy, chwilowo bez zajęcia, lub chorowitych. Wobec ogólnego wzrostu cen pracy, a z drugiej strony wobec braku zdatnych ludzi w następstwie wzmożonej emigracyi ludności, trudno nawet o jakich takich, że zaś pobory nie przedstawiają wielkiej dla nich wartości, nie dbają o służbę i na zrobione wymówki lub kary odpowiadają wypowiedzeniem. Sytuacya zarządów szpitali staje się w następstwie takich stosunków coraz mniej wesołą. Również pomieszczenie służby w szpitalach powinno uledz zmianie. W planach szpitali pomija się zazwyczaj tę sprawę i starym systemem służba obsługująca chorych, sypia na salach chorych, a reszta gnieździ się jak może, po pralniach, kuchniach i t. d. Po objęciu szpitala Gorlickiego zmuszony byłem celem zapobieżenia temu oddać jeden pokój chorych na użytek służby, a pozostawiłem jedynie służbę obsługującą chorych na salach chorych. Jest to wysoce niewłaściwe, ażeby człowiek zdrowy stale z chorymi przebywał i dlatego w budowanych w przyszłości szpitalach należałoby baczną zwrócić uwagę na tę sprawę. Uwaga, którą mógłby mi zrobić obrońca starego systemu, że służba na sali chorych jest potrzebna dla dania pomocy w nocy, nie wytrzymuje krytyki, zważywszy, że dzwonki elektryczne są od tego, a raczej powinny być od tego, ażeby chory mógł każdej chwili zawezwać pomocy. Samo

przez się rozumie się, że przy umieszczeniu służby oddzielnie, należałoby zaprowadzić dyżury nocne służby. Sprawę służby szpitalnej dlatego nieco obszerniej poruszam, że ze wzrostem uświadomienia mas, które teraz błyskawicznie postępuje, stary, archaiczny system traktowania służby szpitalnej może łatwo doprowadzić do tego, że braknie amatorów tej i tak niezbyt ponętnej pracy.

Przechodząc z kolei do spraw ściśle lekarskich, zajmę się jedynie pracowniami szpitalnemi, któremi strona lekarska szpitali paryskich różni się znacznie od naszych. Pod tym względem szpitale paryskie odznaczają się nadzwyczajnem bogactwem i to tak jakościowo, jak i ilościowo. Nietylko każdy szpital, ale prawie każdy oddział szpitalny posiada pracownię, wyposażoną we wszystko to, co do ścisłych badań lekarskich jest potrzebne. — Stąd liczba pracowni na dwadzieścia kilka szpitali wynosi 109. Świadczy to aż nazbyt wymownie o zrozumieniu potrzeby badań laboratoryjnych nietylko u lekarzy, ale i u administracyi centralnej.

Pracownie wymagają z jednej strony znacznych jednorazowych wkładów, a z drugiej wielkich corocznie wydatków; wynikami zaś swego działania nie mogą każdemu niefachowemu udowodnić tak łatwo potrzeby tegoż, jak to zdoła uczynić oddział położniczy lub chirurgiczny. Nic też dziwnego, że nawet w postępowej Francyi powoli tylko rośnie budżet roczny na pracownie, ale przecież rośnie stale, co wskazuje na stały postęp zrozumienia ważności sprawy. I tak: W roku 1897 wynosił budżet na te cele 49,100 fr., w r. 1902 — 98,800 fr., a w r. 1907 — 122,000 fr.

Ruch pracowniany rozpoczął się dopiero w r. 1886 po wielkich odkryciach Pasteura, które wykazały, że tylko zespolenie spostrzeżeń przy łóżku chorego z badaniami w pracowni jest racyonalną drogą dojścia do celu w klinicznem badaniu i leczeniu. — Z początku pracownie te powstawały z inicyatywy i funduszami pojedynczych szefów oddziałowych i dopiero później, w miarę wzrostu ruchu naukowego po szpitalach, pod naciskiem opinii publicznej lekarskiej administracya centralna obejmuje ten dział szpitalnictwa w swoje ręce.

Nie cele dydaktyczne jednak przyświecały powstawaniu pracowni po szpitalnych oddziałach, tylko chęć tem skuteczniejszego służenia cierpiącej ludzkości. Zachodzi w tym względzie ogromna różnica w organizacyi szpitali i klinik we Francyi, a w naszej monarchii. Tam chory leczący się w szpitalu, korzysta z całego postępu wiedzy lekarskiej; u nas w tem szczęśliwem położeniu może się znaleźć jedynie chory, leżący w klinice, ponieważ jedynie kliniki dla celów dydaktycznych są zaopatrzone we wszystko to, czego wiedza lekarska do badania i leczenia wymaga.

We Francyi kliniki są częściami szpitali, podporządkowanemi podobnie, jak inne oddziały, pod ogólną centralną administracyę szpitali; jedynie na specyalne dydaktyczne cele ponosi wydatki ministeryum oświaty. Tej różnicy między szpitalami, a kliniką, jaka już w opinii publicznej u nas się daje wykazać, tam niema. W społeczeństwie naszem można się często spotkać ze zdaniem: »Co? chory na to! a to niech idzie do kliniki, bo w szpitalu to ani zbadać takiej choroby nie mogą, ani leczyć nie potrafią!« Jakie to smutne, a jednak prawdziwe; i nie dlatego prawdziwe, że w klinikach są profesorzy, którzyby mogli jedynie coś umieć, tylko dlatego, że rzeczywiście w wielu przypadkach dla braku przyrządów i t. d. w szpitalu rozpoznania uczynić, a leczenia przeprowadzić nie można. Wygląda to tak, jakby istniały dwie wiedze lekarskie, jedna dla szczęśliwców, którzy obfitując w środki, mogą się ratować u profesorów, i dla uczniów, ażeby ich nauczyć wielu rzeczy takich, których potem dla braku środków finansowych stosować nie będą mogli; — a druga dla tych biednych, którzy powinni się zadowolić pierwotnymi sposobami badania i leczenia, dla tej chyba racyi, że są biedni, — w biednym kraju i w biednej monarchii. (Dok. nast.).

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

W sprawie ubezpieczenia społecznego uchwaliła komisya parlamentarna w d. 27. VI. b. r., aby ubezpieczeni, mający dochód miesięczny ponad 200 kor., tylko w takim razie mieli prawo do bezpłatnej pomocy lekarskiej, jeżeli pomimo choroby są jeszcze zdolni do pracy; w przeciwnym razie mają otrzymywać dziennie 7·50 kor., ale nie mają już prawa do pomocy lekarskiej i nie otrzymują bezpłatnie leków. Równocześnie jednak uchwalono znieść wszelką granicę dochodów przy ubezpieczeniu na wypadek choroby. Dalej uchwaliła komisya zgodnie z projektem rządowym, a wbrew uchwale subkomitetu, że przewodniczący komisyi rozjemczych ma być mianowany przez rząd. R.

Zmniejszenie się liczby porodów mniej więcej o 2% stwierdzają statystyki wszystkich państw. Co do miast, na 1000 mieszkańców wypada urodzeń: w Brukseli 16·3, w Paryżu 17·7, w Turynie 19·2, w Edynburgu 20·9, w Berlinie 20·6, w Wiedniu 22·1. W Rosyi jeszcze liczby są wysokie, ponad 30‰.

Państwowe bezpłatne dyspensatorya dla chorych wenerycznych znajdują się we wszystkich miastach włoskich, liczących ponad 40.000 mieszkańców. X.

Zboczenia psychiczne jako choroby zawodowe. Obecnie podług Kocha (Viertlj. f. ger. Med. XXXIX. 2. Spl. H.), spostrzega się jako choroby zawodowe następujące zboczenia psychiczne: 1) psychoza ołowicza (bóle głowy, zawroty, drgawki, usposobienie przygnębione, obawy, osłabienie pamięci, śpiączka, melancholia); 2) psychoza manganowa (zaburzenia mowy, retropulsya, przymusowy śmiech lub płacz i t. p.); 3) psychoza z zatrucia siarczkiem węgla (fabryki wulkanizacyi kauczuku) (objawy maniakalne, katatonii, otępienia i t. p.); 4) psychoza anilinowa (podniecenie, omamy, zawroty i bole głowy, chód zataczający się, zniesienie odruchów, drgawki, drżenia i t. p.); 5) psychoza z zatrucia tlenkiem węgla (otępienie, zaburzenia pamięci, podniecenia, apatya i t. p.). X.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 24. VII. do 30. VII. 1910 zgłoszono przypadków: błonicy 3 † 1 (w tem obcych 2 † 1), krztuśca 4 † 3, płonicy 12 † 2 (3 † 1), odry 3, duru brzusznego 3 † — (1 † —), róży 1. Dr Janiszewski.

Choroby zakaźne w Warszawie. Od 19. VI. do 25. VI. 1910 przybyło do szpitali warszawskich przypadków: ospy 13 † 5 (w całem mieście † 6), odry 6 † 2 († 6), płonicy 5 † 1 († 10), błonicy 1 † 1 († 2), róży 12 († 3), duru plamistego 9 † 1 († 3), duru brzusznego 8 † 3 († 6). (Gaz. lek. Nr 31).

---

† Dr Józef Mniszek Tchórznicki.

Z szeregów lekarzy warszawskich ubył jeden z przedstawicieli czynnej propagandy higienicznej, ruchliwy popularyzator i zasłużony na polu społecznem działacz.

Urodzony w r. 1849 w Sabnie w gub. Siedleckiej, ukończył gimnazyum w Siedlcach, a studya lekarskie, po jednorocznym pobycie na wydziale prawa, w Szkole Głównej warszawskiej w r. 1874. Podczas wojny tureckiej służył jako lekarz wojskowy na Kaukazie, poczem był lekarzem ziemstwa w gub. orłowskiej i kurskiej. Po 10 latach powrócił do kraju i objął kierownictwo szpitala w Sterdyni w gub. siedleckiej, gdzie odznaczył się w zwalczaniu cholery w r. 1892 i obok żywej piśmienniczej rozwinął praktyczną działalność higieniczną. W r. 1894 przenosi się do Warszawy, gdzie zaraz założył instytut szczepienia krowianką i rozpoczął pracę w całym szeregu Towarzystw społeczno-filantropijnych. Później otrzymał ordynaturę w szpitalu na Pradze i stanowisko lekarza szkół miejskich.

Obdarzony talentem popularyzatorskim i temperamentem literackim, pisał bardzo wiele, odczuwając nieraz trafnie potrzebę chwili i rzucając niejedną dobrą i praktyczną myśl. Przeważna część artykułów Dr J. Tchórznickiego wyszła w »Kuryerze warszawskim« i w »Słowie« oraz w »Zdrowiu«; prócz tego wydał kilkadziesiąt broszur popularno-higienicznych. Za jego głównie staraniem powstały bezpłatne kąpiele dla dziatwy szkolnej w różnych zakładach przemysłowych i dobroczynnych warszawskich; dał inicyatywę do stworzenia kąpieli ludowych dla pątników w Częstochowie, gdzie też pomysł ten już wkrótce

wejdzie w życie. W niespokojnych latach 1904/5 obmyślił i zdołał doprowadzić do skutku »kuchnie dla głodnych« w kilku punktach Warszawy. Umiłowanego pola pracy nie opuścił do ostatniej chwili i już chory zajmował się jeszcze działem higieny osobistej w wystawie »Czystość to zdrowie«.

Cześć pamięci zacnego człowieka i dobrego obywatela!

R.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Zarząd biblioteki Towarzystwa lekarskiego krakowskiego składa serdeczne podziękowanie JWP. Radcy Dw. Prof. Dr Wicherkiewiczowi za przeszło 120 roczników pism, dzieł i broszur, ofiarowanych Bibliotece.

Bibliotekarz: Dr Blassberg.

— Klinika dermatologiczna U. J. Prof. Reissa otrzymała preparat Ehrlicha »606« celem przeprowadzenia doświadczeń.

Warszawa. Stowarzyszenie lekarzy polskich, mające cele czysto zawodowe i towarzyskie, zostało przez rząd rosyjski na wniosek senatora Neuhardta rozwiązane. Przyczyną rozwiązania ma być to, że Stowarzyszenie nie starało się o zmianę postanowień swej ustawy, dozwalającej na korespondencyę z władzami w języku polskim. Rozwiązanie nastąpiło pomimo, że Stowarzyszenie niczem nie przekroczyło swego zakresu działania, a nawet, bez względu na swą ustawę, używało w stosunkach z władzami zawsze języka rosyjskiego.

Z różnych stron. Pani Curie-Skłodowska odznaczona została przez »British Royal Society« złotym medalem im. Alberta. Odznaczenie to otrzymali poprzednio: Pasteur, Edison, lord Kelvin, Lister, lord Railher, Nobel i królowa Wiktorya.

— Dr Ludwik Rajchman, warszawianin, wychowaniec wszechnicy krakowskiej i zakładu Pasteura w Paryżu, asystent zakładu mikrobiologii U. J. prof. Nowaka, mianowany został kierownikiem kursu i pracowni bakteryologicznej w »The Royal Institute of Public Helth w Londynie«.

— Przy obradach niemieckiej komisyi parlamentarnej nad nowym projektem ubezpieczenia społecznego podniesiono ze strony polskiej, by przy zatargach, usunięciu lekarzy od praktyki i t. p. nie mogły wchodzić w rachubę ani religijne, ani też polityczne sprawy. Ze względu na lekarzy-Polaków żądanie to jest zupełnie słuszne. K.

— Amerykański urząd skarbowy wprowadza w życie, jak donosi »Dziennik chicagowski«, parową pralnię banknotów celem odkażania pieniędzy papierowych, które w wielu przypadkach uznano za rozsadniki chorób zakaźnych. X.

— Zdetronizowany szach perski, mieszkający w Odessie, zabrał się do studyowania medycyny, zwłaszcza zaś chirurgii i zamierza uczęszczać na uniwersytet. X.

— W nowej francuskiej Izbie deputowanych znajduje się 50 lekarzy. X.

— W miejsce kary śmierci proponuje Dr Ollivier z Paryża, w ankiecie międzynarodowej w tej sprawie w »Głosie lekarzy« ogłaszanej, wytrzebienie, wykonane w uśpieniu chloroformowem z wszelkiemi kautelami nowoczesnej chirurgii. Już sama obawa poddania się operacyi miałaby, zdaniem Dra Olliviera, w wielu przypadkach zbawczy skutek moralny, a nadto społeczeństwo zabezpieczyłoby się tym sposobem przeciw potomstwu, obciążonemu dziedzicznie w kierunku zbrodni. (W niektórych Stanach Ameryki wprowadzono już wytrzebienie, ale czas jeszcze za krótki, by coś o skutkach orzec można. Podług nas podobne okaleczenia są barbarzyństwem i nie różnią się wcale od średniowiecznych wyłupiań oczu, wyrywań języka itp. Przyp. sprawozd.). X.

— W Londynie ma powstać bank z radem, który wypożyczać będzie za wynagrodzeniem uczonym i zakładom 0,01—0,1 radu. Dla banku zbudowany ma być osobny przybytek, wielce skomplikowany, wyłożony ołowiem i zabezpieczony przeciw emanacyi radu i złodziejom. W Szwecyi pracują energicznie nad wyrobem radu i spodziewają się uzyskać rocznie 4—5 gramów, co stanowi ilość bardzo już wielką. Gram radu kosztuje obecnie około 3200 marek. (Aerztl. Viertj.-Rundsch). X.

— W zakładzie Pasteura z jednego konia, jak donosi Prévost, uzyskano w przeciągu 12 lat 2038 litrów surowicy. Koń przytem nietylko nie schudł, ale przeciwnie wypasł się. (Aerztl. Viertl.-Runds. 3). A.

— Jako przykład dziedziczności podał Klausener następujące drzewo genealogiczne pewnej pijaczki i włóczęgi. Urodziła się ona w roku 1740. Do roku 1893 udało się wykazać 834 potomków. 100 urodziło się nieślubnie, 181 było nierządnic, 142 żebraków, 46 mieszkało w przytułkach, 76 było złoczyńców, 7 morderców. K. oblicza, że państwo wydało na tę »rodzinę« t. j. na utrzymanie w więzieniach, domach poprawy i t. p., 5 milionów marek! (Aerztl. Viertl.-Runds. 3). A.

Mianowani. Dr A. Rappel ordynatorem szpitala izr., a Dr L. Płużański lekarzem ambulatoryum szpitala św. Łazarza w Warszawie.

Zmarli. Dr Leopold Breszel w 69 r. ż. w Warszawie; Gustaw Fischer, księgarz w Jenie, znany nakładca dzieł lekarskich i przyrodniczych, za swą na tem polu działalność obdarzony dyplomami honorowego doktora medycyny i filozofii.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w lipcu 1910.

Gazeta lek. Nr 27—31. Rejchman M.: O leczeniu peptycznego wrzodu żołądka. — Bychowski (dok.). — Hertz R.: Przypadek nagle powstałej odmy piersiowej prawostronnej z natychmiastowem zejściem śmiertelnem u chorego z odmą lewostronną. — Bełkowski: Promienica podstawy czaszki i opon mózgowych. — Ettinger: Trzy przypadki zimnicy o niezwykle ciężkich objawach. — Pawiński: Ludwik Forsteter (życiorys). — Motz: O patogenezie krwiomoczu nerkowego. — Biernacki Stanisław: O zawartości białka w plwocinie w różnych stanach chorobnych. — Puławski: O częstości wrzodu peptycznego żołądka u nas. — Odpowiedź M. Rejchmana na powyższy artykuł. — Leyzerowicz: O powstawaniu zgorzeli kończyn w okresie poporodowym. — Jaworski J.: Przepuklina brzuszna zawierająca macicę ciężarną.

Medycyna i Kronika lek. Nr 27—31. Róbin: O mało znanym syndromie żołądkowym i o jego wartości rozpoznawczej.— Wernic: O cierpieniach paciorkowcowych skóry, w szczególności o udzielalności róży. — Rottermund: O stosowaniu bromku żelaza w leczeniu padaczki samoistnej. — St. Klein: O ziarnistości Altmann-Schriddego w limfocytach i myeloblastach. — Messing: Przypadek syryngomyelii. — Starklówna i Węgrzynowski: O nadnerczach u dzieci na podstawie własnych badań. — Okuszko: Przyczynek do badań nad reakcyą oczną Wolf-Eisner-Calmettea. — Gantz i Hertz: O odczynie białkowym w plwocinie i jego wartości praktycznej.

Tygodnik lekarski Nr 26—30. Lenartowicz i Potrzobowski: Prosty sposób wykazywania krętka bladego. — Skałkowski: O rozszerzeniu wskazań przy wywoływaniu sztucznego poronienia. —Rosenhauch (c. d.). — Ostrowski: O raku wargi górnej i dolnej.

Nowiny lek. Nr 7. Wrzosek i Maciesza: W sprawie dziedziczności padaczki świnek morskich, wywołanej przez uszkodzenie nerwu kulszowego. — W. Panieński: O zaburzeniach w przewodnictwie między przedsionkami a komorami serca. — K. Dziembowski: Leczenie chorób zakaźnych surowicami ze stanowiska lekarza praktycznego. — Jezierski: O najnowszych badaniach krwi. — Nowakowski: Choroby kości w rentgenogramach. — Falgowski: O wrzekomej histeryi w chorobach ginekologicznych. — Szuman: Torbielowaty guz macicy osobliwej patologiczno-anatomicznej budowy. — Kubacki: Samowolny poród przedwczesny przez powłoki brzuszne. — J. Bieliński: Korzeniowski Józef.

Neurologia polska. Tom I. Z. 1. Babiński: O zmniejszaniu ciśnienia wewnątrzczaszkowego zapomocą kraniektomii. — Jeleńska-Macieszyna: Przypadek obustronnego porażenia nerwu odwodzącego oka po znieczuleniu lędźwiowem tropakokainą. — Radziwiłłowicz: Przyroda omamu zmysłowego. — Babiński i Jarkowski: O możności określania wysokości uszkodzenia w porażeniach poprzecznych rdzeniowych na podstawie pewnych zaburzeń odruchowych. — Bornstein i Wł. Sterling: O kostniakach kręgosłupa, powodujących ucisk rdzenia.

Przegląd chirurg. i ginekol. Tom III. Z. 1. Zembrzuski: O zapaleniu otrzewnej w przebiegu chorób zakaźnych u dzieci.— E. Flatau i Br. Sawicki: O żebrze szyjnem.

Przegląd chorób skórn. i wen. Nr 3—4. Antoni Elzenberg (życiorys). — Chybczyński: Rad, jego własności i zastosowanie w medycynie.

Postęp okul. Nr 6. Wicherkiewicz: Autoblefaroplastyka wykonana własnym sposobem.

Pamiętnik Tow. lek. warsz. Zesz. 2. Halpern: O rozczłonkowaniu siarki w moczu w stanach patologicznych. — Halpern: O wpływie kwasów i alkalii na przemianę siarki w ustroju. — Dłuski i Rospędzihowski: Badania krwi według metody Arnetha wogóle i specyalnie w gruźlicy. — Giedroyć. Źródła biograficzno-bibliograficzne (dok.).

Zdrowie. Nr 7—8. Bujwid: Parę słów z powodu zgonu Kocha. — Bączkiewicz: Wieś Wisła jako letnisko i uzdrowisko. — Dubeltowicz (dok.). — Knappe (c. d.). — Konwerski (dok.). — Lutosławski K.: Higiena i wychowanie fizyczne podług ustaw Komisyi edukacyjnej narodowej. — Karp-Rottermund: Ogrody im. Raua w Warszawie. — Paderewski: Instytut higieny dziecięcej im. Lenvala. — Szycówna: Pedologia w Polsce. — Kopczyński: Znaczenie higieniczno-wychowawcze peryodycznych i systematycznych oględzin lekarskich młodzieży szkolnej. — Sterling W.: Metody mierzenia znużenia umysłowego. — Knappe: Szkoła ludowa, utrzymywana z funduszów K. Rose w Warszawie. — Krysiński: Szkoła początkowa im. Bodouina pod względem higienicznym. — Lublinerowa: Szkoła dla dzieci niedorozwiniętych.

Przegląd pedyatryczny Z. 3. Michałowicz: Zapalenie płuc śledzionowate (splenopneumonia) w wieku dziecięcym i jego stosunek do gruźlicy. — H. Rozenblatówna: Scrophulosis, Lymphatismus, Diathesis exsudativa. — A. Tomaszewski: O sposobie i przyczynach powstawania bocznych skrzywień kręgosłupa (scoliosis). — J. Brudziński: Trzecie i czwarte sprawozdania roczne 1908—1909 z działalności Szpitala Anny-Maryi dla dzieci w Łodzi.

Przegląd higieniczny Nr 6—7. Opieński: O warunkach policyjno-sanitarnych dla koncesyi szynkarskich ze stanowiska higieny. — Kaczorowski: Alkoholizm i picie mleka u dzieci szkół ludowych i wydziałowych.

Kronika dentyst. Nr 7—8. Krakowski: Które nowo zalecane środki hemostatyczne, stosowane w dentystyce, odpowiadają celowi? — Jossé: Nowa metoda leczenia korzeni zębowych Prof. Dr Łepkowskiego. — Wilga (c. d.).

Przegląd zdrojowo-kąpielowy Nr 7—9. Sanatoryum dla chorych piersiowych w Zakopanem. — Dr M. B.: Urządzenia doby ostatniej w Iwoniczu. — Luster: Rady i wskazówki z zakresu lekarskiej kosmetyki. — Stauber: Działanie wód iwonickich w gruźlicy chirurgicznej. — Zanietowski: Z nowszej literatury balneologicznej. — Luster: Poradnik kosmetyczny.

Nasze zdroje Nr 11—14. Krzyżanowski: W sprawie zdrojowisk i uzdrowisk krajowych. — Wniosek »Kółka lekarzy w Krynicy« do c. k. Namiestnictwa, jako zarządu zdrojowego.— Ka. Pe.: Spostrzeżenia i uwagi dla październikowego »Zjazdu zdrojowego« we Lwowie. — Bandrowski: Połąga czy Zoppoty? — Jarosiński: Notatki z wycieczek balneologiczno-turystycznych po kraju. Nałęczów-Druskieniki. — N. Z.: Faktorstwo w zdrojowiskach.

Głos lekarzy Nr 13—15: Partacz-specyalista. — Bos: Ankieta międzynarodowa w sprawie kary śmierci. — Niebezpieczny projekt. — Legiezyński: Znaczenie higieniczne miejskich hal targowych. — Mischke: Niebezpieczny projekt. — Ankieta w sprawie kary śmierci (c. d.); opinie Dr Ardouin, Le Duigon, Briquet, Ollivier, Chavigny, Mannheimer Gommes, Balmousières, Willette, Abeille, Vidal, Roy, Laporte, Jayle.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.



Rok XLIX. Kraków, dnia 13 sierpnia 1910. Nr 33.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z oddziału chorób skórnych i wenerycznych szpitala św. Łazarza i zakładu higieny Uniw. Jag. w Krakowie.

O metodzie Wassermanna, modyfikacyi Bauera, i o surowicach z pęcherzy.

Przez

Prym. Dra E. Borzęckiego i Doc. Dra R. Nitscha.

(Dokończenie).

Przez »chybiony odczyn Bauera« rozumieć należy takie wyniki, w których z powodu niezupełnego rozpuszczenia kontrol nic nie można powiedzieć o badanej surowicy. Przez »chybiony odczyn Wassermanna« należy rozumieć analogiczne przypadki w próbie Wassermanna. Chodzi tu o surowice t. zw. samozwrotne (autotrope Sera), które same przez się, bez dodatku wywoływacza odwracają dopełniacz i nie dopuszczają do hemolizy.

Przez »częściowo niezgodne« rozumieć trzeba takie wyniki, w których n. p. próba Wassermanna wypadła dodatnio lub ujemnie, a w próbie Bauera wystąpiła częściowa tylko hemoliza, przy zupełnie rozpuszczonych kontrolach, lub naodwrót takie, w których próba Bauera wypadła dodatnio lub ujemnie, a w próbie Wassermanna wystąpiła częściowa hemoliza przy kontrolach zupełnie bez zarzutu. Te więc »częściowo niezgodne wyniki«, są to różnice tylko ilościowe, w których tylko stopień hemolizy był w różnych próbach różny.

Wreszcie przez »całkowicie niezgodne« należy rozumieć takie wyniki, w których próba Bauera wypadła dodatnio, a próba Wassermanna ujemnie. Były to wszystko surowice, pochodzące z ludzi, dotkniętych kiłą, a mianowicie:

1) Nr 706 m., rozpozn. kliniczne: Sclerosis initialis, jeszcze bez objawów drugorzędnych; wycięcie sklerozy.

2) Nr 1367 k., rozpozn. klin.: Lues latens.

3) Nr 1830 k. Klinicznie podejrzane zajady w kątach ust u chorej z wywiadami ujemnymi i brakiem jakichkolwiek innych zmian kiłowych.

Z tych więc 3 przypadków, w których okazała się próba Bauera czulszą od próby Wassermanna, dotyczą dwa przypadków niewątpliwie kiłowych, a mianowicie takich okresów kiły, o których wiadomo na podstawie dotychczasowych badań, że próba Wassermanna wypada w nich często ujemnie. O przypadku trzecim trudno coś napewne powiedzieć, bo za rozpoznaniem kiły przemawiały tu tylko bardzo podejrzane zajady w kątach ust, zresztą nie można było ani we wywiadach, ani klinicznem badaniem stwierdzić niczego, coby za kiłą przemawiało.

B. Prócz tego zbadaliśmy porównawczo metodą Wassermanna i Bauera 56 surowic otrzymanych przez przyłożenie plastra pryszczawkowego. W tem było:

zupełnie zgodnych wyników	13
częściowo niezgodnych	3
zupełnie niezgodnych	2
wyłączyć trzeba z powodu chybionego odczynu Bauera	38
	56

»Zupełnie niezgodne« były tu również tylko takie przypadki, w których próba Wassermanna wypadła ujemnie, a Bauera dodatnio. Były to przypadki:

1) Nr 883 m., rozp. klin.: Lues papulosa exulcerans recidivans.

2) Nr 1809 k., rozp. klin.: Lupus erythematodes in individuo cum lue latente. (Chora była leczona z powodu kiły w oddziale chorób skórnych).

Obie te osoby były więc niewątpliwie kiłą dotknięte; pierwszy przypadek był w okresie jawnej wysypki, a drugi w okresie utajonym. I tutaj zatem znowu okazała się próba Bauera czulszą od Wassermannowskiej. Jeżeli zaś zestawimy razem obie serye, t. j. tę, w której badano surowicę otrzymaną z krwi i otrzymaną przez przyłożenie plastra, to okaże się, że na 196 zbadanych porównawczo surowic było:

1) zupełnie zgodnych wyników	77
2) częściowo niezgodnych	7
3) zupełnie niezgodnych	5
4) należy wyłączyć z powodu chybionych wyników	107
	196

Jak wyżej omówiono, były wszystkie zupełnie niezgodne wyniki na korzyść odczynu Bauera, t. j. próba Wassermanna wypadła w nich ujemnie, a Bauera dodatnio. Przemawia to wyraźnie za zdaniem Bauera, potwierdzonem również i przez kilku autorów, którzy badali tę modyfikacyę, że jest ona niekiedy czulszą od próby Wassermanna. Fakt ten przedstawi się jeszcze wyraźniej, jeśli od 196 zbadanych porównawczo surowic odejmiemy 107 prób chybionych. Otrzymamy wtedy na 89 zbadanych porównawczo

surowic 5 razy dodatni wynik z modyfikacyą Bauera tam, gdzie próba Wassermanna wypadła ujemnie (t. j. 5·6% przypadków!). A jeszcze wyraźniej przedstawi się nam to zjawisko, jeśli uwzględnimy, że wśród nich znajdowała się dość znaczna ilość surowic ludzi, którzy napewno wolni byli od kiły.

Co do owych 7 »częściowo niezgodnych« wyników, to jak wyżej opisano, zdarzało się w nich nieraz, że w próbie Wassermanna wystąpiło silniejsze zahamowanie hemolizy, niż w próbie Bauera, w surowicach niewątpliwie kiłowych. W tych zatem przypadkach nie można mówić o większej czułości próby Bauera.

Co do 3). Do zbadania tego zagadnienia zachęciły nas głównie względy praktyczne. Wielu bowiem lekarzy obawia się brać krew do badania z żyły przez nakłucie; wielu też chorych obawia się tego zabiegu; wreszcie w niektórych rzadkich przypadkach wzięcie krwi z żyły łokciowej nie udaje się nawet najbardziej wprawnemu lekarzowi, a w niektórych innych wymaga długiego czasu i cierpliwości ze strony lekarza i chorego. Prócz tego krew po wzięciu powinna pozostać w spokoju jakiś czas, aby surowica mogła należycie odłączyć się od skrzepu. Wreszcie surowica powinna być niedługo po oddzieleniu zdjętą z nad skrzepu do osobnego naczynia, bo w niektórych surowicach (zdaje nam się, głównie w niektórych okresach kiły) następuje wkrótce hemoliza wziętej krwi we własnej surowicy. Surowica taka barwi się wskutek tego mniej lub więcej silnie czerwono, a to utrudnia bardzo, a czasem nawet uniemożliwia odczytanie wyników w odczynie Wassermanna.

Wszystkich tych niedogodności unika się przez wzięcie surowicy zapomocą plastra, który przylepialiśmy zwykle na brzuchu lub na klatce piersiowej wieczorem, a drugiego dnia zrana zbieraliśmy surowicę z powstałego pęcherza. Sposób ten ma jednak także swoje ujemne strony. Mianowicie wymaga dość długiego czasu wskutek naklejania plastra i bezgnilnego zbierania surowicy z powstałego pęcherza. Nie jest zupełnie bezbolesny; wymaga wielkiej uwagi i cierpliwości ze strony chorego, albowiem nieostrożny lub mimowolny ruch (n. p. we śnie) może wywołać pęknięcie pęcherza i utratę surowicy. Wreszcie surowice z pęcherzy na ogół nie dają się w jałowym stanie tak długo utrzymać, jak surowice z krwi. Nie da się jednak zaprzeczyć, że w niektórych przypadkach możnaby mimo tych ujemnych stron użyć z korzyścią do próby Wassermanna surowicy z pęcherza, zumiast surowicy z krwi, gdyby tylko udowodniono, że są one równowartościowe. O ile wiadomo, nikt dotąd nie ogłosił badań w tym kierunku.

My zbadaliśmy zapomocą próby Wassermanna porównawczo 77 przypadków, w których otrzymaliśmy surowice i z krwi i z pęcherzy, przez przyłożenie plastra tego samego dnia, w którym wzięto krew z żyły. W tem dały obie surowice:

zupełnie zgodne wyniki	49 razy
częściowo niezgodne	14 »
całkowicie niezgodne	13 »
wyłączyć należy z powodu samozwrotnej surowicy	1 »
	77 razy

Przez »częściowo niezgodne« wyniki rozumiemy podobnie, jak opisano powyżej, takie, w których n. p. próba z surowicą z krwi dała zupełne zahamowanie hemolizy, a próba z surowicą z pęcherza tylko częściowe, lub też takie, w których próba z surowicą z krwi dała tylko częściowe zahamowanie hemolizy, a z surowicą z pęcherza zupełną hemolizę. Takich przypadków było z pośród owych 14 »częściowo niezgodnych« 12. Odwrotnych zaś przypadków, t. j. takich, w których surowica z pęcherza silniej hamowała hemolizę, aniżeli surowica z krwi, mieliśmy tylko 2.

Przez »całkowicie niezgodne« wyniki rozumiemy takie, w których próba z surowicą z krwi dała zupełne zahamowanie hemolizy, a z surowicą z pęcherza zupełną hemolizę. Wszystkie 13 przypadków należą do tej kategoryi; odwrotnego, t. j. takiego, w którymby surowica z pęcherza dała zupełne zahamowanie hemolizy, a surowica z krwi zupełną hemolizę, nie mieliśmy ani jednego.

Zapomocą modyfikacyi Bauera zbadaliśmy porównawczo 59 przypadków, w których otrzymaliśmy surowice i z krwi i z pęcherza po zastosowaniu plastra. Z tego było

zupełnie zgodnych wyników	14
częściowo niezgodnych	4
wyłączyć należy z powodu chybionego odczynu Bauera	41
	59

Z pomiędzy 4 częściowo niezgodnych wyników 3 wypadły na korzyść surowicy z krwi, a jeden na korzyść surowicy z pęcherza.

Zatem razem zbadaliśmy zapomocą próby Wassermanna i modyfikacyi Bauera porównawczo 136 surowic, otrzymanych z krwi i 136 surowic, otrzymanych równocześnie z pęcherza po przyłożeniu plastra u tych samych chorych.

W tem otrzymaliśmy:

zupełnie zgodnych wyników	63
częściowo niezgodnych	18
całkowicie niezgodnych	13
wyłączyć należy	42
	136

Wyników »częściowo niezgodnych« było na korzyść surowicy z krwi 15, a na korzyść surowicy z pęcherza tylko 3; wyników zupełnie niezgodnych było 13, wszystkie na korzyść surowicy z krwi.

Doświadczenia te przemawiają zatem niedwuznacznie za stosowaniem do badania zapomocą próby Wassermanna tylko surowicy, otrzymanej z krwi chorych, albowiem w znacznym odsetku przypadków otrzymuje się przy użyciu surowicy z pęcherza wyniki ujemne u niewątpliwie kiłowych chorych, u których równocześnie badana surowica z krwi daje wynik dodatni.

Wnioski:

1) Próbę Wassermanna w znaczeniu klinicznem trzeba uznać za swoistą dla rozpoznania kiły.

2) Co do jej wartości, jako wskazówki w kierunku leczenia kiły, to wydaje nam się, że w ciągu pierwszych 3—4 lat od zakażenia, bez względu na wynik próby Wassermanna, a z uwagi raczej na przebieg kliniczny należy prowadzić systematyczne leczenie. W okresie późniejszym, wobec ujemnego wyniku badania klinicznego, dodatni od-

czyn Wassermanna należałoby uważać za wskazówkę dla przeprowadzenia leczenia.

3) Co do rokowania, to zdaje nam się, że w okresie wczesnym wynik próby Wassermanna nie upoważnia do żadnych wniosków. W okresie późniejszym (6—10 lat od zakażenia) wynik ujemny obok podobnego na podstawie badania klinicznego u osobnika systematycznie i długo leczonego trzeba uważać za korzystny szczegół w rokowaniu.

4) Modyfikacya Bauera jest czulszą od klasycznej próby Wassermanna w jej dzisiejszej postaci. Zasługuje więc na szersze stosowanie w pracowniach, niż to się dotychczas dzieje. Ponieważ jednak surowice ludzi w około 5% przypadków zawierają za mało własnego dwuchwytnika, jest rzeczą konieczną stosować w modyfikacyi Bauera dwuchwytnik obcy (sztuczny lub z innych ludzi).

5) Do wykonania próby Wassermanna używać należy wyłącznie surowicy, otrzymanej ze krwi chorych. Surowice otrzymane z pęcherzy, powstałych przez przyłożenie plastra często zawodzą.

Piśmiennictwo. 1) Bauer: Semaine médic. 2. IX., 1908. — 2) Tenże: Deutsche m. W. 1909, p. 432. — 3) Deutsche m. W. 1908, Nr 16. — 4) Hinrichs: Med. Klinik 1908, Nr 35. — 5) Gross i Volk: Wiener kl. W. 1908, Nr 44. — 6) Bering: Münch. m. W. 1909, Nr 48. — 7) C. Eisenberg: D. med. Wochs. 1909, Nr 14. — 8) Stopczański: Przegl. lek. 1909, Nr 43—45. — 9) Jaworski i Łapiński: Przegląd lekarski 1909. — 10) Bering: Archiv f. Derm. u. Syph. T. 98. — 11) Blaschko: Deutsche m. W. Nr 9, 1909.

Z oddziału chorób wewnętrznych szpitala krajowego w Sarajewie.

Ze spostrzeżeń o leczniczem działaniu przetworu arsenowego Ehrlicha

podał

Prof. Dr L. Korczyński.

(Dokończenie).

W układzie nerwowym znaleziono bardzo wybitne zmiany w zakresie ruchu: chory stąpa z trudnością, podpierając się laską, powłóczy nogą prawą. Przy każdem stąpnięciu popadają mięśnie tejże kończyny w stężenie. Kończyna górna prawa w wysokim stopniu niedowładna. Ruchy czynne prawie zupełnie niemożliwe, palce zgięte. W stawach wyraźne stężenie. Odruchy ścięgniste i mięśniowe po stronie chorej znacznie silniejsze, aniżeli w stanie prawidłowym, nadto wyraźny odruch stopowy i objaw Babińskiego. Mowa chorego wybitniejszych zboczeń nie okazuje. Z nerwów czaszkowych tylko nerw twarzowy jest cokolwiek niedowładny.

Wobec braku na moim oddziale urządzeń do wykonywania próby Wassermanna zmuszony byłem oprzeć rozpoznanie kiłowego pochodzenia choroby tylko na szczegółach, uzyskanych z wywiadów i zwykłego klinicznego badania. Przebycie kiły nie ulegało najmniejszej wątpliwości. Była więc przyczyna dostateczna, aby wytłómaczyć pochodzenie choroby naczyń, a z doświadczenia nabytego przez kilka lat mojej działalności w Sarajewie wiedziałem, jak bardzo często powstają u tutejszej ludności zmiany kiłowe w naczyniach. Było to dla mnie dostateczną wskazówką dla zalecenia leczenia przeciwkiłowego. Rozpoczęto je już na drugi dzień po przyjęciu chorego, t. j. 7. maja. Do dnia 10. czerwca otrzymał chory w postaci wcierań 90 grm maści rtęciowej i wyżył tę samą ilość jodku potasu.

Skutek nie odpowiedział wszakże oczekiwaniu. Uzyskana poprawa była tylko nieznaczna. Chory żalił się zawsze jeszcze na bole głowy, zdolność ruchów w kończynie górnej prawej nie zwiększyła się. Jedynie tylko poprawił się nieco chód chorego.

Dnia 29. czerwca wstrzyknięto choremu rozczyn 0·4 grm przetworu Ehrlicha. Już tego samego dnia popołudniu zjawił się mierny odczyn gorączkowy. Ciepłota ciała podniosła się do 37·7°. W dwóch dniach następnych doszła nawet do 38°. W miejscach wstrzyknięcia utworzył się wśród mięśni twardy bolesny naciek. Skóra nad nim była obrzękła i zaczerwieniona. Ten miejscowy odczyn trwał 10 dni i ustąpił bez śladu przy stosowaniu okładów z octanu glinowego i worka z lodem.

Wynik leczenia zdaje mi się być niewątpliwym. Chory odzyskał zupełnie siłę w kończynie dolnej prawej. Chód jego nie różni się obecnie zupełnie od chodu prawidłowego. Siła mięśni tejże kończyny jest taka sama, jak po stronie lewej. W stawach niema obecnie żadnego stężenia. Odruchu stopowego, ani odruchu Babińskiego niema. Utrzymują się tylko wzmożone odruchy mięśniowe i silniejszy odruch kolanowy. Kończyna górna prawa jest jeszcze słabsza i szczuplejsza, aniżeli lewa, ale chory może obecnie poruszać nią swobodnie, palce wyprostowywać i zginać. Stężenie w stawach ustępuje i tu także, zwolna wprawdzie, ale stale.

Przypadek II. Gavro K., lat 22, wieśniak, przyjęty na oddział 20. czerwca 1910 r.

Wywiady wobec nader małej inteligencyi chorego bardzo skąpe. Opowiada, że przed dwoma laty powstało nagle porażenie górnej kończyny prawej, które po jakimś czasie bez leczenia w części ustąpiło. W styczniu b. r. powstało również nagle porażenie dolnej kończyny prawej. Poza tem żali się na zawroty głowy, latanie płatków przed oczami, bole napadowe w różnych okolicach ciała, zwłaszcza w kończynach dolnych.

Badanie przedmiotowe wykazywało: Chory o ponurem, przygnębionem wejrzeniu, zaniedbany, brudny. Budowa ciała wątła, odżywienie zaledwo średnie. Prawa połowa twarzy szczuplejsza, fałd nosowo-policzkowy prawy gładszy, źrenice nierówne, na światło oddziałują bardzo leniwo, odruch spojówkowy słaby, odruchu gardłowego niema zupełnie. Chory porusza się niedołężnie, bez laski chodzić nie może, nogę prawą włóczy za sobą. We wszystkich stawach kończyny górnej i dolnej prawej mierne stężenie, odruchy mięśniowe i ścięgniste wzmożone, więcej po stronie prawej, aniżeli po stronie lewej, zwłaszcza odruch kolanowy. W zakresie władz umysłowych znaczne przytępienie. Na pytania odpowiada chory z trudnością, namyśla się, sprawia wrażenie, jakby dopiero przypominać sobie musiał słowa. Zapytany o kiłę, nie umiał chory dać odpowiedzi. Dopiero na pytania szczegółowe odrzekł, że mniej więcej przed półtrzecia rokiem miał jakąś osutkę i że zażywał wtedy pigułki, po których spuchły mu dziąsła i chwiały się zęby.

Badanie narządów wewnętrznych dało wynik ujemny. Na skórze grzbietu i ramion barwikowe blizny, gruczoły chłonne na karku, pod pachami, w przegubach łokciowych dość liczne, twarde.

Rozpoznanie wobec objawów ze strony układu nerwowego, stwierdzonych przy badaniu, oraz danych z wywiadów, nie przedstawiało znaczniejszych trudności, ani co do istoty samej choroby, ani też co do jej pochodzenia. Przyjąć należało porażenie postępowe na tle kiły i w początkowym okresie.

19. czerwca wstrzyknięto w mięśnie pośladków po obu stronach 0·4 grm przetworu »606«.

Ogólny gorączkowy odczyn był tu słabszy, aniżeli w przypadku pierwszym i trwał tylko dwa dni. Odczyn miejscowy z obrzękiem wśród mięśni i zaczerwienieniem skóry utrzymywał się i tutaj także 10 dni.

O wpływie wstrzyknięcia niepodobna wypowiedzieć stanowczego zdania wobec tego, że chory już 11. lipca, a więc w dwanaście dni po wstrzyknięciu, opuścił szpital. Stan jego według historyi choroby był wtedy następujący:

Wejrzenie chorego lepsze, niż poprzednio, ruchy nieco swobodniejsze. Chodzi bez laski, stać może na jednej nodze, tak na prawej, jak i na lewej. Również lepiej, niż poprzednio, używać może ręki prawej. Mimo to utrzymuje się sztywność stawów i mięśni po stronie chorej, oraz wzmożenie odruchów mięśniowych i ścięgnistych z wyraźną przewagą po tejże stronie. Źrenice jak poprzednio nierówne, na światło oddziałują słabo, odruchu spojówkowego i gardłowego niema.

Przyp. III. S. lat 39, inżynier. — Przyjęty do szpitala 19. kwietnia 1910. Kiłą zaraził się w r. 1898. Leczeniu przeciwkiłowemu poddawał się trzy razy. W r. 1900 pojawiły się pierwsze objawy ze strony układu nerwowego. Na wiosnę tegoż roku zauważył chory, że na nogach nie może się utrzymać zupełnie pewnie, oraz że w zakresie kończyn dolnych pojawiają się rozmaite sensacye. Wkrótce potem wystąpiły nieprawidłowości w oddawaniu moczu, które spotęgowały się do tego stopnia, że mocz trzeba było wypuszczać cewnikiem. Równocześnie z tem wystąpiło zaparcie stolca. Po dłuższem leczeniu stan się poprawił. Od tego czasu wśród ciągłych wahań nastało stanowcze pogorszenie z końcem zimy b. r. Pojawiły się wtedy zawroty głowy, wielka wrażliwość i drażliwość, bole rzekomo gośćcowe w różnych częściach ciała, zwłaszcza w kończynach dolnych. W tym samym czasie wystąpił wyraźny niedowład kończyn dolnych.

W pierwszych tygodniach pobytu chorego na oddziale był stan jego bardzo lichy. Przedewszystkiem uderzała psychiczna niezborność i niestałość. Chwilami bywał chory wprost nieprzytomny. W okresach świadomości przedstawiał się pod względem myślenia i rozumowania, jak dziecko, w rozmowie popełniał wiele nielogiczności. Zachowanie jego było albo zupełnie apatyczne, albo znów nadmiernie podniecone. W nocy nie mógł sypiać i często bez najmniejszego powodu wzywał dzwonkiem, a nawet wprost głosem dozorczynię szpitalną.

Dalsze badanie wykazywało: Wejrzenie twarzy nienaturalne, źrenice nierówne, najczęściej prawa szersza, aniżeli lewa, na światło nie oddziałują. Zewnętrzne mięśnie oczne prawidłowe. Po stronie prawej nieznaczny niedowład nerwu twarzowego. Język trzęsie się nieco, odruchu gardłowego zaledwo ślad. W zakresie kończyn górnych osłabienie siły mięśniowej, zwłaszcza po stronie lewej, mierna sztywność mięśni, wzmożenie odruchów ścięgnistych i mięśniowych, większe po stronie lewej. Kończyny dolne w znaczniejszym stopniu niedowładne. Odruchy mięśniowe i ścięgniste bardzo wzmożone, po obu stronach odruch stopowy, znaczna sztywność stawów, przykurczenie w stawach kolanowych. Chód chorego przy pomocy dwóch lasek bardzo niedołężny, powolny, o wyraźnym typie porażno-skurczowym. Porażenie pęcherza i niemożność prawidłowego oddawania moczu. W zakresie czucia zmian niema.

Już w samym początku podano jodek potasu w ilości 3 łyżek 5% rozczynu dziennie i zalecono wcierania maści rtęciowej po 3 grm dziennie. Wkrótce przerwano to leczenie wobec objawów zatrucia jodowego i wystąpienia rtęciowego zapalenia dziąseł.

Pod względem psychicznym był w tym czasie, to jest pod koniec kwietnia, stan lepszy o tyle przynajmniej, że nie powtarzały się już okresy nieprzytomności, a chory sypiał cokolwiek lepiej, coprawda przy używaniu środków nasennych. Natomiast wysunęły się na plan pierwszy objawy ze strony pęcherza i odbytu. Chory zanieczyszczał się i dostał podobnego do róży zapalenia skóry moszen i wewnętrznej strony ud. Skutkiem tego gorączkował do połowy maja.

20. czerwca wstrzyknięto 0·4 przetworu Ehrlicha. Odczyn ogólny gorączkowy nieznaczny, najwyższe wzniesienia ciepłoty wynosiły 37·5 do 37·8° C. Odczyn miejscowy miernego stopnia utrzymywał się przez tydzień.

Mniej więcej w trzy tygodnie później zaczął się chory podnosić z łóżka i próbować chodzić.

Obecnie jest stan jego następujący: Usposobienie chorego równiejsze; jest mniej wrażliwy, w rozmowie nie okazuje dawniejszej, jakby dziecinnej naiwności. Przytem ma nadmiernie dobrą otuchę co do dalszego przebiegu choroby.

Źrenice jak poprzednio nierówne, na światło nie oddziałują. Mięśnie oczne prawidłowe. Siła kończyn górnych wzmogła się do tego stopnia, że chory może, oparłszy się na nich, unieść ciało w górę. Przy pomocy dwóch lasek chodzi z trudnością. Sztywność mięśni kończyn dolnych jest jednakże prawie taka sama, jak dawniej, chód jak dawniej porażno-skurczowy, odruchy mięśniowe i ścięgniste tak samo wzmożone. Mocz i stolec oddaje chory dowolnie, ale przy oddawaniu moczu występuje skurcz zwieracza pęcherza, skutkiem czego moczenie jest utrudnione i przerywane.

Przy porównaniu stanu chorego w chwili obecnej ze stanem, jaki był w pierwszych dniach pobytu chorego w szpitalu, nietrudno dostrzedz pewną zmianę na lepsze. Zwłaszcza sfera psychiczna przedstawia się w lepszem świetle. Nieprawidłowości w zakresie ruchu zmieniły się co najwyżej tylko pod względem nasilenia. Mamy tę samą, co dawniej, sztywność mięśni kończyn dolnych, ten sam chód porażno-skurczowy, to samo wzmożenie odruchów mięśniowych i ścięgnistych. Zdolność oddziaływania źrenic na światło nie wróciła. Źrenice są nierówne, z tą naprzemiennością zwężania się jednej, rozszerzania drugiej, spotykaną stosunkowo często w przebiegu porażenia postępującego. Mimowolne oddawanie moczu i stolca ustąpiło jeszcze przed wstrzyknięciem dioksydiamidoarsenobenzolu. Natomiast istnieje innego rodzaju nieprawidłowość w oddawaniu moczu. Wszystkie te szczegóły trzeba uwzględnić na równi ze znamionami psychicznemi, a pamiętając o tem, że w porażeniu postępującem obraz chorobowy zmienia się sam przez się, że okresy pogorszenia przeplatają się okresami poprawy, zupełnie nawet niezależnie od jakichkolwiek zabiegów leczniczych, oceniać bardzo krytycznie częściową poprawę w przypadkach, leczonych zapomocą przetworu »606«. Ewentualne zmniejszanie się lub zupełne nawet zniknięcie odczynu Wassermanna nie może tu mieć rozstrzygającego znaczenia. O poprawie, względnie wyleczeniu, rozstrzygają wyłącznie tylko objawy kliniczne.

Przystępując do streszczenia moich spostrzeżeń o działaniu dioksydiamidoarsenobenzolu, zastrzegłem się, że liczba ich bardzo jest jeszcze szczupła i zaznaczyłem tem samem, że na ich podstawie nie można wysnuwać ostatecznych stanowczych wniosków o wartości leczniczej nowego przetworu w przypadkach kiły narządów wewnętrznych, względnie pokiłowych ich schorzeń. Nie mam też bynajmniej tego zamiaru. Wobec powszechnego jednak zainteresowania się sprawą nowego leczenia i wcale licznych wzmianek o niem, ukazujących się w pismach nie-lekarskich, uważam za właściwe już teraz zaznaczyć, że przetworu Ehrlicha nie należy mojem zdaniem uważać za wymarzony środek leczniczy, za specyfik dla leczenia nietylko świeżej kiły, ale i wszystkich jej następstw. Nie sądzę, aby zapomocą tego środka osiągnąć było można wyleczenie w przypadkach pokiłowego wiądu rdzenia, porażenia postępującego, przewlekłego, rozsianego lub poprzecznego zapalenia rdzenia kręgowego i t. d. Jedynie tylko w tych przypadkach, w których kiła narządów wewnętrznych pojawia się albo jako ograniczony naciek kiłowy, albo jako guzy kiłowe (kilaki), spodziewaćby się można wyleczenia w pojęciu klinicznem. Do rzędu takich przypadków zaliczyłbym kiłę mózgu

i rdzenia, wątroby, kości i stawów, płuc i opłucnej, wreszcie pod pewnemi zastrzeżeniami, wskazanemi konieczną w tych razach ostrożnością, kiłowe schorzenia naczyń i serca.

Z dalszych moich spostrzeżeń nie omieszkam zdać sprawy.

Piśmiennictwo bieżące.

Pedyatrya.

K. Kaspar. **Postęp w leczeniu intubacyą błoniczego zwężenia krtani** (Münch. med. Woch. 1910. Nr 11). Intubacya, przewyższająca tracheotomię pod wielu względami, posiada jednak znaczną wadę, t. j. wywoływanie odleżyn, które powstają zwykle na chrząstce pierścieniowatej, jako najwęższej części górnego odcinka przewodu oddechowego. W przypadkach, gdzie grozi, lub rozpoczyna się tworzyć odleżyna, stosuje się zwykle tracheotomię, lecz często zbyt późno z powodu braku pewnych objawów tego powikłania. Obecność odleżyny w krtani objawia się coraz częstszem wykasztiwaniem rurki, ponownem wzniesieniem ciepłoty i białkomoczem, który jest wskaźnikiem ciężkości zatrucia ustroju, a tem samem zmniejszonej odporności błony śluzowej krtani. W przypadkach, gdzie są wymienione cechy, nie należy zwlekać z tracheotomią. Dzieci młode, limfatyczne, ozdrowieńcy po odrze lub płonicy nie nadają się wogóle do intubacyi i u nich najlepiej stosować w razie potrzeby wprost tracheotomię pierwotną, a żadną miarą nie należy pozostawiać rurki intubacyjnej dłużej nad dobę. Tam, gdzie grozi powstanie odleżyny, znakomite usługi oddają rurki, powleczone żelatyną, napojoną ałunem. Autor, stosując ten sposób od roku, osiągnął zmniejszenie odsetki tracheotomii wtórnej z 26·4% na 6·4%. Bujak.

1) Kolli i Egiz. **Błonica na podstawie materyału Morozowskiego szpitala dla dzieci w Moskwie.** (Med. Obozr. 1909 Nr 17). 2) Rumiancew. **Klinika i leczenie błonicy.** (Prakt. Wr. 1909 Nr. 50—52). 3) Fedyński. **W sprawie dawkowania surowicy przeciwbłoniczej.** (Med. Obozr. 1909 Nr. 18).

Oddział błoniczy szpitala Morozowskiego posiada 40 łóżek, w ciągu roku przechodzi przez oddział 1042 chorych; średnio każdy chory pozostaje na oddziale 14 dni. Pomimo tak krótkiego pobytu w szpitalu, wyjątkowo tylko wydarzały się nowe przypadki zakażenia w rodzinach, dokąd dzieci powracały ze szpitala. W ciągu 5 lat (1903—1907) przez oddział przeszło 4877 chorych na błonicę. Z licznych zestawień, podanych przez autorów, widać, że najczęściej chorują na błonicę dzieci w wieku 2—5 lat, następnie od 5—10 lat, a w końcu od 1—2 lat. Wyjątkowo tylko zapadają dzieci w pierwszym roku życia. Największa śmiertelność przypada na wiek 0—1 r. (27,4%). Następnie śmiertelność szybko spada i powyżej 10. roku życia stanowi już 2,2%. Średnia śmiertelność za 5 lat 8,16%. Krup krtani wystąpił w 34,6%. Śmiertelność chorych intubowanych wynosiła 36,2%. Często trzeba było intubować po kilka i kilkanaście razy. Jedno dziecko intubowano 26 razy i tubus przeleżał w krtani 382 godziny. Zastanawiając się nad dawkowaniem, podnoszą autorowie trudność racyonalnego rozstrzygnięcia tej sprawy. Wogóle daje się zauważyć skłonność do zwiększania ilości wstrzykiwanej surowicy. Pospischil dochodzi nawet do 45.000 jednostek antytoksyny. Chociaż autorowie nie zauważyli żadnego szkodliwego wpływu wielkich dawek, jednakowoż sądzą, że należałoby być umiarkowanym w tym kierunku, sami zaś nie przekraczali dawki 12—15.000 jednostek.

Rumiancew opracował materyał szpitala miejskiego dla dzieci w Petersburgu. W ciągu r. 1906 przeszło przez oddział 2983 przypadków błonicy. Zmarło 630 osób, t. j. 21,4%. Po odliczeniu dzieci zmarłych w ciągu pierwszej doby, oraz przypadków z zakażeniem mieszanem, pozostaje zredukowana śmiertelność 14%. Jest to bardzo wielka śmiertelność, osobliwie, gdy się zważy, że u Marfana w roku 1903 wynosiła śmiertelność zredukowana 9%, a w szpitalu Morozowskim nie zredukowana 8,16%. R. zestawia swe dane na kilkunastu tablicach, z których wynika zależność śmiertelności od dnia wstrzyknięcia surowicy, zależność ilości zachorowań od pór roku i t. p. Co się tyczy dawkowania, to R. wyraża przekonanie, że wpływ surowicy ma pewne granice, poza któremi surowica wcale nie działa, lub wywołuje objawy niepożądane w postaci białkomoczu i t. p. W ciężkich postaciach błonicy wstrzykiwał R. 8000 jednostek, a dnia następnego, jeżeli surowica wywarła wpływ mały lub nie wywarła żadnego, ponawiał wstrzykiwanie; zaznacza przytem, że w ciężkich przypadkach nawet większe dawki pozostają często bez żadnego wpływu. R. podnosi z naciskiem dodatnie znaczenie wstrzykiwań wczesnych, wyrażając zdanie, że lepiej jest 10 razy wstrzyknąć surowicę przy prostem zapaleniu gardła, niż stracić jeden przypadek, czekając na wyniki badania bakteryologicznego, lub na rozwinięcie się obrazu ciężkiej błonicy.

Fedyński jest stanowczym zwolennikiem wielkich dawek surowicy. Stara się on to uzasadnić, zestawiając materyał szpitala św. Włodzimierza z lat 1887—1908 i dane epidemiologiczne miasta Moskwy z lat 1892—1908. F. podkreśla, że z rokiem wprowadzenia wstrzykiwań surowicy (1895 r.) krzywa śmiertelności gwałtownie się obniżyła i od tej pory stale przebiega nizko; dowodzi to jasno wielkiego dodatniego wpływu wstrzykiwań surowicy. F. porównuje 2 okresy: 1897—1899 i 1906—1908, które to okresy są sobie mniej więcej równe pod względem ciężkości choroby, wieku chorych i czasu wstrzyknięcia surowicy. W grupie pierwszej (1764 przypadków) wstrzykiwano jednemu choremu co najwyżej 3000 jednostek, a średnia ilość surowicy, przypadającej na jednego chorego, wynosiła 1410 jednostek. W grupie drugiej było 1248 przypadków; surowicę stosowano daleko szerzej i średnia jej ilość, przypadająca na jednego chorego, wynosiła 4460 jednostek. W każdej grupie dzieli autor przypadki na 2 działy: chorych dotkniętych krupem i chorych bez krupu, chorych krupowych na 2 poddziały: potrzebujących pomocy chirurgicznej (intubacyi, tracheotomii) i nie potrzebujących, chorych zaś bez krupu na 3 poddziały: przypadki lekkie, średnie i ciężkie. Rozpatrując się bliżej w szczegółach zebranych spostrzeżeń, można dojść do przekonania, że stosowanie surowicy sprowadziło prawie do zera śmiertelność w przypadkach lekkich bez krupu. Zwiększenie dawki sprowadziło znów do zera śmiertelność w przypadkach krupowych nieoperowanych i średnich bez krupu i bardzo znacznie obniżyło śmiertelność w przypadkach krupu operowanych i bez krupu ciężkich. Pozostaje więc teraz zapomocą systematycznego stosowania wielkich dawek dojść do lepszych wyników i w ostatnich dwu grupach przypadków. Tutaj bezwątpienia wielką rolę będą grały racyonalne zarządzenia w celu podtrzymania działalności serca.

Na podstawie swego doświadczenia jakoteż danych z piśmiennictwa, wyraża F. zdanie, że każdemu dotkniętemu krupem choremu wstrzyknąć należy 5—6000 jednostek, jeżeli wstrzykiwanie podejmuje się nie później, niż 1—2. dnia choroby i jeżeli nie ma groźnych objawów krupu zstępującego. Jeżeli w ciągu doby polepszenie nie nastąpi, to wstrzykiwanie należy powtórzyć. Jeżeli przypadek jest zaniedbany, to pierwsza dawka powinna wynosić 8—10.000 jednostek, przy zajęciu oskrzeli nawet 15—20.000; następnego dnia należy ponownie wstrzyknąć połowę dawki.

Dr L. Mańkowski.

Rumiancew. **W sprawie zakażeń szpitalnych (płonicą i odrą) i środków walki z niemi.** (Wracz. Gaz. 1910, Nr 9). Autor w ciągu 1906 r. prowadził statystykę zakażeń szpitalnych na oddziale błoniczym miejskiego szpitala dla dzieci w Petersburgu. W ciągu roku przeszło przez oddział 3179 dzieci. W tej liczbie było 58 przypadków (1,7 %) zakażenia się odrą w samym szpitalu i 123 przypadki (3,7 %) zakażenia się płonicą. Przyczyną częstszego zakażania się płonicą, niż odrą, jest, jak wynika z wywiadów, to, że prawie połowa dzieci (45 %) przebyła już odrę, gdy płonicę miało tylko zaledwie 5 %. Takie zakażenia szpitalne wywierają fatalny wpływ na odsetkę śmiertelności. Z 58 zakażonych w szpitalu odrą zmarło 31, t. j. 53,4 %, z 123 płoniczych zmarło 64, t. j. 52 %, gdy ogólna odsetka śmiertelności na oddziale była 16,6 %. Wszystko to wskazuje, że walka z zakażeniem szpitalnem jest sprawą naglącą. Porównując warunki szpitalne Petersburga, Moskwy i Paryża, dochodzi R. do przekonania, że zakażenia szpitalne całkowicie usunąć się nie dadzą, stanowią zło konieczne. Wobec tego jednak, że w rozmaitych szpitalach, a nawet w tym samym szpitalu przy zmianie warunków, odsetka zakażeń bywa bardzo rozmaita, to chociaż nawet nie uda się zakażeń szpitalnych całkowicie stłumić, niemniej w każdym razie można i należy częstość tych zakażeń jaknajbardziej obniżyć. Dowodem, że to jest możebne, są dane szpitali paryskich. W Petersburgu i Moskwie odsetka zakażeń waha się między 2 % do 10,5 %, w szpitalach paryskich udało się ją obniżyć do 1,5 % (Hopital Trousseau) i 0,12 % (Enfants malades). Obniżenie to osiągnięto zapomocą ścisłego stosowania »antisepsie médiacole« Granchera i odosobniania chorych.

L. Mańkowski.

Strzelbicki. **W sprawie rozpoznawania zapalenia płuc u małych dzieci** (Med. Obozr. 1910, Nr 4). Autor podkreśla znaczenie dwu objawów, na które zazwyczaj mało zwraca się uwagi. Pierwszym objawem jest gorączka przepuszczająca; gorączka taka zwykle skłania lekarzy zazwyczaj do rozpoznawania zimnicy, tymczasem ścisłe, a pedantyczne badanie płuc, wykrywa w nich przy takiej gorączce nieraz zmiany, gdy w innych narządach zmian żadnych wykryć nie można. S. przytacza opis 4 charakterystycznych w tym względzie przypadków. Drugim objawem jest krzyk dziecka. Przyjęto powszechnie, że głośny a długotrwały krzyk dziecka dozwala wyłączyć jakiekolwiek poważne schorzenie dróg oddechowych, a w szczególności zapalenie płuc. Zdanie to, istotnie uzasadnione co do rozległego zajęcia oskrzeli lub rozległego zapalenia płuc, nie może być brane dosłownie we wszystkich przypadkach zapaleń płuc u małych dzieci. Zdarzają się, i to wcale nie rzadko, przypadki, gdzie dziecko bardzo głośno i długo krzyczy, a raczej głośno jęczy. Taki głośny jęk, osobliwie, gdy dziecko znane już było przedtem, jako ciche i spokojne, wskazuje na zajęcie płuc. S. zaznacza, że z wyjątkiem chorób przewodu pokarmowego, żadna inna choroba nie wywołuje tak wielkich zmian w nastroju dziecka, jak zapalenie płuc.

S. Mańkowski.

Prof. Th. Escherich. **Przyczynek do kazuistyki zapaleń płuc w wieku dziecięcym.** (Wiener medizin. Wochs. Nr. 5, 1910)

Kliniczny opis dwóch przypadków: Pierwszy przypadek dotyczy zapalenia przedniej części górnego płatu u sześciomiesięcznego dziecka, odznaczającego się niezwykłem zachowaniem się ciepłoty. Krzywa jej wykazuje od 1 do 5 dnia typową krzywą zapalenia płuc; następnie od 7 do 39 dnia krzywa wzbudza podejrzenie istnienia bądź sprawy posocznicze), bądź zimnicy, bądź też gruźlicy. Ciepłota poranna spada do 35,2°, wieczorem dosięga 40,5°. Czterdziestego dnia ciepłota raptem ustala się na 37°, następuje wyzdrowienie, pomimo że waga spadła z 7000 grm. na 3000 gr. Pirquet, prześwietlanie, hodowla, dały wyniki ujemne. Leczenie pozostawało bez skutku.

Drugi przypadek: 2-letnie dziecko po zapaleniu lewego górnego płatu zdradzało podczas przebiegu zapalenia objawy zajęcia opon mózgowych, zaś po skończonej sprawie w płucach zapadło na najcięższą, jaką tylko można sobie wyobrazić, śpiączkę tego rodzaju, jak to czasem można spostrzegać po bardzo ciężkich tyfusach. I w tym przypadku nastąpiło zupełne wyzdrowienie.

Miecz. Michałowicz.

O. Weltmann. **Zapalenie wsierdzia, wywołane przez »bacillus pneumoniae Fiedlaenderi«.** (Ctbl. f. Bakt. T. 54, Zesz. 2, 1910).

Poglądy na znaczenie chorobotwórcze »bacillus pneumoniae« zmieniły się bardzo w ciągu ostatnich lat; podczas gdy dawniej uważano go za zwykłą przyczynę zapalenia płuc, obecnie wiadomo, iż odgrywa on rolę tylko przy pewnych rzadkich postaciach zapalenia płuc; natomiast jest bardzo pospolitą przyczyną innych spraw chorobowych, jak: zapalenia opłucnej, osierdzia, otrzewnej, ropni wątroby, zapalenia szpiku kostnego, zapaleń w jamie nosowogardłowej i dróg moczowopłciowych, wreszcie, ogólnego zakażenia. Kilkakrotnie opisywano go również, jako przyczynę zapalenia wsierdzia, jednakże zupełnie pewne są pod tym względem 2 tylko przypadki: jeden, opisany przez Sachsa, w którym omawiane drobnoustroje miały za punkt wyjścia drogi moczowopłciowe i drugi, opisany w omawianej pracy, w którym zapalenie wsierdzia stanowiło również tylko jeden z objawów ogólnego zakażenia, lecz punktem wyjścia tego ostatniego, jak się autorowi udało stwierdzić na drodze dokładnych patologicznych i bakteryologicznych badań, była jama nosowogardłowa. Samo zapalenie wsierdzia było zarówno w przypadku Sachsa, jak i w opisanym przez autora, sprawą wprawdzie ostrą, lecz powstałą na tle dawnego przewlekłego zapalenia zastawek. Autor wysnuwa stąd wniosek, iż prawdopodobnie omawiany drobnoustrój wogóle nie jest w stanie wywoływać samodzielnego zapalenia wsierdzia, lecz, co najwyżej, tylko nawroty spraw dawniejszych, w swoim czasie przez inne drobnoustroje wywołanych.

H. Rozenblatówna.

M. Truffi. **Próba uodpornienia królików przeciwko kile.** (Ctblt f. Bakt. T. 54, Zesz. 2, 1910).

Autor wykonał szereg doświadczeń na królikach, by stwierdzić możliwość zarówno czynnego (wyciąg z wątroby dziedzicznie obarczonych przymiotem płodów), jak i biernego (zapomocą surowicy królików, zakażonych przymiotem) uodpornienia przeciwko przymiotowi. Wyniki tych doświadczeń innych autorów, którzy przeważnie badali w tym kierunku małpy, są ujemne. Również i Truffi stwierdził, że w żadnym przypadku nie udało mu się uodpornić królików, a nawet przeciwnie, króliki, które usiłował uodpornić czynnie zapomocą wyciągu zajętej przymiotem wątroby, okazały się do pewnego stopnia uczulone, t. j. objawy swoiste miejscowe występowały u nich znacznie silniej, niż u zwierząt kontrolnych.

H. Rozenblatówna.

S. Livierato. **O wpływie wyciągów z tkanki chłonnej na przebieg doświadczalnej gruźlicy.** (Ctbl. f. Bakt. Tom 54. Zesz. 4, 1910).

Praca autora stanowi dalszy ciąg dawniejszych doświadczeń w tym samym kierunku i ma na celu stwierdzenie wpływu tkanki chłonnej na bakterye gruźlicze, wiąże się więc bezpośrednio z zagadnieniem o stosunku zołzów do gruźlicy. Do doświadczeń swych używał autor morskich świnek w liczbie 27, zakażonych bakteryami gruźlicy, którym wstrzykiwał bądź jednocześnie z zakażeniem gruźliczem, bądź w 24 godziny później, bądź o 15 dni wcześniej wyciąg: a) z gruźliczych gruczołów chłonnych świnek morskich; b) z gruczołów chłonnych dziecka zołzowego (niezserowaciałych); c) wyciąg z prawidłowych gruczołów chłonnych zdrowych cieląt. Z 9 zwierząt, którym wstrzykiwano prawidłowy wyciąg, 8 padło przed upływem 60 dni po zakażeniu, t. j. żyły tylko o 20 dni

dłużej, niż zwierzęta kontrolne. Jedyna świnka morska, która pozostała przy życiu, wykazywała na sekcyi rozległe zmiany gruźlicze. Natomiast z 18 zwierząt, którym wstrzykiwano wyciąg bądź z zołzowych, bądź z gruźliczych gruczołów, padło jedno tylko; u pozostałych zaś stwierdzano przeważnie nieznaczne zmiany gruźlicze (u zwierząt, którym wstrzykiwano wyciągi gruźlicze — mniejsze, niż u tych, które otrzymywały wyciągi zołzowe). Najbardziej skuteczne okazały się wstrzykiwania wyciągu gruźliczego na 15 dni przed zakażeniem, gdyż u zwierząt tych nie stwierdzono wogóle żadnych zmian gruźliczych (mikroskopowo).

H. Rozenblatówna.

Neurologia i psychiatrya.

A. Sézany. **Leczenie patogenetyczne schorzeń nerwowych parasyfilitycznych.** (Presse med. Nr 31, 1910). Autorowie tłómaczący powstawanie wiądu rdzenia i porażenia następowego zadowalniali się dotychczas przypuszczeniami, a więc przypuszczano późne działanie toksyn kiłowych (Strümpell), lub parasyfilitycznych (Hermanides). Przypuszczenia to nie opierały się na żadnych pewnych podstawach. Wedle autora przyczyną istotną wiądu rdzenia i porażenia postępowego jest sprawa kiłowa, tocząca się na oponach, równoczesna z okresem kiły drugim, wysypkowym, a objawiająca się jedynie leukocytozą płynu mózgowordzeniowego, a więc niejako istotne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych. Stwierdzenie tak rychłego odczynu ze strony opon u kiłowych skłoniło niektórych autorów, a w szczególności Ravauta do badania, czy między tymże odczynem, a późnemi zmianami ośrodków nerwowych, t. zw. zmianami parasyfilitycznemi, nie zachodzi przypadkiem związek ściślejszy. Obecnie na podstawie badań histologicznych dochodzi Sézany do przekonania, że punktem wyjścia późniejszych schorzeń rdzenia lub mózgu jest właśnie owo zapalenie opon, towarzyszące drugiemu okresowi kiły. To drugorzędne utajone zapalenie opon, starannie leczone, ustępuje i pod wpływem rtęci znika leukocytoza płynu mózgowordzeniowego (Ravaut, Jeanselme i Barbé). Czasem ustępuje to zapalenie opon samo bez leczenia, ale może znowu się zjawić w toku nawrotu wykwitów skórnych (Belètre). Nie leczone może przejść w stan przewlekły i wywołać zmiany. Tą drogą wytwarzają się zmiany stałe w korzonkach rdzenia, które, jak to bywa w toku ostrych zapaleń opon, wywołują zwyrodnienie tylnych powrózków rdzenia. W ten sposób powstaje podstawa anatomiczna wiądu rdzenia. Należy więc w rozwoju wiądu, wzgl. porażenia postępującego, odróżniać dwa okresy: jeden przedwiądowy, względnie przedporaźny, okres zmian miąższowych i twardnienia korzonków lub kory i drugi właściwy okres wiądowy, wzgl. poraźny. Dotychczas zwracano uwagę wyłącznie na okres drugi i wszelkie zabiegi lecznicze były bez skutku. Sézany zwraca zaś uwagę, że należy wystąpić czynnie już wtedy, kiedy leczenie jeszcze może być skuteczne, w okresie wtórym, w czasie początkowego zapalenia opon mózgowych. Radzi więc Sézany systematycznie nakłuwać kanał kręgowy u chorych kiłowych, badać płyn mózgowo-rdzeniowy i do wyniku tego badania stosować leczenie. Brak leukocytozy dowodzi prawidłowego stanu opon, wtedy więc niema co leczyć, jej obecność zaś nakazuje natychmiastowe leczenie swoiste. W ten sposób możemy leczyć sprawę rdzeniową w samym zaczątku. Stahr.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie radomskie.

Ogólne zebranie 30. kwietnia 1910.

Protokół 57.

Obecnych 16 członków.

1. Na przewodniczącego zebrania przez aklamacyę wybrano kolegę Kondratowicza.

2. Przed porządkiem dziennym przedstawił kol. Raszkes dwie chore po laparotomii: a) z powodu ogromnego **guza jajnika**, powikłanego puchliną wodną i znaczną przepukliną pępkową, b) z powodu **ciąży** zewnątrzmacicznej **jajowodowej** prawostronnej; oraz trzy historye chorób chorych, operowanych przezeń: c) z pękniętą torbielą jajnika, powikłaną zapaleniem otrzewnej miednicznej, d) z ciążą zewnątrzmaciczną lewostronną i e) z ciążą zewnątrzmaciczną śródmiąższową właściwą prawostronną.

3) Kol. Przewodniczący odczytał protokół z ogólnego zebrania 5. marca b. r. (56-go).

4) Kol Fidler wypowiedział wspomnienie pośmiertne o ś. p. kolegach: członku Zarządu i sekretarzu Wacławie Cennère i członku Towarzystwa kol. Janie Głogowskim z Ostrowca. Zebrani uczcili pamięć zmarłych przez powstanie i złożenie 39 rubli, zamiast wieńca, na rzecz kasy pomocy dla podupadłych kolegów, ich wdów i sierot, przy Tow. lek. radom. istniejącej.

5. Kol. Przewodniczący zarządził wybory na członka zarządu, członka Zarządu i sekretarza oraz na członka komisyi rewizyjnej, zaprosiwszy na skrutatorów kol. Przyłęckiego i Fuksiewicza; po obliczeniu głosów wybrani: na członka Zarządu kol. Józef Kossak (7 głosów), na członka Zarządu i sekretarza kol. Tadeusz Rakowski (15 głosów) i na członka komisyi rewizyjnej prowizor farmacyi p. Julian Kasprzykowski (11 głosów); następną liczbę głosów na członka Zarządu otrzymał kol. Henryk Raszkes (6 głosów).

6. Kol. Przewodniczący otworzył dyskusyę nad potrzebą pracowni dla celów dyagnostyczno-lekarskich w Radomiu.

Kol. Fidler otrzymał propozycyę od asesora farmacyi i Dra fil. Ryla, że tenże gotów jest otworzyć wspomnianą pracownię, lecz kol. Fidler sądzi, że pożądanem jest, by pracownię ową otworzył lekarz, co potwierdza również kol. Fuksiewicz. — Prow. farm. Łagodziński sądzi, że amatora do otworzenia takiej pracowni trudno będzie znaleźć. — Kol. Pełczyński uważa za pożądane, by miasto dało 600 rubli zapomogi, co jednak uważa również za problematyczne. — Kol. Szczepaniak zapytuje, ile zarabiał z analiz kol. Cennère? Ponieważ nikt z kolegów nie może dać odpowiedzi, kol. Szczepaniak sądzi, że trzeba zwrócić się do pozostałej po kol. Cennère rodziny z prośbą o informacyę, sądzi jednak, że ś. p. kol. C. zarabiał niewiele, jakieś 800 do 1000 rubli rocznie. — Prow. farm. Kasprzykowski sądzi, że asesor Ryl jest już chemikiem miejskim i otrzymuje razem 950 rubli rocznie, więc wątpliwem jest, by miasto coś dodało wobec stałego braku funduszów. — Kol. Pełczyński powołuje się na Łódź, gdzie kol. Serkowski pobierał od miasta 1000 rubli zasiłku. Sądzi, że lekarz pracowni i asesor Ryl mogliby porozumieć się wspólnie i na wzór Łodzi wspólnie pracować. — Kol. Fidler zwraca się do kol. Mulierówny, czy nie mogłaby otworzyć takiej pracowni? — Kol. Mulier oświadcza, że nie może się podjąć otwarcia pracowni dyagnostyczno-bakteryologicznej. — Kol. Fidler wnosi, by zwrócić się do specyalistów warszawskich, czyby lekarz »ad hoc« przygotowany nie zechciał na swoje ryzyko otworzyć pracowni analityczno-bakteryologicznej. — Uchwalono.

Uchwalono również zwrócić się do p. Inspektora lekarskiego, czyby nie dało się otworzyć takiej pracowni przy istniejących szpitalach.

Wobec spóźnionej pory i wyjazdu kol. Idzikowskiego do Warszawy, dyskusyę nad założeniem przytułku położniczego w Radomiu oraz nad organizacyą zawodową lekarzy odłożono do następnego posiedzenia.

Ogólne zebranie 21. maja 1910.

Protokół 58.

Obecnych 15. — Na przewodniczącego zebrania większością głosów (14 przeciw 1) wybrany kol. Fidler.

1. Odczytano protokół poprzedniego zebrania i po skróceniu przyjęto.

2. Kol. Fidler w imieniu Zarządu Towarzystwa zwrócił się do obecnych z propozycyą uczczenia zasług ś. p. kol. Wacława Cennère przez zawieszenie w sali Towarzystwa portretu zmarłego i zaproponował, by rozłożyć koszta między kolegów miejscowych i zamiejscowych. Obecni jednogłośnie zaaprobowali tę propozycyę.

3. Kol. Fidler otworzył dyskusyę nad sprawą założenia przytułku położniczego w Radomiu. W dyskusyi brali udział: kol. Idzikowski, Fuksiewicz, Mulierówna, Kossak, Przyłęcki, Pełczyński, Przychodzki, Szczepaniak i Raszkes. Większość kolegów była zdania, że przytułek położniczy w Radomiu powinien stanowić całkiem oddzielną instytucyę, niezależną od szpitali, zaś kol. Raszkes był temu zasadniczo przeciwny i twierdził, że przytułek położniczy powinien być przy szpitalu św. Kazimierza, jako oddział szpitalny i że tylko w tych warunkach może racyonalnie działać i rozwijać się. Wobec braku konkretnych danych co do zamiarów komitetu budowy przytułku, jak również i środków, jakimi komitet ów rozporządza, postanowiono prosić kol. Idzikowskiego, aby w tej sprawie zasięgnął informacyi i żeby opracował projekt wzorowego przytułku, przystosowując się, rzecz prosta, do potrzeb miejscowych i środków, jakimi komitet budowy przytułku rozporządza. — Kol. Idzikowski wyraził zgodę.

Na tem posiedzenie zamknięto.

Ogólne zebranie d. 15. czerwca 1910.

Protokół 59.

Obecnych 11 członków.

1. Na przewodniczącego zebrania wybrany został kol. Fidler.

2. Odczytano odezwę magistratu m. Radomia w sprawie obsadzenia posady tymczasowego lekarza sanitarnego i uchwalono polecić na to stanowisko kol. Szczepaniaka.

3. Odczytano odpowiedź kol. Serkowskiego w sprawie polecenia lekarza bakteryologa-analityka.

4. Postanowiono napisać do kolegów: Bujwida, Serkowskiego i Gluzińskiego z prośbą o wskazanie lekarza bakteryologa-analityka.

Prezes Towarzystwa: H. Fidler. Członek zarządu sekretarz: T. Rakowski.

Polskie Towarzystwo lekarskie w Kielcach.

Pierwsze półrocze 1910.

Posiedzeń ogólnych w pierwszem półroczu r. b. odbyło się 5, w tej liczbie jedno posiedzenie nadzwyczajne d. 15 stycznia. Zarząd posiedzeń nie odbywał.

Posiedzenie d. 15 stycznia 1910 r.

Przewodniczy kol. Czaplicki. Obecnych członków 10. Kol. Czaplicki streścił działalność Towarzystwa lekarskiego za rok 1909, dodając, że strona finansowa Towarzystwa nie pogorszyła się, żałuje tylko, że niektórzy koledzy wykreślili się z listy członków i zawiadamia, iż w roku bieżącym stosownie do ustawy powinny się odbyć wybory skarbnika, sekretarza i 3 członków komisyi rewizyjnej. Kol. sekretarz odczytał sprawozdanie z działalności Towarzystwa za rok 1909. Kol. skarbnik odczytał sprawozdanie o stanie kasy i majątku Towarzystwa. Kol. bibliotekarz odczytał sprawozdanie ze stanu biblioteki. W dalszym ciągu posiedzenia przystąpiono do wyborów. Skarbnikiem został wybrany kol. Jedlicki (ponownie), sekretarzem na miejsce kol. Ryttla, który prosił o zwolnienie go od obowiązków na następne trzechlecie — został wybrany większością głosów kol. Kopczyński. Członkowie komisyi rewizyjnej zostali wszyscy wybrani ciż sami ponownie. Kol. skarbnik wniósł projekt utworzenia sekcyi farmaceutycznej, proponując obecnym pp. prowizorom farmacyi, aby oni zawiadomili swych kolegów o projekcie i wpisali się na członków. W odpowiedzi na ten projekt prowizor farmacyi B. Saski twierdzi, iż to się nie powiedzie z czysto materyalnej strony. Kol. prezes wyznacza daty posiedzeń na rok 1910.

Posiedzenie d. 19. lutego 1910.

Przewodniczy kol. Czaplicki. Obecnych członków 11.

1) Kol. Ryttel przedstawiał chorą, na której przed trzema tygodniami wykonał laparatomię z powodu **mięśniaka** macicy i przedstawia guz, który przy operacyi okazał się zewnątrzmacicznym, wychodzącym na szerokiej szypule z tylnej ściany macicy i przyrośniętym na całej przedniej powierzchni do ściany brzusznej.

2) Kol. prezes zakomunikował odezwę lekarzy gubernii samarskiej, ufimskiej i orenburskiej o odbyć się mającym w roku bieżącym Zjeździe w sprawie leczenia kumysowego.

3) Kol. Kopczyński przedstawia chorą z **kiłą mózgu**. Chora ma lat 41, cierpi silne bóle głowy w tylnej części, skarży się na bezsenność, ogólne osłabienie, zupełny brak apetytu, chód ma niepewny, połączony z zawrotami głowy, mowa utrudniona, utrata pamięci; choroba ciągnie się 5 miesięcy; mąż chory na kiłę, obecnie pozostaje w szpitalu Jana Bożego w Warszawie, jako chory na porażenie postępujące. Chora obecnie nie przedstawia żadnych objawów kiły; narządy wewnętrzne zdrowe; źrenice nieco rozszerzone, słabo oddziaływają; żadnych zmian na dnie oka nie wykryto; język przy wysuwaniu drży; ręce — wyciągnięte naprzód — drżą; z zamkniętemi oczami stać nie może; chód niepewny, osłabiony; mowa wolna, drżąca, niewyraźna; lekka skłonność do płaczu lub śmiechu; drżenie w kończynach górnych i dolnych; lekkie drżenie w mięśniach twarzy; odruchy kolanowe wzmożone; czucie bólu, dotyku, ciepła, zachowane; pamięć wybitnie osłabiona, usposobienie apatyczne, pewien stan przygnębienia. Rozpoznanie różniczkowe, podług kol. Kopczyńskiego, waha się między kiłą mózgu i porażeniem postępującem.

W dyskusyi zabierali głos kol. Jankowski i kol. Kosieradzki. Kol. Jankowski zgadza się, iż w danym przypadku mamy obraz cierpienia, umiejscowionego na podstawie mózgu w postaci kilaka, lecz zdaniem jego rozpoznanie różniczkowe winno się rozszerzyć jeszcze na nowotwór mózgu i stwardnienie rozsiane. Kol. Kosieradzki jest zdania, że dla kiły mózgu w danym przypadku nieodpowiednim jest czas (z wywiadów widać, iż chora zaraziła się kiłą przeszło przed 20 laty). Chorą zostawiono w szpitalu dla leczenia swoistego i śledzenia jego wpływu. Okazało się w następstwie, iż po miesięcznem leczeniu rtęcią i wielkimi dawkami jodu, u chorej na pierwszy plan wystąpiły objawy ze strony psychicznej w postaci »idei nicości«: chora zaprzecza swego istnienia, nie przyjmuje pokarmów, motywując to brakiem zębów, języka, przełyku; nie chce chodzić, ponieważ niema nóg, rąk i t. p. Ogólny stan apatyi, depresyi, przerywany wybuchami gwałtownego płaczu lub śmiechu; chora oddaje pod siebie mocz, kał.

Zgodzono się, iż w danym przypadku chodzi o porażenie postępujące. Sekretarz: Antoni Kopczyński.

Kilka uwag o szpitalach paryskich

podał

Dr Leon Żuławski,

Dyrektor szpitala powszechnego w Gorlicach.

(Sprawozdanie przesłane Wydziałowi kraj. z podróży naukowej w r. 1909).

(Dokończenie).

Pod względem zaopatrzenia w pracownie, szpitale nasze stoją na tak bardzo nizkim stopniu, że właściwie mo-

żna powiedzieć, że ich wcale nie posiadają. Te pracownie, które po niektórych szpitalach spotkać można, już na to miano nie zasługują. Nauka lekarska biegnie obecnie szybkim krokiem naprzód i w ostatnich latach wytworzyła tyle nowych sposobów rozpoznawania chorób, że mikroskop, odczynniki do badania moczu, przyrządy do liczenia ciałek krwi, mierzenia hemoglobiny, badania plwociny, które to wszystkie utensylia stanowią zaopatrzenie naszych pracowni, są tak znikomą cząstką pracownianego badania, iż słusznie powiedzieć mogę, że prawdziwie postępowego badania przy tylko takiem zaopatrzeniu przeprowadzić nie można.

Dla przykładu wyobraźmy sobie, że chory, który przed kilkunastu dniami lub kilku tygodniami nabawił się wiewióra, — obecnie wysoko gorączkuje, że cierpi na bole głowy, mięśni, — że stwierdzamy u niego powiększoną śledzionę, biegunkę, nieżyt oskrzelowy, jednem słowem objawy gorączki durowej, i że mamy ustalić rozpoznanie. — Pytam się, w jaki sposób lekarz szpitalny u nas może przy dzisiejszem zaopatrzeniu pracowni szpitalnej rozpoznać, czy ma do czynienia z chorym, który w przebiegu wiewióra zapadł na dur brzuszny, czy też z chorym na wiewióra, u którego przyszło do ogólnego zakażenia gonokokami. Jak całkiem różne jest rokowanie, które nie powinno być w zawieszeniu z uwagi na powagę sprawy zakażenia, tych dwóch spraw chorobowych, tak samo różne jest i leczenie.

Czy lekarz szpitalny, nie mogący przeprowadzić hodowli z krwi chorego, potrafi stanąć na wysokości zadania? — Przenigdy! — On może jedynie leczyć objawy, nie wiedząc nawet, z czem ma do czynienia. Gdy z drugiej strony ten sam lekarz szpitalny jest świadom tego, że szczepionka, przygotowana sposobem Wrighta, może chorego na to zakażenie wedle ostatnich spostrzeżeń autorów angielskich i francuskich ocalić, czy lekarz ten nie będzie w pełni odczuwać bezsilności całej swej wiedzy lekarskiej?! W podobnych położeniach znajdują się obecnie lekarze szpitali niestety bardzo często przez brak tego wszystkiego, czego do badania potrzeba.

Jak dotkliwie daje się odczuwać lekarzom szpitalnym brak przyrządu Röntgena, właściwie nie powinienem udowadniać. Powszechnie już wiadomo, że radyoskopia zajęła w dzisiejszej nauce lekarskiej takie stanowisko, iż śmiało rzec można, że niema żadnego działu medycyny, któryby mógł obejść się bez przyrządu Röntgena. Niekiedy nawet tam, gdzie najściślejsze badanie kliniczno laboratoryjne nie zdoła rozstrzygnąć, czy u danego osobnika mamy do czynienia z gruźlicą płuc, promienie Röntgena mogą wykazać ogniska zagęszczenia tkanki płucnej. Toteż brak przyrządu Röntgena w szpitalach jest w wielu przypadkach momentem, przyczyniającym się do obniżenia zaufania ludności do leczenia szpitalnego. W roku bieżącym przywiózł do szpisala w Gorlicach urzędnik N. N. swoje chore dziecko, liczące kilka lat, z prośbą o pomoc, i podał, że przed kilku dniami dziecko to połknęło guzik metalowy wielkości korony. Od tego czasu dziecko jest niespokojne i nie chce przyjmować pokarmów. Zaniepokojony ojciec twierdzi, że guzik musiał utkwić w przełyku.

Badanie dziecka nie wykazuje żadnych przedmiotowych zmian, oddechy spokojne, osłuchiwanie klatki piersiowej daje po obu stronach jednakowe prawidłowe szmery oddechowe, badanie przełyku zgłębnikiem nie wykazuje obecności ciała obcego. Jednem słowem, pomimo szczegółowego badania nie zdołałem stwierdzić właściwej siedziby obcego ciała. Tymczasem radyoskopia, dokonana w kilka dni potem we Lwowie, wykazała, że guzik znajduje się w prawem rozgałęzieniu tchawicy, i że dlatego nie dawał objawów zwężenia dróg oddechowych, bo szczęśliwym trafem utkwił kantem w świetle oskrzela. Z wielkim trudem wydobyto guzik drogą wewnątrzkrtaniową i usunięto niebezpieczeństwo, jakie wyniknąć mogło z obecności ciała obcego w drogach oddechowych.

Podobne uniemożebnienia rozpoznania dla braku przyrządu Röntgena zdarzają się co najmniej kilkanaście razy do roku i podkopują wiarę w zdolność pomocy danego szpitala. Ażeby szpitalnictwo krajowe zyskać mogło pełne zaufanie ludności, potrzeba w tym kierunku zupełnej reorganizacyi. Zwiększenie wydatków na pracownie o roczne 100.000 kor. nie wyprowadzi z równowagi budżetu krajowego, a po latach, t. j. po pozyskaniu zaufania, szczególniej ludności żydowskiej, wydatki zaczną się wracać przez znaczne obniżenie sum, płynących z kraju naszego do obcych krajów, — za leczenie tam naszej ludności.

Ażeby jednak należycie urządzone pracownie mogły spełnić swe zadanie, trzeba oddać je w ręce fachowe, t. j. stworzyć posady szefów tych pracowni. Dotychczasowi lekarze szpitalni, przeciążeni pracą, niestosunkowo wielką do wynagrodzenia, i zmuszeni do zarobku na życie, nie mogą bez uszczerbku swej materyalnej egzystencyi zająć się temi badaniami, które wymagają oprócz ciągłych praktycznych ćwiczeń i teoretycznego kształcenia się, wielkiego nakładu czasu. W Paryżu uwzględniono te właściwości badań lekarskich i stworzono posady szefów pracowni.

W zakończeniu dodam kilka słów, odnoszących się do organizacyi centralnej administracyi.

Administracya poszczególnych szpitali w Paryżu pozostaje w ręku delegowanego urzędnika, tak zwanego dyrektora ekonomatu. Lekarze są wyłączeni z administracyi, bywają jedynie w sprawach higieny i innych proszeni o radę i wskazówki. Naczelną władzą jest centralna administracya dobroczynności publicznej (Administration générale de l'Assistance publique à Paris), która wszystkie czynności administracyi szpitalnej skupiła w swoich rękach. Zaprowadziła ona centralną aptekę, z której wydaje się leki do aptek poszczególnych szpitali, naturalnie za asygnatami, tak zw. »Pharmacie centrale« (na Quai de la Tournelle 47); jest też centralna piekarnia na rue Scipion, centralna rzeźnia w »Abattoirs de Vaugirard«, rue de Morillons, centralna piwnica na »Butte de la Seine«, i centralny magazyn na Boulevard de l'Hopital. Przez masowe zakupowanie zdołano uzyskać wyborowy materyał po tak nizkich cenach, że niewiele różnią się one od naszych cen, aczkolwiek Paryż nie należy do tanich miast. I tak kilogram chleba wypadł w roku 1907 na 0·29 fr., mięsa 1·42 fr., masła 2·87 fr., 100 jaj 9·38 fr i t. d. Tak samo przez zaprowadzenie centralnej pralni koszta prania bielizny szpitalnej obniżyły się znacznie. Zaznaczyć winienem, że w ten sposób wprowadzono jednolitość żywienia i t. d., przez co usunięto powód wyróżniania jednego szpitala od drugiego z racyi lepszego żywienia i lepszych wygód.

Pomijam szczegóły drobiazgowe, nie chcąc zwiększać i tak może za obszernego sprawozdania, zaznaczając. że czas kilkutygodniowy jest za krótki, ażeby mógł objąć ogrom pracy, jaki stanowi badanie szpitalnictwa paryskiego; to też wiele rzeczy, godnych szczegółowego badania, zmuszony byłem tylko powierzchownie traktować dla krótkości czasu.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka

Opinia Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej w sprawie techników dentystycznych. Izba lekarska zachodnio-galicyjska otrzymała od c. k. Namiestnictwa do zaopiniowania projekt rządowy, mający na celu nowe uregulowanie zawodu techników dentystycznych. W motywach projektu powiedziano: »Doświadczenia poczynione w sprawie przemysłu techników dentystycznych wykazały, że technicy dentystyczni w granicach za-

kreślonych im rozporządzeniem ministeryalnem z d. 20. marca 1892 Dz. p. p. Nr 55 [§ 1. zmieniony rozporządzeniem ministeryalnem z d. 14. lutego 1904 Dz. p. p. Nr 15] utrzymać się nie mogą, że raczej stosunkami zmuszeni są przekraczać codziennie swój zakres działania, przez co popadają w konflikt z ustawą karną. Temu położeniu miało zaradzić wniesione w ostatnich sesyach Rady państwa przedłożenie rządowe o tyle, że technikom dentystycznym pod pewnymi łatwymi warunkami, miało być przyznane rozszerzenie ich zakresu działania. Ten rozszerzony zakres działania nie zadowalnia jednak z jednej strony życzeń techników dentystycznych, z drugiej strony wśród rozpraw parlamentarnych wyrażono obawę, że przez to oddanoby pewne części lecznictwa żywiołom niedostatecznie wykształconym. Wskutek tego, że prawie ze wszystkich stron zwalczano przedłożenie rządowe, zaniechano powtórnego wniesienia tego projektu, i należałoby rozważyć, czy uregulowanie sprawy techników dentystycznych nie dałoby się przeprowadzić na innej podstawie, opierającej się na wzorach kilku zagranicznych państw«.

Projekt ustawy (podany dosłownie w Nrze 14. »Głosu lekarzy«) przyznaje technikom dentystycznym niemal takisam zakres działania, jak lekarzom-dentystom.

Wydział Izby lekarskiej na posiedzeniu w dniu 21. lipca b. r. uchwalił przesłać c. k. Namiestnictwu następującą opinię:

»Czyniąc zadość wezwaniu Wysokiego c. k. Namiestnictwa z dnia 21. czerwca 1910 l. VII/6 1627 podpisana Izba lekarska zachodnio-galicyjska poddała wszechstronnej rozwadze opracowany przez Wysokie c. k. Ministerstwo spraw wewnętrznych projekt nowego uregulowania zawodu techników dentystycznych (Vorschlag zu einer Neuregelung des Berufes der Zahntechniker Z. 18152/ex 1910) i oświadcza się niniejszem stanowczo przeciw rzeczonemu projektowi w całości, a to z następujących powodów:

Tworzenie trzeciej kategoryi osób zajmujących się dentystyką, do czego zmierza ów projekt, jest zdaniem Izby lekarskiej rzeczą ze wszech miar szkodliwą, a przedewszystkiem zupełnie zbędną. Liczba lekarzy zajmujących się chorobami zębów i jamy ust jest dostatecznie dużą, tak, że odpada obawa, jakoby kiedykolwiek mógł powstać brak dentystów. Jeżeli zaś celem projektu rządowego ma być zastąpienie dotychczasowych techników dentystycznych t. zw. »dentystami«, którzyby mieli te same uprawnienia, co dzisiejsi lekarze dentyści, to byłoby to rzeczą niesprawiedliwą i niedopuszczalną, zrównać co do uprawnień i przywilejów osoby o bardzo niedostatecznem wykształceniu ogólnem i fachowem z osobami, które po trudnych i kosztownych studyach uzyskały dyplom doktora wszech nauk lekarskich. Choroby zębów i jamy ust wogóle, stanowią nierozłączną część sztuki lekarskiej i nie mogą być od niej oddzielone, ani też przekazane niepowołanym osobom, które nie otrzymały pełnego wykształcenia lekarskiego. Nie ulega wątpliwości, że przyszłych dentystów według projektu rządowego należałoby zaliczyć do ludzi pod względem lekarskim niepowołanych, takim zaś, w interesie chorych, nie możnaby powierzyć leczenia chorób zębów i jamy ust, a tem mniej wykonywania operacyi, stosowania znieczulenia miejscowego lub ogólnego. Wykształcenie przyszłych dentystów według rzeczonego projektu jest znacznie niższe, aniżeli się tego wymaga np. od weterynarzy, którzy, aby uzyskać przyjęcie do instytutu weterynaryi, muszą się wykazać egzaminem dojrzałości ze szkoły średniej.

Wogóle wprowadzenie w życie ustawy według rządowego »projektu uregulowania zawodu techników dentystycznych«, stanowiłoby niebywały dotąd, a wielce niebezpieczny precedens. Według zasad, na jakich się ten projekt opiera, należałoby np. optyków, którzy już teraz posiadają pewne powierzchowne wiadomości o refrakcyi oka ludzkiego i dobierają szkła pacyentom, po dalszem pobieżnem wykształceniu uprawnić do leczenia oka i wykonywania na niem rękoczynów, w dalszym ciągu bandażystów upoważnić do leczenia złamań kończyn i skrzywień kręgosłupa i t. d. i t. d. Jasnem jest jednak, że takie i podobne zarządzenia pociągnęłyby dla cierpiącej ludzkości najzgubniejsze skutki za sobą, prócz tego stanowiłyby niczem nie dającą usprawiedliwić się krzywdę dla stanu lekarskiego, obniżyłyby wreszcie poziom nauki lekarskiej w praktyce, a właściwie byłyby legalizowaniem partactwa lekarskiego.

Kończąc powyższe wywody, podpisana Izba lekarska musi dać wyraz zdumieniu nad motywami rzeczonego rządowego projektu, zawartymi w 1-ym ustępie tegoż: »Ponieważ technicy dentystyczni, trzymając się granic wyznaczonych im rozporządzeniem ministeryalnem z dnia 20. marca 1892 Dz. p. p. Nr 55, i z d. 15. lutego 1904 Dz. p. p. Nr 15, nie mogą egzystować, i ponieważ zmuszeni są codziennie przekraczać swój zakres działania, przez co popadają w konflikt z ustawą karną«, przeto nadaje im się uprawnienie lekarzy, ze szkodą dla sztuki lekarskiej, a krzywdą dla lekarzy i dla chorych. Tego związku przyczynowego Izba lekarska żadną miarą zrozumieć nie może, z motywów tych bowiem zdawałby się wynikać tylko ten wniosek, że obowiązującą obecnie ustawę o uprawnieniach techników dentystycznych należałoby ściśle wykonywać, co obecnie niestety się nie dzieje«.

Projekt ustawy o ubezpieczeniu społecznem w Austryi, przebywszy obrady subkomitetu, został już w bardzo znacznej części załatwiony i przez komisyę parlamentarną. Wątpić można, czy niezwykły pośpiech prac komisyi wyjdzie projektowi na dobre, zwłaszcza, że w komisyi obalono prawie wszystko to, co uchwalił subkomitet i wprowadzono postanowienia połowiczne, nie zadowalniające żadnej ze stron interesowanych. Dotyczy to także tych szczegółów projektu, które obchodzą lekarzy. Jak wiadomo, istniała w projekcie rządowym granica dochodu rocznego 2400 k., ponad którą ustawał obowiązek ubezpieczenia i prawo bezpłatnej pomocy lekarskiej w chorobie. Subkomitet podniósł tę granicę do 3600 k. Komisya obaliła wszelką granicę, a tylko ci ubezpieczeni, którzy w chorobie nie są do pracy zdolni, mają nadal, o ile ich dochód roczny przekracza 2400 k., nie mieć prawa do bezpłatnej pomocy lekarskiej w kasach chorych, lecz mają sobie sami wybierać i opłacać lekarza. Zawodowe pisma lekarskie niemieckie uważają to za pomysł bardzo nieszczęśliwy i dla lekarzy niekorzystny. Chorych bowiem, zdolnych jeszcze do pracy (a więc uprawnionych w przyszłości do bezpłatnej pomocy lekarzy kasowych), jest w kasach chorych czterykroć więcej, niż niezdolnych do pracy. Prawo bezpłatnej pomocy w kasie dla pierwszych, a prawo wolnego wyboru lekarza dla drugich — może dać pole do ciągłych konfliktów między lekarzami, np. gdy chory, odzyskawszy częściowo zdolność do pracy przejdzie z rąk lekarza przez siebie obranego w leczenie lekarza kasy itp. Podobnież niekorzystne dla lekarzy jest postanowienie komisyi, oddające rozstrzyganie sporów lekarzy z kasami w ręce sądów dla spraw ubezpieczeń (Versicherungsgerichte), zamiast w ręce sądów polubownych, wybieranych przez obie strony, spór wiodące. R.

Konferencya w sprawie walki z gruźlicą w Austryi odbyła się w Wiedniu 12. VII. b. r. z inicyatywy Towarzystwa przeciwgruźliczego morawskiego. W konferencyi uczestniczyli przedstawiciele prawie wszystkich Towarzystw przeciwgruźliczych; z dwu dotąd istniejących »Kół« galicyjskiego »Towarzystwa walki z gruźlicą« wysłało »Koło lwowskie« przedstawiciela Dr M. Selzera. Prof. Bujwid z Krakowa był obecny, jako członek międzynarodowego komitetu przeciwgruźliczego. Konferencya miała na celu wytworzenie spójni między Towarzystwami przeciwgruźliczemi, działającemi w Austryi, gdyż Towarzystwo »Viribus unitis« nie spełniło pokładanych w niem w tym względzie nadziei. Po obszernej dyskusyi uchwalono wybrać 3 delegatów (Prof. Weichselbaum, Doc. Sorgo, Dr Mager) do istniejącego już biura Towarzystwa »Viribus unitis« celem przygotowania wniosków co do »Centralnego Wydziału przeciwgruźliczego«, złożonego z przedstawicieli wszystkich krajów Austryi. W dalszym ciągu konferencyi miał Doc. Sorgo wykład o stosowaniu tuberkuliny, Prof. Bujwid przedstawił rozwój Towarzystwa »Bratnia pomoc« w Zakopanem, Dr Selzer rozwój Tow. walki z gruźlicą we Lwowie i uzdrowiska w Hołosku, Dr Mager mówił o leczeniu ambulatoryjnem tuberkuliną w dyspensoryach, a Dr Tausig i Teleky o muzeach przeciwgruźliczych. (Dr Selzer »Tyg. lek.« 31/2). R.

Towarzystwo przeciwgruźlicze warszawskie ogłosiło sprawozdanie z pierwszego roku działalności (1909). Towarzystwo wyłoniło się z warszawskiego Towarzystwa higienicznego wprawdzie jeszcze przed kilku laty wskutek wniosku dr Alfreda Sokołowskiego (1903), wszelako wypadki r. 1905 i następnych sprawiły, że faktycznie zorganizowało się Towarzystwo przeciwgruźlicze dopiero w połowie r. 1908, wybierając swym prezesem dr Sokołowskiego. Rada Towarzystwa podzieliła się na komisye: lekarską, prowincyonalną, naukową, propagacyjną i finansową, a wobec szczupłych środków, jakimi Towarzystwo rozporządza, postanowiła działalność ograniczyć na razie do zakresu pedagogicznego i zapobiegawczego. Utworzono też wkrótce pierwszą »Przychodnię« (dyspensatoryum) przy szpitalu św. Ducha za staraniem dra Sokołowskiego i dra M. Brunnera, a pod kierunkiem dra B. Dębińskiego, w toku zaś jest utworzenie drugiej »Przy-

chodni« w zabudowaniach po szpitalu izraelickim przy ulicy Pokornej. Pierwsza »Przychodnia« przyjęła w ciągu roku 1909 — 146 zgłaszających się, z których dłuższą opieką otaczała 75, umieściła w sanatoryum 6, w szpitalu 5. Porad udzielono 881. Ogólną poprawę stwierdzono u 68% chorych, znajdujących się w stałej opiece »Przychodni«, stan bez zmiany u 12%, pogorszenie u 10,6%, zmarło 9,4%. Sprawozdanie lekarskie z działalności »Przychodni« zawiera bardzo wiele zajmujących szczegółów i spostrzeżeń. Komisya prowincyonalna Towarzystwa poruszyła sprawę odkażania mieszkań w letniskach i uzdrowiskach i zorganizowała na początek stacyę dezynfekcyjną w Otwocku. Komisya propagacyjna starała się przez artykuły w pismach codziennych popularyzować sprawę walki z gruźlicą. Komisyi finansowej zawdzięcza Towarzystwo główną część swych dochodów, które wynosiły w r. 1909 3000 rb. (wydano 1382 rb. w tem na »Przychodnię« 972,75 rb.). Majątek Towarzystwa wynosi obecnie 9784,72 rb. Członków liczy Towarzystwo niestety zaledwo 108. R.

Cholera w Rosyi szerzy się, według wiadomości, podawanych przez dzienniki, w sposób zastraszający, a zwalczana jest bardzo niedołężnie. Dlatego, chociaż nie dotarła jeszcze (przynajmniej według danych urzędowych, uznających za »zagrożone« cholerą te gubernie, gdzie zazwyczaj już zaraza na dobre panuje), do zachodnich kresów państwa rosyjskiego, zdaje się, że niebezpieczeństwo zawleczenia jej z Rosyi na zachód jest znacznie większe, niż w latach poprzednich.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 31. VII. do 6. VIII. 1910 zgłoszono przypadków: błonicy 4 † — (w tem obcych — † —), krztuśca 2 † —, ospy wietrznej (varicella) 1, płonicy 8 † — (3 † —), odry 2, duru brzusznego 3 † —, róży 1, jaglicy 1.

Dr Janiszewski.

Wiadomości bieżące.

Autorowie polscy raczą przesyłać odbitki prac swoich kolegom, zdającym stale sprawę z piśmiennictwa polskiego do czasopism zagranicznych. Stałymi sprawozdawcami są:

Ze wszystkich działów: Komisya sprawozdawcza Towarzystwa lek. lwowskiego; prezes Prof. Dr Adolf Beck, Lwów, Piekarska 52 (Virchows Jahresber. der ges. Medizin): Dr H. Pisek, Podgórze-Kraków i Dr Cz. Meissner, Poznań (Deutsche mediz. Wochenschrift), Dr Stanisław Ostrowski, Petersburg, Woźniesieńskij prospekt 23, m. 10 (Russkij Wracz); z medycyny teoretycznej: Prof. Dr S. Bądzyński, Lwów. Piekarska 52 (Lavori e riviste di chimica etc.), Prof. Dr H. Hoyer, Kraków, św. Anny 6 (»Schwalbes Jahresberichte üb. die Fortschritte der Anatomie u. Entwickelungsgeschichte«, anatomia ludzka, porównawcza, histologia, embryologia, antropologia); Dr Filip Eisenberg, Kraków, Strzelecka 9 (Centralblatt f. Bakteriologie); Dr W. Szczawińska, Paryż, rue Dutot 18 (Bulletin de l'Institut Pasteur); Dr M. Friedmann, Wien IX. Allg. Krankenhaus, 27 Stiege. Z. 72. — fizyologia, biochemia, patologia doświadczalna); z medycyny wewnętrznej: (w zakresie gruźlicy) Dr S. Sterling, Łódź, Piotrkowska 111 (Intern. Centralblatt f. d. ges. Tuberculoseforschung), (hematologia): Dr Stanisław Klejn, Warszawa, Leszno 17 (Folia haematologica et serologica); z chirurgii: Dr Radliński (Centralblatt f. Chirurgie), Kraków, Kopernika 40; Dr Ant. J. Goldman, Łódź, Piotrkowska 19 (pisma francuskie), Dr A. Wertheim (Warszawa, Krucza 47a) (Centralblatt f. Chirurgie, z prac, wydanych w Królestwie Polskiem); z neurologii: Dr K. Orzechowski, Lwów, ul. Kraszewskiego 15 (»Folia neurobiologica« Groningen i »Epilepsia« Budapeszt, »Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde«); z pedyatryi: prym. Dr J. Landau, Kraków, Gertrudy 9 (Jahrbuch für Kinderheilkunde), Dr J. Brudziński, Łódź, Spacerowa 27 (Monatschrift für Kinderheilkunde); z ginekologii: Dr Franc. Neugebauer, Warszawa, Leszno 33 (prace ginekol.-położnicze, Frommel's Jahresbericht), Dr Ehrlich, Przemyśl (Monatsschrift f. Geburtshilfe u. Gynaekologie); z laryngologii i otyatryi: Dr J. Sędziak, Warszawa, Erywańska 10 (Monatschr. f. Ohrenheilk. [Berlin], Journal of Laryng etc. [London], Annals of Otology etc. [St. Louis]), Dr R. Spira, Kraków, Grodzka (Archiv für Ohrenheilkunde); z dermatologii: Dr Leon Feuerstein, Lwów, św. Mikołaja 20 (w lecie: Bad Hall, Oberösterreich), (Monatshefte f. praktische Dermatologie), Dr J. Baschkopf, Kraków, Floryańska 25, (Dermatologische Zeitschrift, Dermatol. Centralblatt); z hydroterapii: Doc. Dr Kowalski, Lwów, Romanowicza 20 (Monatsschr. f. d. physik.-diät. Heilmethoden); z elektrologii: Dr J. Zanietowski, Kraków, Batorego 1 (Zeitschr. f. Elektrologie, Annales d'electrol., Archiv. f. physikalische Med., Annali di electricita med.); z okulistyki: Dr St. Lewicki, Odessa, ul. Elisawetyńska 23, m. 1. (Wiestnik Oftałmołogii); z historyi medycyny: Dr J. Lachs, Kraków, Jasna 2 (Mittheil. zur Geschichte der Medizin. i dział historyczny w Virchows Jahresberichte der ges. Medizin).

Redakcya »Przeglądu lekarskiego« uprasza Kolegów, zdających stale sprawę do innych pism, o łaskawe zgłoszenie się celem uzupełnienia powyższego spisu.

Dziesięciolecie Sanatoryum »Bratniej Pomocy« w Zakopanem obchodzone będzie jubileuszowym zjazdem delegatów tego Towarzystwa w d. 15 b. m. Lat dziesięć, to okres niedługi, a jednak w tym przypadku godzi się istotnie, by jego ukończenie zaznaczyć gorącem słowem szczerego uznania i serdecznem życzeniem dalszego rozwoju. Bo tych lat dziesięć, to okres zmagania się pierwszego na ziemiach polskich uzdrowiska dla niezamożnych chorych piersiowych z tysiącznemi trudnościami, to okres niesłychanie wytrwałej a ciężkiej walki o byt tej instytucyi, niosącej pomoc kwiatowi społeczeństwa, uczącej się młodzieży polskiej, okres ciągłych wysiłków, który obstałby za kilka dziesiątków lat pracy, prowadzonej w warunkach normalnych bez ciągłej troski o to, skąd wziąć środków na najbliższe jutro. Jeżeli Sanatoryum »Bratniej Pomocy« dotrwało dzisiejszej radosnej dla siebie chwili, jeżeli ani razu nie przerwało swej działalności, to zawdzięcza to jedynie energii kilku pełnych poświęcenia jednostek, temu zapałowi, który »tworzy cudy«, niezłomnej woli, by nie dać upaść dobrej sprawie i gorącemu jej umiłowaniu.

Wzruszające są poprostu szczegóły, przytoczone w jubileuszowem sprawozdaniu Towarzystwa, wydanem dla upamiętnienia dziesiątej rocznicy założenia »Domu Zdrowia Bratniej Pomocy«. Dziwny jakiś duch wieje z tych kart, niepodobnych zgoła do zwykłych biurokratycznych sprawozdań. Czuje się z nich, że w tem gronie ludzi, którzy wkładali w Sanatoryum swą myśl, swą pracę i ocalali je niejednokrotnie przed upadkiem, narażając swe szczupłe środki, stał się ten »Dom Zdrowia« jednym z celów życia, i że płomień, który w gronie tem goreje, rozgrzewał wszystkich do instytucyi się zbliżających. To sprawozdanie, to jakby księga wspomnień złych i dobrych chwil, które to grono razem z młodzieżą, leczącą się w Sanatoryum, nietylko przebyło, ale całą duszą przeżyło, a nieraz przebolało. Tylko w takiem środowisku mógł padać zasiew pod takie czyny, jak ofiara owego ciężko chorego studenta, który uzyskawszy w Sanatoryum czasowe przynajmniej polepszenie, złożył ostatkiem sił przed swą śmiercią zarobione grosze, by się instytucyi za doznaną pomoc odpłacić pomocą dla jakiego niezamożnego kolegi, mogącego jeszcze przez Sanatoryum ocaleć....

Niejedno imię należałoby przytoczyć, chcąc wymienić tych wszystkich, którzy dla Sanatoryum położyli zasługi. Ale duszą instytucyi było i jest przedewszystkiem troje osób: założyciel i prezes Towarzystwa dr Żychoń, lekarz »Domu Zdrowia« dr Kuczewski, i sekretarka a zarazem administratorka pani Kuczewska. Bez nich nietylko nie byłoby Sanatoryum tem, czem jest dziś, ale wogóle nie zdołałoby przetrwać ciężkich prób, na jakie było narażone.

Dziś śmielej już może »Bratnia Pomoc« spoglądać w przyszłość. Budżet »Domu Zdrowia« w r. 1909/10 doszedł kwoty 54724 K, a majątek dzięki ofiarności kilku filantropów, 51568 K, w czem obecny budynek 20000, a fundusz budowy odpowiedniejszego »Domu Zdrowia« 30000 K. Liczba leczących się, która w pierwszym roku istnienia Sanatoryum wynosiła 27, dobiegła w roku dziesiątym 129, liczba dni leczenia wzrosła w ciągu 10 lat z 3078 do 11823 rocznie.

Jak jednak jeszcze daleka droga czeka instytucyę, ocenić łatwo z faktu, że ze zgłaszających się w roku ostatnim chorych (251) mogła »Bratnia Pomoc« przyjąć zaledwo połowę. Na tej drodze przyszłego rozwoju powinni lekarze polscy pospieszyć z pomocą tej instytucyi, która na rzucone przez IX Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w r. 1900 hasło szerszej walki

z gruźlicą, jako klęską społeczną wśród chorych niezamożnych, — pierwsza odpowiedziała — czynem.

Na Zjazd chirurgów w Warszawie zgłoszono w dalszym ciągu następujące wykłady: 73) Leyzerowicz (Warszawa): Zgorzel samoistna zatok kulszowo-odbytniczych. 74) Tuchendler (Warszawa): O rozpoznawaniu spraw chorobowych przełyku zapomocą wziernikowania. 75) Tenże: Rectoromanoskopia i jej wartość kliniczna. 76) Perlis (Łódź): O tak zw. ostrem pooperacyjnem rozszerzeniu żołądka. 77) Tenże: Przypadek guza zapalnego zagięcia śledzionowego okrężnicy.

Dalsze zgłoszenia nadsyłać należy do Biura Zjazdu (Warszawa, Kopernika 15, prof. dr Kryński).

Kraków. Kurs dla lustratorów i instruktorów Kółek rolniczych, urządzony w Krakowie 1—6 VIII., obejmował między innemi naukę pomocy w nagłych wypadkach (Dr Staszewski). Uczestnicy kursu, zebrani w liczbie 43 z 21 powiatów, przedstawili prezydyum Kółek rolniczych następującą rezolucyę: »Zebrani uczestnicy kursu instruktorów Kółek rolniczych w Krakowie wyrażają opinię i prośbę do Kółek rolniczych, zarządów powiatowych i zarządu głównego we Lwowie, aby po Kółkach w całym kraju wprowadzić domowe apteczki, przy pomocy których w nagłych przypadkach możnaby ratować życie ludzkie, albowiem Kółka rolnicze mają za cel nietylko ekonomiczne i oświatowe podźwignięcie społeczeństwa naszego, ale także dbałość o zdrowie i życie ludzkie«.

Krok ten zasługuje na uwagę ze względu na przytoczone w rezolucyi motywa. Swiadczą one bowiem, że wcześniej, niż można było przewidywać, zaczyna u nas w szersze warstwy ludności przenikać przekonanie o konieczności »dbałości o życie i zdrowie ludzkie«. Współdziałanie tak potężnej organizacyi, jak »Kółka rolnicze«, może wydać w tym względzie bardzo pomyślne skutki.

— Prezydyum miasta Krakowa rozpisało z datą 1 b. m. konkurs na nieetatowe posady 8 lekarzy szkolnych (jeden starszy z płacą 1600 K. rocznie, a 7 młodszych z płacą 1400 K.) z terminem wnoszenia podań do d. 14 bieżącego miesiąca (sierpnia).

Konkurs jest jedynie właściwym sposobem obsadzania posad publicznych lekarskich. Jednakże przykre wrażenie w poważnych kołach lekarzy krakowskich wywołał fakt, że władze miejskie ogłosiły konkurs ten stosunkowo bardzo późno. Lekarze krakowscy dowiedzieć się mogli przez to o konkursie dopiero na kilka dni przed terminem.

— Posada lekarza miejskiego wakuje w Bursztynie w Galicyi.

Łódź. Dr Józef Brudziński, opuszczający stanowisko dyrektora szpitala dziecięcego im. Anny Maryi, został w uznaniu położonych dla szpitala zasług wybrany przez Towarzystwo dobroczynności honorowym kuratorem szpitala, a jedna z sal szpitalnych nazwana będzie salą jego imienia.

Wilno. Z inicyatywy p. Montwiłła powstał w Wilnie »Instytut higieny dziecięcej«, jako sekcya wileńskiego Towarzystwa opieki nad dziećmi. Instytut urządzony został na wzór podobnego instytutu warszawskiego.

Z różnych stron. W Zjeździe dla higieny szkolnej w Paryżu wzięło udział około 1500 osób, wśród nich kilkudziesięciu Polaków ze sfer lekarskich i nauczycielskich. Z Galicyi uczestniczyli w Zjeździe m. i. prof. Łukasiewicz, prof. Kučera, prof. Piasecki, prof. Bujwid, lekarze rządowi dr Kuhn i Kaczorowski, dr Mikołajski, który ogłosił o Zjeździe szereg korespondencyi w »Kuryerze lwowskim« i i. Dział polski na połączonej ze Zjazdem wystawie, przyłączony do działu austryackiego, przedstawiał się podobno wcale pokaźnie, ale niejednolicie, gdyż większe miasta galicyjskie (Lwów, Kraków) wystąpiły w niejednym względzie niedostatecznie w porównaniu do starannych i ciekawych eksponatów miast mniejszych (Tarnów). Bardzo pożyteczną okazała się broszura prof. Piaseckiego i dra Dubanowicza »Les ecoles polonaises et leurs conditions hygieniques«, opisująca stosunki we wszystkich trzech zaborach, rozdawana wszystkim uczestnikom Zjazdu.

Redakcya otrzymała: Higier: Über chronische meningeale Erkrankungen mit tumorartigem Symptomenkomplex. »Heilkunde« 1910. — S. Garczyński: De l'issue des psychoses périodiques et circulaires. Genève 1910. — Towarzystwo warszawskie przeciwgruźlicze. Rok. I. 1909. — X jubileuszowe sprawozdanie Domu Zdrowia uczącej się młodzieży polskiej »Pomoc Bratnia« w Zakopanem.

Bibliografia.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in zwölf Monatsheften. Zeszyt VIII. Monachium, Lehmann. Cena 3 M. 50 f. (cały rocznik 16 M.).

Zeszyt ostatni »Kursów lekarskich«, nieco większej objętości, niż poprzednie, zawiera 9 rozprawek z zakresu lecznictwa, uwzględniające, stosownie do charakteru wydawnictwa, przedewszystkiem nowe metody. W opracowaniu tego zeszytu uczestniczyli: prof. Kionka (z zakresu farmakologii, rozprawa o narkozach mieszanych, z zakresu balneologii — o wodach wapiennych), doc. Strasser (hydroterapia w leczeniu ostrych chorób zakaźnych), prof. Strauss (z zakresu dyetetyki), prof. Salzwedel (z działu nauki o pielęgnowaniu chorych), doc. Frankenhäuser (z dziedziny elektroterapii), doc. Holzknecht (z rentgenologii), doc. Freund (z fototerapii). Sciśle praktycznych przedmiotów dotyczące te rozprawy mogą zająć tych nawet czytelników, którzy, pragnąc znaleść w »Kursach« przedewszystkiem wskazówki, dotyczące wykonawstwa lekarskiego w życiu codziennem. niektóre z rozpraw, poprzednio wydanych, uważaliby za zbyt specyalne. Z.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Rok XLIX. Kraków, dnia 20. sierpnia 1910. Nr 34.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Przetwór Ehrlicha »606« przeciw schorzeniom kiłowym

(Przyczynek do znaczenia jego w lecznictwie okulistycznem).

Skreślił

Prof. Bol. Wicherkiewicz.

Obok rtęci i jodu miał arszenik należeć do środków swoistych przeciw kile. Polecany atoksyl zawiódł pokładane nadzieje z powodu występującego rzekomo po nim zaniku nerwu wzrokowego. Alt nie dał jednak za wygraną i zajmował się chemicznem leczeniem przymiotu, stosując inny przetwór arszeniku, a mianowicie arsenofenylglicynę i to wstrzykując 1·0 gr. odrazu albo w dawkach rozdzielonych, przyczem powstawała znaczna leukocytoza i zmniejszenie się lecytyny we krwi. Wyniki tego leczenia miały być zachęcające, gdy Ehrlich i Hata ogłaszają zadziwiające skutki leczenia duru powrotnego i kiły doświadczalnej innym jeszcze przetworem, t. j. dioksyamidoarsenobenzolem. Alt podjął doświadczenia i tym środkiem, a już dawka 0·1 wywoływała wybitną leukocytozę i osłabienie odczynu Wassermanna. Między innemi podaje Alt, iż wyleczył chorego z ciężkiej żółtaczki, wywołanej kilakiem wątroby, w bardzo krótkim czasie, a równie szybko wiąd rdzenia u innego chorego. Schreiber leczył 150 chorych na kiłę ze świeżymi objawami z dobrym wynikiem, stosując 0·3 do 0·4. Wechselmann w szpitalu Virchowa w Berlinie przekonał się znowu, że środek działa swoiście na objawy drugo- i trzeciorzędne.

Prof. Zeissl w Wiedniu stosował środek »606« od 7 lipca b. r. w 22 przypadkach u chorych na kiłę; nie widział żadnych ujemnych skutków, ale dodaje (Wiener med. Wochs. Nr 33. p. 1847): »Wenn die geringste pathologische Erscheinung am Nervus opticus zu verzeichnen ist, muss die Injection unterbleiben«. O pewnym chorym na wiąd, którego rzekomo leczono w Krakowie wcieraniami rtęci, a potem zastosowano 7 wstrzyknięć atoksylu, podaje Zeissl, że objawy bezładu wprawdzie zmniejszyły się, ale nastąpiły początki zaniku nerwu wzrokowego i dlatego: »wurde natürlich die Ehrlichsche Injection verweigert«. Zeissl, który chorych tak leczonych trzyma w łóżku, jest przekonany, że środek ten posiada ujemne strony i że n i e z a b e z p i e c z a p r z e d n a w r o t a m i. Ujemnych stron będzie jednak, zdaniem Zeissla, można uniknąć, jeżeli tylko przed wstrzykiwaniami zbada się dokładnie dno oka.

A zatem oko winno być tem kryteryum, czy w danym razie można stosować środek nowy, tyle obiecujący, czy też nie dać choremu z niego korzystać.

Po pierwszych już doświadczeniach i ogłoszeniu ich wyników, tak zachęcających, zainteresował się cały świat lekarski tem odkryciem i kto mógł, starał się we własnym warsztacie stwierdzić to, co inni zachwalali, względnie starał się lepiej poznać dodatnie i ujemne skutki nowego środka. A nie obeszło się oczywiście bez zaznaczenia i skutków ujemnych, bo ganiono nietylko wielką bolesność, z jaką wstrzykiwania środka są połączone, ale ganiono i niebezpieczeństwa i rozmaite niepożądane następstwa, mogące powstać z rozmaitych powodów. I tak Prof. Grosz z Pesztu obawia się nawet tak minimalnych ilości alkoholu metylowego, jakie rzekomo według Schreibera potrzebne są, by przygotować proszek dioksyamidoarsenobenzolu do wstrzyknięcia, a zatem tylko 0·3 do 0·6, gdyż alkohol metylowy wedle doświadczenia tego autora, zrobionego na Węgrzech, sprowadzał zaniewidzenie, ba nawet śmierć już w tak małych dawkach. Grosz sądzi więc, że alkohol metylowy dałby się zastąpić wyskokiem zwyczajnym czyli alkoholem etylowym (Münch. med. Wochs. 1910 Nr 29). Jak się później przekonamy, przyrządzanie nowsze obywa się zupełnie bez tej niebezpiecznej przymieszki.

Dzięki uprzejmości Prof. Ehrlicha otrzymałem jego przetwór do doświadczeń w kiłowych chorobach ocznych. Tu może więcej, aniżeli w innych działach patologii ludzkiej, można doskonale nieraz śledzić skuteczność zastosowanych środków. Niemało więc obiecywałem sobie z doświadczeń na tem polu i dla mych chorych i dla wyjaśnienia niejednej sprzeczności. Niestety przetwór doszedł mnie dopiero wtedy, kiedy z powodu feryi uniwersyteckich zamykają się kliniki, a tem samem ruch chorych ustaje, albo zmniejsza się znacznie. To też na razie mogłem tylko w kilku przypadkach doświadczać skuteczności leczniczej nowego środka przeciwkiłowego.

Lubo przeciwny jestem ogłaszaniu rzeczy, nie wypróbowanych dostatecznie, to jednak wyjątkowo ośmielam się dziś już wystąpić z wynikiem dotychczasowych nielicznych prób własnych. Zasługują one tem więcej na uwagę, o ile dotyczące przypadki uchodzić musiały wedle zapatrywań, opartych na długoletnich spostrzeżeniach, a także wedle przyjętych ogólnie zasad, za nieuleczalne. Gdy mimo to w dwóch niewątpliwe szybkie, acz małe, otrzymałem wyniki dodatnie, a w trzecim, wprost beznadziejnym, jednak choć maleńka nastąpiła zmiana, nabrałem przekonania, że

środek nowy, polecony z poważnej strony, zapowiada, że nie zawiedzie nadziei, byle ona nie była zbyt wygórowana.

Oczywiście ostatniego słowa wypowiedzieć nie można ani dziś, ani jutro, bo nic jeszcze nie wiemy pewnego ani co do sposobu najlepszego stosowania, ani co do niebezpieczeństw, ani wreszcie co do nawrotów możliwych, a dlatego właśnie sądzę, że każda cegiełka, im wcześniej podana do tego nowego gmachu leczniczego, tem szybciej i lepiej przyczyni się do ustalenia go na silnych podstawach. Nie prędzej zaś będzie można środek ten, nieobojętny w skutkach, a trudny nieco do zastosowania, oddać do ogólnego użytku w praktyce lekarskiej, dopóki właśnie ścisłe spostrzeżenia kliniczne nie wytkną granic jego działania, nie nauczą unikać niebezpieczeństw, z tym środkiem połączonych już to pośrednio, już to bezpośrednio.

Prof. Ehrlich w liście swym podkreśla, iż nowy środek arszenikowy powinien być wyłącznie zwrócony przeciw krętkom (spirochaete pallida), a leczeniu ma się poddawać osoby silne, bez zmian ważniejszych narządów. Natomiast trzeba wyłączyć od tego leczenia osoby, które obok kiły dotknięte są chorobami wątroby, nerek, serca, naczyń, jakoteż i takie, u których są zmiany w płucach, dalej osoby bardzo wiekowe, nałogowych pijaków i dzieci w pierwszych latach życia. A wreszcie wspomina Ehrlich jeszcze, iż jak przy atoksylu, tak i przy tym środku, trzeba poprzednio stwierdzić dobry stan oczu (Intaktheit der Augen).

Z ostatniego zdania wynikałoby, że dla okulistów środek ten pozostanie niedostępnym. Zdaje się wszakże, iż list, który otrzymałem, był kopią dawniejszych listów, stereotypowo pisywanych do rozmaitych klinicystów, którym piszący środka swego użyczał, bo już w dwa dni później pisze mi Ehrlich osobiście: »Ich möchte besonders vorschlagen es bei gummöser Neuritis anzuwenden, da gerade bei dieser Affection schon sehr gute Heilerfolge erzielt worden sind«.

Równocześnie przesłał mi Ehrlich nowy przepis stosowania środka, podany mu listownie przez Wechselmanna z Berlina. Wiadomo, że wedle dawniejszego sposobu przygotowania środka wstrzykiwania miały być bardzo bolesne, gdy sposób zalecany w owym liście Wechselmanna uważany jest za bezbolesny.

Ten nowy przepis poleca takie przygotowania środka:

Żółty proszek, zawarty w dostatecznej do jednorazowego zastosowania ilości, t. j. 0·3 do 0·5, zatopiony we fiolce, wsypuje się po odłamaniu końca fiolki do małego moździerza porcelanowego i zaciera z kilku kroplami ługu sodowego. Następnie po dodaniu kilku kropel zgęszczonego kwasu octowego (octu krystalicznego) wydziela się żółty środek w postaci mułu drobnoziarnistego, a strącamy go po dodaniu wody przekroplonej. Następnie dodajemy naprzemian kroplami to 1% kwas octowy, to $^1/_{10}$% normalny ług sodowy, dopóki nie nastąpi zupełne zobojętnienie płynu, badanego papierem lakmusowym. Po uskutecznieniu tego otrzymujemy mniej więcej 8—10 cm żółtego mazistego płynu, który wstrzykujemy albo w całości w jedno miejsce podskórnie pomiędzy łopatką a kręgosłupem, albo w kilku miejscach.

Przed wstrzyknięciem badamy mocz co do białka, a także ciepłotę ciała. Oczywiście badanie krwi sposobem Wassermanna jest bardzo pożądane, ale w naszych przypadkach z powodu zamknięcia kliniki i krótkości czasu, jaki nam pozostawał do badań, nie dało się przeprowadzić. Odczyn Wassermanna, wedle Alta i Schreibera w 90% przypadków wypada ujemnie, po zastosowaniu środka »606« w wybitnej kile pierwszo- drugo- i trzeciorzędnej.

Zazwyczaj mają krętki ginąć już w 24 godzin po wstrzyknięciu.

Jak wyżej zaznaczyłem, do rąk mych doszedł środek prawie przed rozpoczęciem feryi letnich. Przypadek zrządził jednak, iż miałem w klinice uniwersyteckiej, względnie w mem sanatoryum prywatnem dla chorych ocznych właśnie przypadki takie, które uważane być musiały za stracone dla jakiegokolwiek leczenia. Sądziłem więc, że jeżeli ten środek nowy jest tak potężnie skutecznym, za jaki go z wielu stron ogłoszono, to może i w tych przypadkach coś jeszcze zdziałać zdoła, a w każdym razie, nie mając nic do stracenia, będę mógł śledzić wpływ środka na ustrój wogóle i przygotować się w ten sposób do stosowania go w przypadkach typowych. Już i te przypadki budzą jednak dość zainteresowania i mogą, zdaniem mojem, przyczynić się do wyświetlenia pewnych nasuwających się wątpliwości, a równocześnie świadczyć o tem, że wskazane stosowanie środka wedle powyższego przepisu da się łatwo i prawie bez bolu przeprowadzić, o czem niech świadczy historya odpowiednich przypadków.

Pierwszy przypadek dotyczył chorego z wiądem rdzenia, połączonym z zanikiem nerwów wzrokowych. Chorego tego dlatego odważyłem się poddać temu leczeniu, ponieważ zmiany nerwu wzrokowego są wedle ogólnie przyjętego zdania przeciwwskazaniem do stosowania tego środka, w danym jednak razie wpływu ujemnego na nerw wzrokowy chyba już nie było powodu się obawiać wobec stwierdzonego obrazu wziernikowego, a także zupełnej ślepoty.

Pan K., urzędnik cłowy z Rosyi, 34 l., zasięgał mej rady w kwietniu z r. Zakażenie kiłowe przed 9 laty, leczone wcieraniami. Wzrok pogarsza się od półtora roku. Ponowne leczenie wcieraniami rtęci, a także jodem.

Badając stwierdziłem nierówne, dość szerokie źrenice. Objaw źreniczny Argyll-Robertsona wybitny.

W. Pr. O. = ruchy ręki, LO. $^6/_{12}$ Mp. 2.25 Sn. 0.5, pole widzenia lewego oka ograniczone od skroni, dołu i góry od 5—20 stopni. Odruchy kolanowe zniesione. Objawy Romberga i Westphala występują wybitnie. Wziernik wykazuje zwykły obraz nerwów wzrokowych, spotykany w wiądzie.

Leczenie: Wcieranie spirytusu jothionowego w krzyże i wstrzykiwanie strychniny podspojówkowo.

Gdy żadnego skutku stałego podmiotowo i przedmiotowo stwierdzić nie było można, a nawet pole widzenia lewego oka więcej jeszcze się ograniczyło, poleciłem w klinice robić wstrzykiwania arsykodylu podskórnie, a podspojówkowo wstrzykiwania 5% roztworu soli. Do 13. maja dostał chory 12 wstrzyknięć arsykodylu Leprince i tyleż soli. Wynik był ten, iż pole widzenia się rozszerzyło o 10 stopni, wzrok naośny pozostał atoli niezmieniony, jak i inne objawy.

21. lipca tegoż roku badanie wykazuje: Pr. O. = 0 LO. = $^{10}/_{36}$ Sn. 0.8, ale pole widzenia wedle badania klinicznego mało co ograniczone. Przepisałem: bromlecytynę, wcierania 10% spirytusu jothionowego w krzyże.

Chory zjawia się 9. V. b. r. podając, iż z polecenia jednego z neurologów zażywał wielkie dawki jodu, co go »struło«, a następnie, nie zastawszy mnie, był w Berlinie,

gdzie ex consilio okulisty i neurologa miał brać kąpiele ozetowe. Wygląda mizernie, źrenice powiększyły się, a chory rozpoznaje już tylko lewem okiem ekscentrycznie palce na 2 metry, a po wstrzyknięciu strychniny na 4 metry. Zresztą pole widzenia z trudnością daje się oznaczyć, perymetr wykazuje małą pozaśrodkową omijającą punkt wzierny, nieco podłużną, w górnej części położoną wysepkę w schemacie pola widzenia. Wobec tak typowo postępującego zaniku nerwów wzrokowych (prawy nerw odznaczał się już zagłębieniem zanikowem) rokowanie oczywiście musiało przedstawiać się jaknajgorszem, jeżeli nie było niem z samego początku. Trudno atoli choremu, który ciągle oddawał się złudzeniom, wyznać prawdę, którą tylko matce i towarzyszącej siostrze bez zastrzeżeń objawiłem. Przy tej sposobności dodam, że matkę leczyłem na oderwanie siatkówki jednego oka, a operowałem zaćmę powikłaną z dobrym skutkiem na drugiem oku, brata zaś starszego operowałem na zaćmę warstwową obu ócz.

Mimo, iż choremu poleciłem tylko odpowiednie zachowanie się higieniczne w domu, leczenie kliniczne uznawszy za bezskuteczne, chory zjawia się dla poddania się leczeniu 20. lipca b. r., przyczem stwierdzam, iż lewe oko już także nie rozpoznaje palców, a ma tylko słabe poczucie światła i to z wadliwą projekcyą. Zaproponowałem więc zastosowanie nowego środka, do czego chory z chęcią stawił się 28. lipca. Wstrzyknąłem w sposób powyżej opisany 0·3 przetworu Ehrlicha. Chory zniósł to dobrze, na ból prawie nie narzekał, ciepłota nie podniosła się ani razu, a badając wzrok w d. 29. lipca stwierdziłem, iż chory i na prawem oku odzyskał znowu poczucie światła, — lewe zaś oko zyskało dobre poczucie światła z wyjątkiem strony nosa i mogło rozpoznawać ruchy ręki na kilka metrów. Odruchy kolanowe, lubo słabe, zjawiły się także.

Z powodu wyjazdu mego nie mogłem chorego dalej obserwować i puściłem do domu.

(Dokończenie nastąpi).

Spostrzeżenia z praktyki.

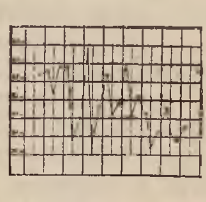
Dwa przypadki rumienia guzowatego

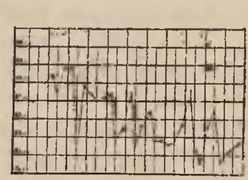
podał

Dr Adam Huszcza.

Pomiędzy przypadkami rumienia guzowatego (erythema nodosum), które zdarzyło mi się ubiegłej zimy spostrzegać, miałem sposobność poznać szczegółowo kliniczny przebieg rumienia u dwu chorych dziewczynek z blizkiej mi rodziny, gdzie od pierwszego dnia choroby starannie mierzono ciepłotę i zapisywano wszelkie objawy chorobowe. Uważam za właściwe podać te dwa przypadki do wiadomości kolegów, tak ze względu na trudności rozpoznawcze w pierwszych dniach choroby, mogące się nastręczać każdemu lekarzowi, jakoteż z chęci zwrócenia uwagi na dokładny obraz kliniczny tego cierpienia, spostrzeganego niezbyt często i — zazwyczaj — tylko dorywczo, nie zaś w stopniowem narastaniu i ustępowaniu jego przejawów. Oto historye chorób:

1. J. lat $5^1/_2$, zaczęła niedomagać 25. XI. 1909. Skarży się na ból w piersiach, kaprysi; wieczorem ciepłota 38,2. Następnych dni ciepłota waha się, jak to widać z załączonej tablicy, ale przedmiotowo nie stwierdza się żadnych zmian ani na skórze i błonach śluzowych, ani w narządach wewnętrznych, podmiotowo zaś dziecko czuje się wcale nie źle i nie wskazuje na jakieś określone siedlisko bolów, czy niedomagania. Dopiero po 4 dniach choroby, w nocy z 29. XI. na 30. XI., zauważono pojawienie się czerwonych plamek na goleniach. 30. XI. znalazłem na grzbietowej powierzchni prawej goleni 3 duże czerwone plamy i nad kolanem — jedną; każda z nich wielkości monety 20-kopiejkowej; pod plamami wyczuwa się twarde nacieczenia, idące w głąb i tworzące płaskie wzniesienia ponad poziom otaczającej prawidłowej skóry. Na lewej goleni 4 plamy tego samego typu, ale mniejszych rozmiarów. Znaczniejszej bolesności tych nacieków nie zauważyłem. W ciągu następnych czterech dni wysypka plamisto-guzowata utrzymała się, zmieniając bardzo nieznacznie barwę i stając się coraz bardziej płaską, a 4. XII. znikła, pozostawiając po sobie lekkie żółtawe plamki.





2. H., 7-letnia siostra poprzedniej, zachorowała we 2 dni później, 27. XI., skarżąc się odrazu na silny ból głowy i ból w piersiach. Przez pierwsze trzy dni nie było żadnych zmian przedmiotowych, oprócz podniesionej ciepłoty, jak to widać z tablicy II; podmiotowo skargi na ból głowy, ból szyi, ból w piersiach i t. p. Na 4-ty dzień (1. XII.) zrana ukazała się wysypka plamisto-guzowa na wyprostnych powierzchniach obu goleni (po 15—18 małych czerwono zabarwionych nacieczeń), a także po czerwonym guzku poniżej obu łokci na wyprostnych powierzchniach przedramion. Poszczególne guzki są wielkości ziarn grochu, sięgają w głąb skóry i tkanki podskórnej, przy obmacywaniu są bolesne. W dalszym przebiegu guzki te nie ustępowały tak szybko, jak w pierwszym przypadku. 5. XII. ogólna ich ilość mniejsza, natomiast pozostałe guzki bardziej wystające i mocno czerwone; największy naciek — nad prawem kolanem — dosięga wielkości monety 10-kopiejkowej. 6. XII. na prawej goleni tylko 3 guzki, już znacznie bledsze, na lewej — 5; nad prawem kolanem — 2 świeże niewielkie różowe plamki z naciekiem. Zwolna guzki coraz bardziej spłaszczają się i zmniejszają, ale jeszcze 10. XII. (2 tygodnie od początku choroby) widoczne są na obu goleniach i za uciskiem bolesne. Następnie w ciągu kilku dni znikają, pozostawiając po sobie żółtawe zabarwienia skóry.

W obu przypadkach należy jeszcze zaznaczyć ukazanie się suchego wyprysku pod nosem i naokoło ust w końcu pierwszego tygodnia choroby. Chore nie uskarżały się podczas choroby na bóle w kończynach; dopiero kiedy wstały z łóżek i zaczęły chodzić, skarżyły się zrazu, że bolą je nogi. Chore przetrzymano w łóżkach — pierwszą przez 10 dni, drugą przez 12, i podawano w pierwszych dniach aspirynę.

Opisując szczegółowiej przebieg choroby, pragnąłem uwydatnić dwie cechy, na które chciałbym zwrócić uwagę kolegów, a mianowicie: na kilkodniowy okres gorączkowy, poprzedzający ukazanie się wykwitów skórnych i na szybkie ich pojawienie się, tudzież bardzo powolne ustępowanie — przy braku silniejszych dolegliwości w kończynach, co zresztą w danych przypadkach może być objaśnione słabem naogół natężeniem objawów chorobowych.

Pierwsza z wymienionych cech rumienia guzowatego — jego okres bezwysypkowy (zwiastunowy) nie jest wyraźnie zaznaczona w najbardziej rozpowszechnionych podręcznikach chorób skórnych, jak: Lessera, Josepha, Jacoba; znajomość jej jest jednak niezmiernie ważna, a o szczególe tym należy zawsze pamiętać w pierwszych dniach choroby gorączkowej ostrej, kiedy niema jeszcze żadnej wysypki, a przedmiotowo i podmiotowo nie stwierdza się żadnych zmian, któreby mogły dać podstawę do określenia siedziby i rodzaju rozpoczynającej się choroby. Dopiero w nowszych opisach rumienia guzowatego zwraca się należytą uwagę

na »okres zwiastunów, trwający 2—4 dni, podczas których stwierdzamy umiarkowaną gorączkę o torze zwalniającym, ogólne niedomaganie i nieraz bóle w stawach. Z chwilą zaś przejawiania się wykwitów ciepłota spada« (E. Hoffman [1]). Jestto dokładny obraz tego, cośmy widzieli w obu naszych przypadkach, gdzie okres zwiastunowy wynosił 3 i 4 dni, i gdzie rozpoczynał się spadek ciepłoty niezwłocznie po ukazaniu się wykwitów. Przebieg więc choroby do chwili ukazania się wysypki jest najbardziej zbliżony do grypy (influenza). Dla rozpoznania różniczkowego pomiędzy temi dwiema chorobami nie mamy wprawdzie obecnie żadnej pewnej wskazówki, w każdym jednak przypadku takich nieokreślonych objawów z nietypową gorączką powinniśmy mieć na względzie — obok grypy — także rumień guzowaty.

Sama wysypka przy rumieniu guzowatym wygląda i sadowi się tak znamiennie, że nie sprawia żadnych trudności rozpoznawczych. Guzki wielkości soczewicy, grochu, do wielkości jaja kurzego, półkuliste, różowo-czerwonej barwy, sadowią się w skórze i tkance podskórnej, na wyprostnej powierzchni goleni, a czasem i przedramion, w ilości kilku do 20 i więcej i są zazwyczaj bolesne. W naszych przypadkach, na ogół lekkich, guzki były niewielkie i mało bolesne, ale ilość ich w drugim przypadku dosięgała 18 na jednej goleni.

Czas trwania wysypki określają autorowie na 10—14 dni (Hoffmann) do 3—4 tygodni (E. Lesser [2]). U jednej z naszych chorych, pomimo niewielkich nacieków, guzki trwały 10 dni, u drugiej — z górą 2 tygodnie, ustępując bardzo powoli i stopniowo.

Co do przyrody omawianego cierpienia, to większość autorów zalicza je do rzędu chorób zakaźnych o charakterze gośćcowym; niektórzy nawet stawiają rumień guzowaty w ścisłym związku z gośćcem stawowym, opierając się na faktach jednoczesnego gośćcowego zajęcia stawów obok typowych wykwitów rumienia. Są i tacy (jak M. Joseph [3]), co uważają rumień guzowaty za jedną z postaci rumienia wysiękowego wielopostaciowego, inni wreszcie uważali tę chorobę za angioneurozę, dopóki dokładne badania histologiczne nie wykazały, że chodzi tu o sprawę zapalną, sięgającą głęboko w tkankę podskórną, a mającą swe źródło najprawdopodobniej w zakaźnym zatorze drobnych naczyń krwionośnych (Bohn [4]). Sadowienie się wykwitów na grzbietowych powierzchniach kończyn starają się niektórzy objaśnić budową żył kończyn, które to żyły mają silne warstwy mięsne i bardzo obfite naczynia naczyń, a właściwości te mają je szczególnie usposabiać do zatrzymywania zarazków, wywołujących na miejscu sprawę zapalną.

W ostatnich wreszcie czasach odzywają się coraz częściej głosy na rzecz gruźliczego charakteru rumienia guzowatego. Tak np. Pick [5]), opisując przewlekłe postacie cierpienia, zwanego także »erythema induratum« (Bazin), przyjmuje jedną jej postać u osobników dziedzicznie nie obciążonych, odpowiadającą ostremu rumieniowi guzowatemu, i drugą, spostrzeganą u ludzi, dziedzicznie obciążonych gruźlicą, gdzie wykwity rumienia ulegają owrzodzeniu i kombinują się z gruźliczemi cierpieniami skóry. Dalej Marfan [6] w artykule p. t. »Rumień guzowaty i gruźlica« przypomina zdanie Landouzyego, że rumień guzowaty jest przynajmniej w niektórych przypadkach miejscowym toksycznym przejawem gruźlicy i przytacza 3 przypadki ze swojej praktyki na dowód słuszności tej teoryi. Wszyscy ci trzej chorzy w jakiś czas po przebyciu rumienia guzowatego (od 2 tyg. do 3 mies.) zapadli na gruźlicę rozmaitych narządów. W 6 zaś innych przypadkach rumienia stwierdził tenże autor wyraźny odczyn skórny Pirqueta. Na związek pomiędzy rumieniem guzowatym, a sprawą gruźliczą wskazują też Chauffard i Troisier [7], przytaczając odpowiedni przypadek ze swojej praktyki. Wykryli oni nadto ciekawy fakt, że po dodatnich szczepieniach śródskórnych $^1/_{100}$ mgr. tuberkuliny powstają na miejscu wstrzyknięcia często guzki, zupełnie podobne do wykwitów rumienia guzowatego.

Zaznaczając ten nowy zwrot w badaniach nad rumieniem guzowatym, nie mogę jednak znaleść dlań potwierdzenia w znanych mi dotąd przypadkach. W ciągu ubiegłej zimy spostrzegałem 5 przypadków rumienia rozmaitej siły, ale w żadnym z nich nie udało mi się wykryć tła, lub obarczenia gruźliczego i dotychczas (po upływie 3 miesięcy i więcej) dzieci te są zupełnie zdrowe i nie nasuwają żadnych podejrzeń co do rozwijającej się u nich gruźlicy. Przeciwnie, wszystkie te przypadki przemawiają, mojem zdaniem, za zupełnie samoistnem, ostro zakaźnem pochodzeniem rumienia guzowatego. Świadczy o tem nietylko typowy dla ostrej choroby zakaźnej przebieg kliniczny, ale także pojawianie się choroby jednoczesne u kilku członków jednej rodziny i w pewnych porach roku (najczęściej: jesień i zima).

Nie ulega wątpliwości, że w niektórych przypadkach, podanych w piśmiennictwie, mogły istnieć współrzędnie, a niezależnie od siebie — wykwity typowego rumienia guzowatego przy utajonej lub jawnej sprawie gruźliczej u tego samego osobnika; z drugiej znów strony, możliwem jest, że toksyny gruźlicze mogą wywoływać zmiany guzowate w skórze, nader podobne do samoistnego rumienia, ale nie identyczne z nim co do patogenezy.

Piśmiennictwo. 1) E. Hoffmann. O etyologii i patogenezie erythema nod. refer. »Gaz. lek.« 1905, str. 398. — 2) E. Lesser. Lehrbuch der Hautkrankheiten 1894 (w tłóm. ros.) — 4) Przytocz. wg. Birch-Hirschfelda. Lehrbuch der patholog. Anatomie 1894. T. II. str, 385. — 5) W. Pick. O przewlekłej postaci erythema nod. Refer. »Gaz. lek.« r. 1905. Nr 16) — 6) A. B. Marfan. Rumień guzowaty i gruźlica. Refer. »Przegląd lek.« r. 1909 str. 586. — 7) Chauffard i Troisier. Doświadczalny rumień guzowaty po śródskórnem wstrzyknięciu tuberkuliny. Ref. »Prakticz. Wracz« 1909, str. 478.

Oceny i sprawozdania.

Dr Teodor Landau: **Mięśniaki wśród ciąży, porodu i połogu** (z XVII tablicami. Urban i Schwarzenberg, Wiedeń—Berlin 1910).

Praca autora opiera się prawie wyłącznie na doświadczeniu własnem, co jest jej wielką zaletą; rozumowania bowiem są znacznie ściślejsze i więcej jednolite, niż w innych pracach klinicznych, opartych na statystyce bardzo obszernej, ale zbieranej z różnych stron. Autor wraz z swym bratem miał sposobność operować we wspólnej klinice w ostatniem pięcioleciu 283 przypadków mięśniaków i opierając się na tem doświadczeniu, rozwiązuje systematycznie zagadnienia kliniczne, przedstawione w tytule pracy.

Pracę swą dzieli autor na siedem rozdziałów, z których w pierwszym zastanawia się nad płodnością przy mięśniakach, w drugim omawia stosunek mięśniaków do ciąży, porodu i połogu, w trzecim przedstawia objawy chorobowe, mogące towarzyszyć ciąży, ulgłej w macicy włókniakowej, w czwartym omawia trudności rozpoznawcze, w piątym leczenie, w szóstym kazuistykę mięśniaków przez siebie operowanych w ostatniem pięcioleciu we własnej klinice.

Zapatrywania T. Landaua, przedstawione w pierwszych pięciu rozdziałach, są bardzo zbliżone na ogół do powszechnie znanych zapatrywań Hofmeiera i mogą być bez zastrzeżeń przyjęte przez każdego ginekologa.

Na czele swej pracy wspomina autor, że nigdy nie skłania go do zabiegu operacyjnego samo stwierdzenie obecności włókniaka w ustroju kobiety, ale zawsze występował czynnie dopiero wtedy, skoro go do tego zmuszały poważne objawy chorobowe.

W 250 przypadkach śledził autor ściśle dane wywiadowe, chcąc dać odpowiedź na pytanie, jaki zachodzi związek między włókniakami, a płodnością kobiet nimi dotknię-

tych. Na tej podstawie dochodzi do wniosku, że włókniaki same przez się wcale nie wyłączają możebności zastąpienia, przeciwnie nawet trzy czwarte z tych kobiet, które musiał operować, poprzednio zastępowały, ciążę donaszały i szczęśliwie odbywały porody. Podobnie kobiety, u których autor wykonał wyłuszczenie odosobnionych włókniaków, nie zastępowały trudniej od kobiet, których miąższ macicy nigdy nie okazywał żadnych zmian chorobowych. Oczywiście musi upaść też na podstawie tych dowodów zdanie, dosyć często powtarzane w piśmiennictwie, jakoby kobiety dotknięte mięśniakami mogły tylko raz zastąpić. Wobec powyższych danych wypowiada L. słuszne zresztą zdanie społeczne, że lekarz, znajdując u kobiety włókniaki, nie ma najmniejszego prawa zabraniać lub odradzać jej zawarcia małżeństwa.

Rozważając w rozdziale drugim swej pracy wpływ włókniaków na ciążę, poród i połóg, dochodzi Landau na podstawie własnego doświadczenia do wniosku, że zdania, najczęściej spotykane w piśmiennictwie o wielkiej szkodliwości włókniaków dla okresu płodzenia kobiety, są w przeważnej części znacznie przesadzone, gdyż największy odsetek kobiet, dotkniętych włókniakami, a zwłaszcza miąższowymi i podotrzewnymi, przechodzi szczęśliwie cały akt płodzenia. Z drugiej strony nie można jednak zaprzeczyć, że w każdym przypadku włókniaków mogą wśród ciąży, porodu i połogu wystąpić powikłania, a do najczęstszych należą: poronienia, będące wynikiem zmian w krążeniu, wadliwe położenie i ułożenie płodu z powodu zmiany kształtu macicy, nieprawidłowe usadowienie się łożyska, nieprawidłowy związek łożyska z podłożem, niedowład macicy wśród porodu, ciąża zewnątrzmaciczna przy niekorzystnem usadowieniu się włókniaka, zakażenia połogowe, tak wskutek zmian rozpadowych samych włókniaków, jakoteż z powodu częstości zabiegów operacyjnych wśród porodu, wreszcie pęknięcia w ciąży lub podczas porodu blizn, pozostałych po wyłuszczeniu odosobnionych włókniaków.

W rozdziale trzecim omawia autor objawy, jakie mogą towarzyszyć ciąży i porodowi przy macicy włókniakowej, przypady zresztą ogólnie znane, a z naciskiem zwraca uwagę na bardzo przykre i bolesne skurcze macicy w ciąży, choć i ten objaw nie jest dla danego schorzenia znamienny. Tak ciąża, jak i poród, u kobiety dotkniętej włókniakami przebiegają najczęściej bez żadnych przypadów chorobowych, co nakazuje lekarzowi w leczeniu uwzględniać nie samą obecność włókniaków macicy ciężarnej, tylko objawy chorobowe, jakie mogą ewentualnie wystąpić.

Wielkie trudności w rozpoznawaniu ciąży, zwłaszcza wczesnej, przy włókniakach macicy omawia L. w rozdziale czwartym, zaznaczając z naciskiem zresztą ogólnie znane zdanie, że bardzo często rozpoznanie bywa niezmiernie trudne, a tylko dłuższe śledzenie i kilkakrotne badanie może dać nam właściwe wskazówki. Niemożebność właściwego rozpoznania wiedzie częstokroć do wadliwego leczenia i tego właśnie każdy lekarz bardzo powinien się wystrzegać.

Na sprawy leczenia włókniaków podczas okresu płodzenia kobiety — o czem czytamy w rozdziale piątym — zapatruje się L. tak, jak większość ginekologów. Nie włókniak jako taki, ani nie jego usadowienie, dają wskazanie do zabiegu operacyjnego, a tylko przypady chorobowe, groźne czy to dla matki, czy też dla płodu.

Zbyt pochopne postępowanie lecznicze, zwłaszcza w przebiegu poronień i porodów przedwczesnych z macicy włókniakowej, przynosi nierzadko kobiecie wielką szkodę; z zabiegami wszelkimi nie należy się spieszyć, bo przebieg przedwczesnego przerwania ciąży przy włókniakach bywa najczęściej samoistny, a ten najmniej przynosi szkody roniącej. Tylko rzeczywiście groźne przypady powinny skłaniać lekarza do czynnego występowania.

Zabiegi operacyjne na macicy włókniakowej ciężarnej muszą być dokonywane niejednokrotnie, a droga i rodzaj zabiegu zależeć muszą od warunków i wskazań poszczególnych przypadków. Autor przemawia gorąco za wyłuszczeniem odosobnionych włókniaków w ciąży, o ile ich obecność grozi rzeczywistem niebezpieczeństwem, a dopiero gdy ten zabieg jest niemożliwy lub niewystarczający, należy macicę wyjąć na właściwej dla danego przypadku drodze lub odciąć ją w części nadpochwowej.

Niewłaściwem postępowaniem jest, zdaniem autora, wykonanie cięcia cesarskiego i pozostawienie macicy włókniakowej w ustroju kobiety; takie postępowanie mogłoby być chyba tylko usprawiedliwione znacznem wyniszczeniem chorej, niedozwalającem na dokonanie większego zabiegu.

Naszkicowane powyżej zdania opiera autor na 21 przypadkach włókniaków macicy ciężarnej, operowanych doszczętnie i 11 operowanych zachowawczo, a staranne historye tych wszystkich przypadków dołącza w rozdziale szóstym swej pracy. Rozprawę swą zamyka rozdziałem, zawierającym tabele, szeregujące 283 przypadków włókniaków macicy, operowanych przez autora i jego brata w ostatniem pięcioleciu.

Rozumowania autora są bardzo trafne, przedstawione jasno, a w całym ciągu pracy przebija jednolitość myśli, opartej na dużem doświadczeniu. Zalety te stworzyły z pracy bardzo przyjemną i wielce pożyteczną lekturę.

Nie na tem jednak kończą się zalety wymienionej rozprawy. Do rozprawy dołączył Landau wspaniały atlas XVII rycin przypadków macic ciężarnych włókniakowych, wyłuszczonych doszczętnie. Są to obrazy tak świetne, że stanowią one bardzo cenny środek pomocniczy naukowy dla każdego z wykładających ten dział chorób kobiecych i z tego powodu powinny się znaleść w arsenale środków pomocniczych nauczania w każdej klinice. Dobrowolski.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Roger i Garnier. **O jadach zawartych w jelitach.** (Revue de médecine 1910, Nr 4). Autorowie w całym szeregu prac i doświadczeń starali się określić charakter i źródło jadów, które zawiera przewód pokarmowy. Treść żołądka jest, zdaniem ich, mało trującą. W miarę przechodzenia do jelit cienkich miazga pokarmowa nabywa własności trujących, a wyciągi tej miazgi, wstrzykiwane do żył, mają własność wywoływania skrzepów we krwi. Dyeta mleczna obniża wybitnie własność wywoływania skrzepów i własności trujące treści jelitowej. O ile trujące działanie treści jelit cienkich, a zwłaszcza dwunastnicy jest dość stałe, to w jelitach grubych jadowitość miazgi pokarmowej jest niestała. Zależy to od rozmaitych gatunków drobnoustrojów, których działanie wchodzi tu w rachubę. Z pośród drobnoustrojów, przebywających prawidłowo w jelicie grubem, »bacillus perfringens« w znacznym stopniu potęguje jadowitość treści jelitowej. Na ogół sprawa gnicia wywołuje to zwiększenie się, to znów zmniejszenie jadowitości treści jelit grubych. Dr M. Blassberg.

1) Jarusow. **W sprawie normalnej krzywej w gorączce powrotnej. Seroterapia i leczenie atoksylem.** (Tow. lek. w Moskwie 25. IV. i 9. V. 1908). 2) Jarusow. **Wpływ atoksylu na przebieg gorączki powrotnej.** (Med. Obozr. 1909, Nr 13). 3) Jarusow. **Ponowne zakażenie (reinfekcya) i wpływ jego na przebieg gorączki powrotnej** (ibidem Nr 18). 4) Dawydow. **W sprawie reinfekcyi w gorączce powrotnej.** (ibidem 1910, Nr 5). 5) Natanson. **Badania oftalmologiczne w czasie epidemii gorączki powrotnej.** (ibidem Nr 4).

Jarusow zebrał i opracował materyał szpitala Zauzskiego w Moskwie za lata 1894—1897 (2043 chorych). Na podstawie tego materyału dochodzi J. do następujących wyników. Jeżeli gorączka powrotna pojawia się w jakiejkolwiek miejscowości po raz pierwszy, to mniej więcej w 70% wszystkich przypadków krzywa ciepłoty występuje

w 2—3 falach (napadach). Jeżeli epidemia w danej miejscowości często się powtarza, to ilość przypadków o jednym napadzie zwiększa się, a ilość przypadków o 3 napadach znacznie się zmniejsza. Zależy to najwidoczniej od zwiększenia się liczby osób uodpornionych przez przebycie choroby w czasie poprzednich epidemii. Częstość epidemii nie wpływa na długość rozmaitych okresów choroby, ale tylko na ilość nawrotów. W przebiegu choroby każdy następny napad jest krótszy, okres bezgorączkowy dłuższy. Ilość nawrotów nie zależy od płci, natomiast znajduje się w związku z wiekiem, zmniejszając się w miarę, im wiek chorych starszy. J. nie zauważył dodatniego wpływu surowicy swoistej (Gabryczewskiego) na przebieg choroby. Stosowanie atoksylu opiera się na przypuszczeniu, że lek ten, krążąc we krwi, działa zabójczo na bakterye, zmieniając chemiczny skład krwi, czy też wywołując morfologiczne zmiany w samych pasorzytach. Atoksyl jest silną trucizną i wywierać może działanie zbiorowe (kumulatywne), należy więc stosować go bardzo ostrożnie. Dawka nie powinna przewyższać 0,50—20% rozczynu.

W czasie epidemii w Moskwie w r. 1908 oddzielił J. 2 grupy chorych, z których jedną (75 chorych) poddał leczeniu atoksylem, a druga (77 chorych) służyła do porównania. Obie grupy pozostawały pod wszystkimi innymi względami w zupełnie jednakowych warunkach. Porównując oba szeregi przypadków stwierdził J., że w przypadkach leczonych atoksylem, odsetka jednonapadowych przypadków zwiększyła się, a trójnapadowych zmniejszyła się. Drugi i trzeci napad były krótsze w grupie atoksylowej. Rzadziej w niej także można było wykryć krętki. Nakoniec i cała choroba w tej grupie trwała krócej, a odsetek śmiertelności równał się 0, gdy w szeregu porównawczym wynosił 7,3%.

Natanson jest stanowczym przeciwnikiem stosowania atoksylu. Zdaniem jego atoksyl nie jest środkiem swoistym i nie zapobiega schorzeniom oka, a nawet przeciwnie wywołuje osłabienie, ewentualnie zupełną utratę wzroku. W ciągu roku spostrzegał N. 40 przypadków chorób oczu, zależnych od gorączki powrotnej. N. odniósł wrażenie, że schorzenia oka, powstałe u szczytu choroby mają przebieg łżejszy. Schorzenia te przebiegają jako zapalenia tęczówki, ciałka rzęskowego i zmętnienie ciałka szklistego. Zapalenia naczyniówki we właściwem znaczeniu tego wyrazu, zapalenia siatkówki i nerwu wzrokowego N. nigdy nie spostrzegał. Rokowanie niezłe. Wszystkie spostrzegane przez N. przypadki skończyły się wyzdrowieniem.

W badaniach swych nad patologią gorączki powrotnej zatrzymuje się Jarusow dłużej nad sprawą zakażenia powtórnego (reinfekcyi). Z badań tych wynika, że w czasie epidemii w Moskwie w r. 1907/8 odsetka zakażeń powtórnych wynosiła 35,7% wszystkich przypadków. Choroba w tym razie miała tylko jedno nasilenie; nasilenie to było krótkie, okres bezgorączkowy długi. Cała zaś choroba trwała niemal 2 razy krócej. Czas, po którym może nastąpić zakażenie powtórne, waha się między 37 dniami a 30 latami. Średnio czas ten u osób do 40 roku życia wynosił 3,1 lat, a po 40 roku — 7,05 lat. Ażeby zapobiedz możebności nawrotu choroby, nie powinno się chorych zatrzymywać na oddziale dłużej, niż 14—15 dni po pierwszym napadzie, a 17 dni po następnych napadach.

Dawydów dochodzi do takich samych mniej więcej wniosków, co i Jarusów; jednakowoż odsetka zakażeń powtórnych według jego danych jest mniejsza, bo wynosi 8,8%. D. podkreśla, że gorączka powrotna nie wywołuje właściwego uodpornienia nawet na krótki przeciąg czasu, daje je tylko w stopniu osłabionym. W niektórych przypadkach po ostatniem nasileniu, względnie po okresie bezgorączkowym daje się zauważyć lekkie podniesienie ciepłoty, którego nie można niczem objaśnić. Prawdopodobnie należy je uważać za lekkie »sui generis« nasilenie. Objaw ten jest znamienny dla przypadków zakażenia powtórnego. D. uważa za konieczne zbadanie, jak długo po gorączce powrotnej jest człowiek roznosicielem bakteryi i jak należy zapatrywać się na zakażenie powtórne, jeżeli ono następuje w krótkim przeciągu czasu po przebyciu choroby, czy jako na nasilenie choroby, czy jako na zakażenie powtórne. Pytania te, zdaniem D., można będzie rozstrzygnąć tylko zapomocą doświadczeń na małpach, jako zwierzętach najbardziej zbliżonych do człowieka. Dr L. Mańkowski.

Dieulafoy. **Zapalenie opłucnej ze zgrubieniem i nawracającym wysiękiem.** (Presse médic. 1910. Nr 46). Autor spostrzegał 3 chorych na przewlekłe zapalenie opłucnej z nawracającym wysiękiem, bez gorączki, bez zaburzeń ogólnych itd., i to przez cały szereg lat. Chorzy ci sprawiają obecnie wrażenie wyleczonych, mimo że nie poddawali się żadnemu innemu leczeniu poza nakłuwaniem klatki piersiowej, powtarzanem, coprawda, bardzo wiele razy. Pierwszy chory jest to krzepki mężczyzna, u którego w ciągu 10 lat wykonano nakłucie 103 razy i któremu wypuszczono w ten sposób 231 litrów płynu. Płyn ten z początku lekko różowy zmienił się później w ropny i cuchnący. Hodowle wykazały obecność paciorkowców i bakteryi Friedländera. Zaszczepienia zwierząt dały wynik ujemny. Drugi chory, liczący lat 50, przychodzi stale przez lat 21 na oddział autora w Hôtel-Dieu dla nakłuwania klatki piersiowej i to raz lub kilka razy w roku. Dobywany płyn nigdy nie miał cech ropy i zawsze był jałowy. U obydwu tych chorych odnoszono w czasie nakłuwania klatki piersiowej wrażenie, że opłucna ma grubości 1—2 ctm. To zgrubienie opłucnej było jeszcze większe u trzeciego chorego, gdyż zaraz od pierwszego nakłucia musiano zawsze wbijać w klatkę piersiową dwie trzecie igły, nim zaczął wypływać płyn. U tego chorego wykonano 21 nakłuć w ciągu sześciu lat i dobyto razem płynu ropiastego 17 litrów. Mimo zadowalniających wyników, uzyskanych w tych 3 przypadkach przez nakłucia, powtarzane w miarę potrzeby, nie zaleca D. tego rodzaju leczenia jako stałego sposobu, sądzi zaś, że uleczenie dałoby się szybciej uzyskać zapomocą zabiegu, polecanego dawniej przez Delorma, t. j. zapomocą dekortykacyi płuc. Przed przystąpieniem do tego zabiegu powinno się jednakowoż wprzód zbadać stan płuc, a mianowicie, czy się jeszcze mogą rozszerzyć i w jakim stopniu. W tym względzie usługi może oddać radyoskopia i radyografia. Stahr.

Holmgren. **O wzroście na długość przy nadmiernej czynności gruczołu tarczowego (hypertyreozya).** (Med. Klinik. 1910. Nr 27). Niewątpliwie istnieje związek pomiędzy wzrostem ciała, a czynnością gruczołu tarczowego. H. zauważył, że bardzo często młode osoby, cierpiące na chorobę Basedowa (którą H. uważa za wynik wzmożonej czynności tarczycy), odznaczają się bardzo wysokim wzrostem. Podobnież przy badaniu dużego materyału chorych na wole wykazał autor, że tam, gdzie chodziło o wzmożoną czynność gruczołu (wole miąższowe) u młodych osób, prawie w 85% wzrost był znacznie wyższy niż zazwyczaj, natomiast u osób dotkniętych zanikiem gruczołu zwykle wzrost jest nizki, nieraz karli. Potwierdzają to również wzmianki w literaturze o chorobie Basedowa u osób młodych (z 37 przypadków u 25 podano wzrost jako wysoki). Ze statystyki włoskiego antropologa Liviego wynika, że właśnie w prowincyach, nawiedzonych wolem, spotyka się największe różnice we wzroście, t. j. wzrost bardzo nizki lub bardzo wysoki. Wiadomo, że wskutek chorób zakaźnych powstają często ostre zmiany w gruczole tarczowym, a nieraz i choroba Basedowa. W związku z tem zapewne jest nagle nieraz zjawiające się szybkie rośnięcie podczas zdrowienia po chorobach zakaźnych. Podczas pokwitania spotykamy objawy wzmożonej czynności tarczycy, a powiększenie przejściowe gruczołu. U dziewcząt, które wczas (przed 14 rokiem życia) dostają regularności, w 61·5% spotyka się powiększony gruczoł tarczowy. K.

Dermatologia i syfilidologia.

Wechselmann. **Spostrzeżenia w 503 przypadkach, leczonych dioksydiamidoarsenobenzolem.** (Deutsche med. Wochenschr. 1910 Nr. 32). Z ogłoszonych dotychczas badań nad nowym przetworem Ehrlicha, opiera się praca W. na najliczniejszym [1]) materyale i dlatego zasługuje ona na uwagę, chociaż W. jest wobec przetworu »606« wielkim entuzyastą i spostrzegane przez siebie (w rzadkich zresztą przypadkach) niemiłe skutki uboczne traktuje dość lekko. Wyniki swoje streszcza W. w zdaniu, że przetwór Ehrlicha okazał się w najróżniejszych postaciach kiły prawie bez wyjątku skutecznym, że użycie jego w cierpieniach parasyfilitycznych jest usprawiedliwione, że wreszcie poważniejszych powikłań i szkodliwych skutków nie spostrzegał. Większość chorych doznaje wkrótce po wstrzyknięciu szczególnego uczucia krzepkości i zdrowia, co W. uważa za skutek zadziałania arsenu. U wielu chorych znikają wnet bole, nawet dokuczliwe nocne bole kostne. Ze zmian przedmiotowych najwidoczniejsze jest działanie na kłykciny w jamie ustnej, które znikają w ciągu doby lub dwu nawet u chorych, namiętnie palących. Szankry goją się do kilku dni. Najoporniejsze są twarde guzki kiłowe w skórze, przeciwnie zaś złośliwe, wrzodziejące formy kiły leczą się łatwo, co wyjaśnia się różnicą zmian anatomicznych. W 6 przypadkach zrazu leczenie nie odniosło skutku, w 3 z nich jednak drugie wstrzyknięcie zadziałało pomyślnie. Nawrotów rozleglejszych W. nie spostrzegał, raz tylko zdarzył się nawrót kłykcin, który po ponownem wstrzyknięciu — ustąpił. Występowanie dodatniego odczynu Wassermanna w niektórych przypadkach, w których przed wstrzyknięciem odczyn był ujemny, tłómaczy W. wpływem produktów rozpadu krętków, zabitych przez dioksydiamidoarsenobenzol. To ujawnianie się »utajonego« odczynu Wassermanna pod wpływem »606« uważa W. za dalszy dowód swoistości tego odczynu. Bardzo pomyślne wyniki uzyskał W. przetworem Ehrlicha także w przypadkach kiły trzew (wrzody odbytnicy, nacieki krtani, kiła mózgu). W wiądzie rdzenia i porażeniu postępującem występują często polepszenia, zwłaszcza co do objawów podmiotowych (bolów); być może, że część tych polepszeń jest skutkiem autosugestyi, część zaś chwilowym skutkiem skrzepiającego i podniecającego działania arsenu.

Co do działania ubocznego, to wprawdzie nie zdarzył się Wechselmannowi żaden przypadek nieszczęśliwy, ani nie sprawdziły się obawy w przypadkach ryzykownych (nie zdarzyły się oślepnięcia nawet w przypadkach ze zmianami w nerwie wzrokowym); jednakże sam W. nie przeczy, że działanie uboczne zdarza się, a dokładniejsze przejrzenie przytoczonych przez niego w tym względzie spostrzeżeń poucza, że w ogólnych swych wnioskach jest W. może zbyt wielkim optymistą. I tak w 3 przypadkach po wstrzyknięciu w pośladki powstało przejściowe porażenie nerwu strzałkowego; u wielu chorych powstaje po wstrzyknięciu zaparcie stolca (u jednego trwało 3 dni), które W. zwalcza wlewaniami, a nie środkami przeczyszczającymi; 3 razy powstała po wstrzyknięciu ogólna odrowata osutka z gorączką, przypisywana zresztą przez W. zakażeniu przy wstrzyknięciu; u dwu chorych przybrało po wstrzyknięciu zapalenie gardła przebieg groźny, z bardzo wysoką gorączką i obrazem ciężkiego schorzenia. Zmian w układzie nerwowym po wstrzyknięciach »606« W. nie spostrzegał; w szczególności nie zauważył u żadnego z 90 w tym kierunku badanych chorych zniknięcia odruchów kolanowych, jakie opisywali Bohac i Sobotka. U pięciu ciężarnych (przy końcu ciąży) nie wywołało 0,45 przetworu Ehrlicha żadnego szkodliwego wpływu na płód. C.

[1]) Ehrlich sam podaje, że przetworem jego leczono dotąd około 4000 przypadków, ale materyał ten rozproszony jest przeważnie na drobne grupy.

J. Pick i F. Bendler. **Rzut oka na los ludzi, dotkniętych kiłą.** (Archiv f. Derm. u. Syph. 1910, T. 101). Statystyka autorów, obejmująca 2066 chorych kiłowych, u których śledzono przebieg choroby szeregi lat, wykazuje, iż mężczyzni zakażają się kiłą najczęściej między 22—27 r. życia, kobiety wcześniej, bo między 18—25. Ogółem następuje zejście śmiertelne w 8% przypadków, jeżeli wliczy się 3·1% ludzi zmarłych z powodu gruźlicy płuc (autorowie doliczają te przypadki, wychodząc z założenia, że kiła przyczynia się znacznie do rozwoju gruźlicy). Z tego 1·3% zmarło na porażenie postępowe, (choroba zaczynała się w przeszło połowie przypadków między 6—14. rokiem od czasu zakażenia); wiąd rdzenia wystąpił u 1·1% (najczęściej między 4 – 10. rokiem po zakażeniu); z powodu zmian w układzie krwionośnym, miażdżycy tętnic, zwyrodnienia mięśnia sercowego zmarło 1·5%, a 0·6% z powodu zmian wątroby i nerek; wreszcie wliczają autorowie i samobójców, których było 0·3%. Dr H. L. Weber.

Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

Przedoperacyjne odkażanie skóry naftą i benzyną stosuje z dobrym skutkiem od lat trzech C. Zatti (z Todi) w następujący sposób: Skórę ogoloną wyciera wielkim tamponem waty, napojonym naftą, przez 1—1½ minuty, a następnie tamponem napojonym benzyną również przez 1½ minuty. Skóra zupełnie się oczyszcza, a że zostaje na niej nieco tłuszczu, żadne płyny, ani krew w czasie operacyi do niej nie przywierają. Całe odkażenie trwa 2 minuty. Zatti odkażał w ten sposób skórę dla zabiegów na kończynach, na piersi, brzuchu itd., zawsze z dobrym wynikiem co do aseptyki i dlatego ten sposób poleca. (Gaz. d. Ospedali Nr 47, p. 497, 1910). Stahr.

Zatrucie formolem. Mężczyzna 24-letni wypił przez pomyłkę pół wielkiej szklanki (40%) formolu. Natychmiast dostał drgawek i kiedy go widział Hoyt w kilka minut później, chory był mocno odurzony. Wstrzyknięcie apomorfiny i równoczesne wypicie sporej ilości wody wywołało obfite wymioty i uratowało chorego. W następstwie rozwinęło się ostre zapalenie błony śluzowej ust, gardła, przełyku i żołądka, lecz przypadek skończył się wyleczeniem. (Jour. of the Amer. med. Assoc. 9. IV. 1910). Stahr.

Leczyć pląsawicę śródżylnemi wstrzykiwaniami sublimatu radzi Prof. Riva z Parmy. Autor wstrzykuje wielkie dawki, bo naraz 3—10 miligramów, co mają dzieci znosić bardzo dobrze. Należy przypomnieć, że już w roku 1904 radził Mauro w pląsawicy podskórne wstrzykiwanie kwasu karbolowego. Stahr.

Winian potasowy kwaśny przeciw wąglikowi zaleca A. Miranda. Niedawno leczył on chorego na cukrzycę, liczącego 50 lat i mającego olbrzymi czyrak na karku wśród objawów ciężkiego zakażenia ogólnego. Mocz zawierał białko i 6% cukru. Po nacięciu czyraka na krzyż i odchyleniu płatów wytamponował M. ranę gazą wygotowaną i impregnowaną winianem potasowym sproszkowanym. Gorączka odrazu spadła i stan ogólny się poprawił. Opatrunek zmieniano codziennie, zakładając codzień świeżą gazę z winianem potasu; rana po dniach 12 pokryła się żywą, silną ziarniną. Stahr.

Ciekawy przypadek zatrucia sublimatem. Przypuszczając u siebie ciążę, wprowadziła sobie do pochwy pewna kobieta dwie pastylki sublimatowe po ½ grama. Kiedy ją Lankford widział w 2 godziny później, skarżyła się chora na silne bole w podbrzuszu, a srom i pochwa były silnie obrzękłe i twarde. Natychmiast zastosowano przepłukanie wodą mydlaną z dodatkiem sody, poczem wprowadzono do pochwy białka z 6 jaj. W następnych dniach wystąpiły

objawy silnego zatrucia rtęcią: obrzęk twarzy, szyi i piersi, zgorzel w ustach, wypadanie zębów i silna biegunka krwawa. Objawy te zwolna ustępowały, gdy nagle, w 10. dniu, zjawił się gwałtowny bezmocz i chora nazajutrz zmarła. (Jour. of. the Amer. med. Assoc. 6. IV. 1910). Stahr.

Przeciw złośliwej postępującej niedokrwistości radzi O. Huber wstrzykiwać śródmięśniowo w pośladki ludzką krew odwłóknioną co 5—7 dni w dawkach od 10—40 cm^3 Wyniki mają być nadzwyczaj dobre. (Porów. Sémaine méd Nr 25, str. 295, 1910). Stahr.

Na możliwość roznoszenia duru brzusznego przez psy zwrócili uwagę Courmont i Rochaux (Akad. lek. parys. 28. czerwca 1910). Podając psom do zjadania kał durowych, tworzy się z nich prawdziwych »roznosicieli duru«. Fakt to bardzo ważny z punktu widzenia higieny publicznej. Stahr.

Czopki odżywcze w miejsce lewatyw odżywczych poleca w ostatnich czasach Boas. Czopki te mają około 6 cm długości, około 1·15 cm grubości w nasadzie, a ważą 11 gramów. Zawierają zaś: wody 20·51%, soli nieorg. i popiołu 2·49, tłuszczu 20·09, węglowodanów 33·55, i białka 23·36. Jeden czopek odpowiada około 46 kaloryom, a więc przy 5 czopkach dziennie, dostaje chory prawie 230 kaloryi. Obok tego należy wprowadzać do jelit wodę i to rano przed pierwszym czopkiem i wieczór po ostatnim, każdym razem po ½ litra rozczynu fizyologicznego soli. Gdyby tą drogą woda wprowadzić się nie dała, to można wprowadzać ją w postaci fizyologicznego rozczynu podskórnie. Stahr.

Wstrzykiwania wody utlenionej do jamy otrzewnej lub opłucnej przy zapaleniu gruźliczem tych jam radzą Doc. Cionini i Marcantoni z Pizy. Dotąd leczyli 29 przypadków gruźliczego zapalenia otrzewnej i 6 zap. opłucnej, zawsze ze znakomitym skutkiem, bez względu na czas trwania choroby i to nawet tam, gdzie nie pomagały ani leki, ani zabiegi operacyjne. Zapalenia otrzewnej ustępowały po 8—40 dniach. Należy używać wody utlenionej, konserwowanej zapomocą kwasu fosforowego lub siarczanego, a nigdy azotowego lub solnego (ciężkie zaburzenia). Dokonawszy nakłucia, wstrzykuje się przyrządem Potaina do otrzewnej 1½ litra fizyol. rozczynu soli, ogrzanego do 40°, do czego dolewa się w chwili wstrzykiwania 75 cm^3 H_2O_2 (5%); czasem wstrzykują autorowie i 2 litry płynu, a w 2 przypadkach i 1 litr. Dzieciom nie należy nigdy wstrzykiwać więcej niż 400 cm^3, zawsze z dodatkiem 5% H_2O_2. W zapaleniu opłucnej nie wstrzykiwali autorowie nigdy więcej, niż 1 litr. Po wstrzyknięciu powinien chory zmieniać ułożenie, by płyn zetknął się ze wszystkiemi częściami opłucnej względnie otrzewnej, a po 6—8 minutach płyn się wypuszcza. Chory zachowuje potem bezwzględny spokój, nic nie je, ani nie pije przez 12 godzin, a potem żywi się go jakiś czas tylko płynami. W kilka godzin po wstrzyknięciu podnosi się zwykle ciepłota znacznie, ale potem zwolna spada. Tętno się czasem przyspiesza (160), chory bardzo blednie, ale trwa to tylko kilka godzin i ustępuje bez śladu. Bole brzucha trwają kilka godzin. Stahr.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Akademia Umiejętności w Krakowie.

Wydział matematyczno-przyrodniczy.

Posiedzenie d. 4. lipca 1910.

1) Czł. L. Marchlewski przedstawia pracę pp. J. Buraczewskiego i M. Dziurzyńskiego: **O działaniu acetonu na dwujodostrychninę i bromowane produkty strychniny i innych alkaloidów.** Autorowie doszli do następujących wyników. Przy ogrzewaniu dwujodostrychniny z acetonem powstają: jednojodoaceton, jodowodorek strychniny, perjodek strychniny i dwa inne ciała bezbarwne, zawierające jod, nie posiadające ani trujących, ani też innych własności strychniny lub jej soli. Przy działaniu acetonu na dwu- i czterobromostrychninę powstają bezbarwne, krystaliczne ciała i obok nich zawsze jednobromoaceton. Z faktu powstawania w pierwszym przypadku jednojodoacetonu, a w drugim jednobromoacetonu wnoszą autorowie, iż dwa atomy jodu w dwujodostrychninie, jak również dwa atomy bromu w wspomnianych bromowanych produktach są związane z cząsteczką tych alkaloidów w sposób analogiczny.

2) Czł. Marchlewski przedstawia pracę pp. J. Buraczewskiego i Z. Zbijewskiego: **O bromowych i jodowych pochodnych alkaloidów kurary.** Autorowie według metody Boehma wyosobnili z surowej kurary, będącej w handlu pod nazwą tubokurary, dwa alkaloidy, mianowicie: t. zw. kurynę i tubokurarynę. Kuryna rozpuszczona w eterze i poddana działaniu bromu daje żółty osad zawierający 33·26% Br, co odpowiada w przybliżeniu 2 atomom bromu w cząsteczce kuryny. Taki sam rozczyn kuryny nie daje z jodem osadu. Kuryna zaś rozpuszczona w alkoholu daje z bromem żółty osad, a z jodem czerwono-brunatny o zawartości 49·65% jodu. Osad ten jest łatwo rozpuszczalny w alkaliach i amoniaku, a z rozczynu tego można wytrącić kwasami mineralnymi ciało zawierające jod, które w stanie suchym jest barwy prawie czarnej. W zachowaniu się kuryny względem bromu zachodzi podobieństwo do strychniny, niema zaś tego podobieństwa w zachowaniu się względem jodu. Tubokuraryna daje z jodem również brunatno-czerwone ciało rozpuszczalne w alkaliach: można z tego rozczynu wytrącić zapomocą kwasów mineralnych ciało zawierające jod. Autorowie sądzą, że zachowanie się jodu względem tych obu alkaloidów może być wyzyskane w celu stwierdzenia obecności surowej tubokurary, z którą w przypadkach sądowych częściej można się spotkać, niż z czystymi alkaloidami tego rodzaju.

3) Czł. L. Marchlewski przedstawia pracę pp. Buraczewskiego i Z. Zbijewskiego: **O działaniu chloru na strychninę, brucynę, cynchoninę, chininę i niektóre inne alkaloidy.** Autorowie poddali działaniu suchego chloru suche zasady strychniny, brucyny, chininy, chinidyny, cynchoniny, cynchonidyny, tebainy i morfiny. Z otrzymanych chlorowanych produktów, strychninowy zawiera 5 atomów chloru na cząsteczkę strychniny, brucynowy zależnie od warunków, nie mniej jednak niż 2 atomy, chininowy 6, chinidynowy również 6, cynchoninowy i cynchonidynowy po 4, tebainowy 4, morfinowy 1. Niektóre produkty początkowo zawierają nawet więcej chloru, lecz tracą go, gdy są pozostawione sobie, wydzielając go w postaci HCl. Większość tych chlorowanych alkaloidów zawiera pewną część chloru związanego cząsteczką alkaloidu w sposób analogiczny, jak jodowane i bromowane ciała, otrzymane przez jednego z autorów z innymi współpracownikami. Chlorowane ciało brucyny daje przy ogrzewaniu z wodą albo z alkoholem ciało czerwono zabarwione. Chlorowane ciało chininy i chinidyny rozpuszczone w alkoholu daje szczególnie dobrą reakcyę thalleochininową i thallechinidynową. Autorowie przytaczają niektóre specyficzne własności thalleochininy i thalleochinidyny.

4) Czł. N. Cybulski: **O powierzchniowych i czynnościowych prądach mięśni.** Autor udowadnia, że od powierzchni mięśnia zgoła nieuszkodzonego można otrzymać prądy, które świadczą o tem, że już w układzie swych cząstek, jak to twierdził Du Bois Reymond, mięśnie posiadają cechy ogniwa, w którem biegunem dodatnim jest okolica górnego, biegunem zaś ujemnym okolica dolnego ścięgna.

Autor przytacza także doświadczenia, z których wynika, że, gdyby zgodnie z teoryą Hermanna, powierzchnia elektromotoryczna w mięśniach uszkodzonych była zlokalizowana na powierzchni przekroju poprzecznego, prąd spo-

czynkowy musiałby mieć kierunek przeciwny. Badając prądy czynnościowe zapomocą galwanometru Einthovena, autor stwierdza, że prądy fazowe również nie odpowiadają teoryi Hermanna. Maximum natężenia prądów podczas pierwszej fazy przypada ściśle na okres, w którym mięsień w całej swej długości zostaje podniecony, trwa krótko i z końcem zwykłego okresu utajonego podrażnienia mięśnia zaczyna zanikać; faza zaś druga (prądu abterminalnego) albo wcale nie występuje, albo występuje znacznie później, tak że nie może mieć związku z przejściem stanu czynnego przez miejsce, w którem znajduje się druga elektroda. Przebieg prądu podczas stanu czynnego ma zawsze ten sam charakter niezależnie od miejsca, skąd go odprowadzamy, nawet gdy odprowadzamy go do obu ścięgien. Nadto autor przytacza doświadczenia, z których wynika, że zasadnicze twierdzenie Hermanna, iż miejsca czynne w mięśniu są elektroujemne, jest nieprawdziwe, gdy bowiem odprowadzamy prąd od dwóch symetrycznych mięśni, wówczas mięsień drażniony jest dodatni i wskazuje istnienie w nim prądu adterminalnego t. j. fazy pierwszej.

Ostateczne wnioski autora są następujące: 1) Powierzchnia mięśnia nie jest izopotencyalna, lecz przeciwnie przedstawia pewne różnice i przy połączeniu z galwanometrem daje prąd zawsze wstępujący. 2) Źródłem tego prądu nie jest elektromotoryczna powierzchnia miejsc uszkodzonych, lecz według wszelkiego prawdopodobieństwa, z jednej strony, charakterystyczna budowa włókna mięsnego, skład każdego włókienka z osobnych komór, z drugiej strony osmotyczne prądy na granicy mięśnia z otoczeniem. 3) Mięsień, pozostający w spoczynku, jest bateryą, w której biegun dodatni znajduje się na końcu dośrodkowym, ujemny zaś na końcu obwodowym. 4) Źródłem siły elektromotorycznej są jednakże głównie procesy anaboliczne, które w żywym mięśniu wciąż się odbywają. 5) Z chwilą, gdy te procesy ustają, znikają także prądy otrzymane z mięśnia (śmierć). 6) Połączenie poprzecznego przekroju z powierzchnią podłużną wykazuje prądy, które zależą od siły elektromotorycznej z obu źródeł już preegzystujących w mięśniu, lecz bynajmniej nie wskutek uszkodzenia. 7) Prądy czynnościowe są zależne od zmian chemicznych w mięśniu. 8) Podrażnienie, wywołując rozkład chemiczny, powoduje w każdej odrębnej cząsteczce włókienka mięsnego powstanie elektrolitów, których iony dodatnie posiadają szybkość większą, niż iony ujemne; skutkiem tego dyfundując w kierunku cząstek nieczynnych, wytwarzają z każdej cząstki ogniwo, które daje prąd w kierunku ruchu stanu czynnego. Ten prąd, dochodzący do największego natężenia w chwili, gdy cały mięsień staje się podniecony, odpowiada pierwszej fazie Hermanna i jest stale adterminalny; prąd ten może być otrzymany zapomocą elektrod, przyłożonych bądź pośrednio do mięśnia, bądź do obu ścięgien, co usuwa potrzebę przypuszczania elektroujemności cząstek czynnych. 9) Zjawienie się prądu prawie bezpośrednio po zadrażnieniu elektrycznem o bardzo krótkim okresie utajonym można tłómaczyć jako następstwo zmian chemicznych, pewnego rozkładu protoplasmy, które powstają wskutek podrażnienia w mięsnych elementach. 10) Zmiany te, powodując powstanie nowych związków, stają się przyczyną ich dyfuzyi w pewnych kierunkach, przy których iony dodatnie, jako ruchliwsze, jak zauważono wyżej, wysuwają się naprzód i sprawiają, że każda taka czynna cząsteczka staje się niejako stosem, w którym sama odgrywa rolę bieguna ujemnego, a sąsiednie cząstki dodatniego. Katabolizm więc w niej zachodzący wywołuje obniżenie jej potencyału elektrycznego. 11) Po tym okresie, który trwa zwykle od 3 do 5 tysięcznych sekundy, rozpoczyna się proces przeciwny, pomimo że niezależnie od tego odbywa się mechaniczna zmiana w mięśniu; proces ten dochodzi do szczytu w chwili, gdy rozpoczyna się rozkurcz mięśnia; to stanowi drugą fazę abterminalną, przy której wskutek nowego układu ionów, być może wskutek wytwarzania się nowych związków i innej ruchliwości ionów, te same cząsteczki stają się biegunem dodatnim, które poprzednio były ujemne, a więc okazują wzrost potencyału. Ponieważ ten akt powrotny musi być połączony z anabolizmem, można więc powiedzieć, podobnie jak w stanie normalnym, że anabolizm wywołuje wzrost potencyału. 12) Prądy elektryczne w mięśniu pozostają w ścisłym związku ze sprawą przemiany materyi, a więc ze sprawą życia. (Dok. nast.).

Polskie Towarzystwo lekarskie w Kielcach.

Posiedzenie d. 19. marca 1910.

Przewodniczy kol. Czaplicki. Obecnych członków 9.

1) Kol. Kopczyński przedstawia chorą mającą lat 40, cierpiącą od lat 3. Chora ta przybyła do szpitala z przepukliną brzuszną kolosalnych rozmiarów; wykonano przekłucie próbne, jak się okazało, po raz 7. w czasie jej choroby; po wypuszczeniu płynu okazał się w jamie brzusznej guz olbrzymich rozmiarów; jedni z kolegów byli zdania, iż guz ten jest **mięsakiem macicy**, inni zaś — że jest złośliwym nowotworem.

2) Kol. Lewinton przedstawia chorą, izraelitkę, cierpiącą na **histeryę** z nadzwyczaj rzadkim objawem — **krwawieniem z ucha i z oczów.** — Kol. Kosieradzki zaznacza, iż w piśmiennictwie polskiem niema opisanego ani jednego podobnego przypadku histeryi z tego rodzaju krwawieniami.

Posiedzenie d. 16. kwietnia 1910 r.

Przewodniczy kol. Czaplicki. Obecnych członków 10.

1) Kol. Czaplicki zawiadamia członków Tow., iż za pośrednictwem kol. Gadomskiego otrzymało Towarzystwo od spadkobierców ś. p. Dra Sztorca księgozbiór, składający się z dzieł przeważnie w języku niemieckim, oraz bateryę do prądów stałych. Postanowiono wyrazić spadkobiercom ofiarodawcy podziękowanie za złożony dar.

2) Kol. Kosieradzki odczytał referat: **Patologia źrenicy w cierpieniach narządów wewnętrznych i nerwowych.**

Posiedzenie d. 21 maja 1910 r.

Przewodniczy kol. Czaplicki. Obecnych członków 9.

1) Kol. Daszewski odczytuje drugą część referatu: **Patologia źrenicy w cierpieniach nerwowych i narządów wewnętrznych.**

2) Kol. Ryttel przedstawia ze swej praktyki prywatnej 4 przypadki **wydobycia ciała obcego z przełyku u dzieci**; a) u dziecka 7-miesięcznego tkwiło w górnej części przełyku kółko grube żelazne z nierównymi brzegami, które po wydobyciu okazało się częścią górną klucza; b) u jednorocznego dziecka tkwiło w przełyku od dwóch tygodni druciane kółko, w rodzaju pierścionka; c) u 10-letniego chłopczyka — okrągła blaszka z ostrymi brzegami, wielkości rubla srebrnego; d) u 4-letniego dziecka — okrągłe szkiełko, oprawne w złoto; ponieważ znajdowało się głęboko w przełyku, przepchane zostało ku dołowi do żołądka, skąd drogą naturalną odeszło.

Sekretarz: Antoni Kopczyński.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Stowarzyszenie lekarzy polskich w Warszawie, rozwiązane przez władze rosyjskie, znajdowało się właśnie w okresie pomyślnego rozwoju. Poświęcone wyłącznie sprawom zawodowym i sprawie medycyny i higieny społecznej, skupiło Towarzystwo w ciągu niewielu lat swego istnienia około 500 lekarzy warszawskich w solidarne grono, wytrwale a skutecznie dążące

do utrzymania wysokiego poziomu etycznego i pracujące na polu społecznem. Utworzyło ono sąd koleżeński, który rozstrzygnął wiele zagadnień zasadniczych i zapobiegł wielu waśniom, wydział szpitalny, który przygotował plan ulepszeń w szpitalnictwie dla przyszłego samorządu, wydział dla spraw bytu, stojący na straży interesów zawodowych, biuro pośredniczące w sprawach o honorarya, kasę chorych lekarzy, wydział higieny szkolnej i rozpoczęło przygotowania do całego jeszcze szeregu prac doniosłego znaczenia społecznego. Z działalności Stowarzyszenia zdawaliśmy w »Przeglądzie« stale sprawę, zawdzięczając wiadomości kilku członkom Stowarzyszenia, którzy chętnie podjęli się informowania szerszych kół lekarzy polskich o pracach Towarzystwa i gorliwie wypełniali to zadanie.

Jak się dowiadujemy, przy rozwiązaniu Towarzystwa oświadczył komisarz policyi, że rozwiązanie następuje dlatego, ponieważ w Stowarzyszeniu odbywano sądy, nakładano kary pieniężne i zajmowano się sprawami szpitali, co wkracza w dziedzinę administracyi publicznej (!?).

Na zebraniu likwidacyjnem w d. 5. VIII. uchwalono pokryć wszelkie zobowiązania Towarzystwa, majątek przekazać innym instytucyom wedle uznania komisyi likwidacyjnej, przewyżkę, jakaby się po likwidacyi okazała, obrócić na cele higieny i medycyny społecznej. R.

Komisya dla ubezpieczenia społecznego w Austryi przyjęła wniosek subkomitetu, żeby kasy chorych ponosiły koszta utrzymania ubezpieczonych w publicznych zakładach leczniczych (względnie dla obłąkanych), tylko przez 4 pierwsze tygodnie. X.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 7. VIII. do 13. VIII. 1910 zgłoszono przypadków: błonicy 6 † 1 (w tem obcych 5 † —), krztuśca 3, płonicy 2, odry 5 † — (1 † —), duru brzusznego 5 † — (2 † —). Dr Janiszewski.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Jubileuszowy Zjazd delegatów »Bratniej Pomocy« w Zakopanem odbył się 15. b. m. przy nader licznym udziale. Na Zjeździe przemawiali: Prof. Dr Baranowski, Dr Alfred Sokołowski, członek Wydziału krajowego Dr Bernadzikowski, Dr Dłuski i Dr Żychoń. W dniu jubileuszu otrzymała »Bratnia Pomoc« w darze na budowę nowego sanatoryum około 14.000 koron.

Mianowani: Dr Marfan profesorem terapii w Paryżu, Dr Lagrande profesorem okulistyki w Bordeaux.

Odznaczeni: Krzyżem kawalerskim orderu Franciszka Józefa: Prof. Dr Józef Wiczkowski we Lwowie, Dr Józef Batko, lekarz konsularny w Suezie; tytułem radcy cesarskiego: Dr St. Chorόbski w Podhajcach, Dr A. Sawicki w Kańczudze; złotym krzyżem zasługi z koroną: Dr Chomin we Lwowie, Dr Niezabitowski w N. Targu, Dr Smorągiewicz w Podgórzu.

Zmarli: Okulista Prof. Dufour w Lozannie.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Rok XLIX. Kraków, dnia 27. sierpnia 1910. Nr 35.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Przetwór Ehrlicha »606« przeciw schorzeniom kiłowym

(Przyczynek do znaczenia jego w lecznictwie okulistycznem).

Skreślił

Prof. Bol. Wicherkiewicz.

(Dokończenie).

Gdy u chorego w czerwcu, badając go dzień w dzień, nie mogłem stwierdzić najmniejszej poprawy, jednorazowe wstrzyknięcie środka Ehrlicha budzi zajęcie, zwłaszcza, iż poprzednio stosowany arsykodyl ani nie szkodził, ani nie pomagał. Mimo to z tego przypadku żadnych wniosków czynić nie chciałbym, bo i wynik jest zbyt nikły i obserwacya niezupełna, chyba ten jeden, że gdyby arszenik bezwzględnie szkodził nerwom wzrokowym, nie wywołałby zaginionego już poczucia światła na oku prawem i nie poprawiłby go na lewem.

Gdy w tym przypadku mieliśmy do czynienia z zanikiem nerwu wzrokowego, to w następnym, d r u g i m, chodzi o zapalne obrzmienie nerwu na podstawie kiły. Tu już jesteśmy uprawnieni czynić pewniejsze wnioski z objawów, występujących po wstrzyknięciu.

Marya L. 36-letnia (zap. pod Nr 6230 b. r. w klinice), Chorą przedstawiono mi 27. lipca, przyczem dowiedziałem się, co następuje: W 6. roku życia przechodziła ospę, w 10. zapalenie stawów. Rodzice i rodzeństwo zdrowi. Zamężna od 7 lat. Wkrótce po ślubie przechodziła jakąś zakaźną chorobę części rodnych; leczona wstrzykiwaniami rtęci w Rzeszowie. Pierwszy płód poroniła po miesiącu, następne dwa połogi prawidłowe, dzieci żyją. Przed 7 miesiącami rozpoczęła się obecna choroba bólami głowy, które jednak wzmogły się dopiero przed 6 tygodniami do tego stopnia, iż towarzyszyły im wymioty i wzrok zaczął słabnąć. Od 5. lipca już musi być chora prowadzoną. Leczona przez wielu lekarzy, którzy jej przeważnie podawali aspirynę.

Badanie ogólne wykazuje liczne blizny po ospie na całem ciele, tłuszczak poniżej prawej pachy, a w okolicy lewego mięśnia naramiennego nieregularną czerwoną wciągniętą bliznę po wrzodzie, jaki chora miała mieć przed kilku miesiącami.

Prawe oko blade, rogówka czysta, przednia komórka nieco płytka, źrenica około 8 mm szeroka, na światło nie oddziałuje. Wziernik: PrO.: Drobne zaćmienia ciałka szklistego, granice tarczy zatarte, ona sama na dwie dioptrye czyli $^2/_3$ mm nabrzmiała, barwy żółtawej; na jej powierzchni naczynia rozdęte, miejscami znikają w utkaniu tarczy, żyły wogóle rozdęte, wijące się, gdy tętnice trochę cienkie. W okolicy tarczy wybroczyny. Przy plamce żółtej po stronie nosa plama nieregularna trójkątna o granicach zatartych, okalająca wynaczynienie. Plama ta biegnie ponad dolną żyłą skroniową (v. temp. inf.), która jest szeroka, ale mało ukrwiona. Napięcie oka prawidłowe, a dotykanie nie bolesne.

LO.: Spojówka blada, tylko od strony nosa liczniejsze naczynia biegną do zmętnienia rogówkowego przybrzeżnego, wielkości 2 mm, lekko ponad powierzchnię wystającego. Reszta rogówki czysta, a stan oka podobny do prawego. Wziernik wykazuje również podobne zmiany. Na tarczy przy tętnicy skroniowej górnej (art. temp. sup.) biała lśniąca plama, obejmująca $^1/_3$ powierzchni dość znacznie powiększonej tarczy, druga mniej regularna, ale większa, także lśniąca, wzdłuż żyły skroniowej dolnej (v. temp. inferior). Badanie wzroku wykazało zupełną ślepotę obustronną tak, że nawet silnego światła chora nie odczuwała.

Rozpoznanie: Neuritis descendens et retinitis probabiliter luetica.

Stan więc był tego rodzaju, iż wedle zasady »exoptionis imperatoriae« rokowanie co do przywrócenia wzroku musiało być beznadziejne i dlatego leczenie w tym kierunku nieuzasadnione. A jednak ze względu na wywiady wskazujące na podkład kiłowy, niemała była pokusa, by w tak rozpaczliwym stanie doświadczyć skutku środka Ehrlicha. Dla pewności badaliśmy chorą dalej w kierunku objawów kiłowych. Znamiennym był tylko język, na którego bokach widniały nieregularne okrągłe szare wybujałości nabłonka (leukoplazye). Zeskrobaliśmy w kilku miejscach te powierzchnie dla pozyskania preparatu drobnowidowego, a badanie, przeprowadzone sumiennie przez asystenta klinicznego Dr Rosenhaucha, wykazało krętki (spirochaete pallida).

Mocz zawierał ślad białka, zresztą był prawidłowy.

Byłem świadom tego, iż owe opisane wyżej plamy siatkówkowe przypominały białkomoczowe zapalenie siatkówki (retinitis albuminurica), — ów ślad białka, znaleziony w moczu, nie uprawniał jednak do odnoszenia tych zmian wyłącznie do cierpienia nerkowego.

Skłoniłem się w tych warunkach do zrobienia wstrzyknięcia Ehrlichowskiego, które wykonałem w dn. 28. lipca w południe w ilości 0,4. O godz. 5. popołudniu stwierdzono brak odczynu w miejscu wstrzyknięcia; ciepłota 37 C.; badanie wzroku wykazało już poczucie światła obustronnie.

Nazajutrz ciepłota ta sama. Oba oczy rozpoznają nawet światło słabe, a stoczek na odległość metra. Chora wodzi oczyma za poruszanym palcem. Dn. 30. VII. z powodu zamknięcia kliniki przeniesiono chorą do szpitala. Ostatni raz widziałem chorą 31. VII. i stwierdziłem, że chora palce poruszane przed okiem przy dziennem świetle doskonale śledziła, ale policzyć ich nie umiała. Wziernikiem

stwierdziłem, że obrzęk tarczy prawie ustąpił, nie mogłem bowiem refrakcyjnie znaleść różnicy między tarczą a jej otoczeniem, granice zaś tarczy stały się wyraźniejsze i to obustronnie. Ciepłota 36·6. Zmiany na języku prawie znikły, a zeskrobany nabłonek w pozostałych częściach nie zawierał już żadnych krętków. Mocz zawsze jeszcze zawierał ślady białka, ale dolegliwości przy oddawaniu moczu chora nie zauważyła. Na boleści w miejscu wstrzyknięcia nie skarżyła się.

Powrót poczucia światła nastąpił tak szybko, objawy wziernikowe tak widocznie ustępowały po tem wstrzyknięciu, że trudno oprzeć się przekonaniu, iż to wszystko nietylko »post hoc«, ale i »propter hoc«, a lubo wzrok tak minimalny na razie i to w przypadku tak rozpaczliwym — stanowi już coś, a nie wyłącza dalszej, większej poprawy.

Trzeci przypadek dotyczy osoby, przezemnie już przed 16 laty, — jak chora, 40-letnia D., sama opowiada, — leczonej ze skutkiem wstrzykiwaniami w żyłę zgięcia łokciowego. Prawdopodobnie były to wstrzykiwania sublimatowe, stanowczo jednak twierdzić nie mogę, nie mając książek protokołowych z owych czasów pod ręką.

Chora opowiada, iż w 16. r. życia przechodziła różę. W 18. roku zaczęła chorować na oba oczy. O ile sobie przypominam, był to jeden z przypadków rzadkiej postaci miąższowego zeschnięcia spojówki i rogówki, ale żadnych bliższych szczegółów na razie podać nie umiałbym. Chora przedstawiła mi się w rozpaczliwym stanie w dn. 3. lipca.

Wejrzenie ogólne przemawia za odżywieniem niedostatecznem. Słuch przytępiony. (Pr. U. zegarek na 10 cm. L. U. bezpośrednio przy uchu). Stwardnienie bębenków. PrO.: Spojówka cała bardzo skrócona tak, że załamki prawie zrównane. Spojówka sucha, pokryta miejscami odpadkami złuszczonego nabłonka. Również rogówki suche, a granica rogówkowo-twardówkowa zatarta. Rogówki w całości powierzchownie zmętniałe, tak że źrenic wcale nie widać. Brzegi powiek lekko podwinięte, w znacznej części rzęs pozbawione, a i te, które pozostały, mają nierówny kierunek, zwłaszcza zwracają się ku gałce. Od spojówki obu powiek krótkie marszczki łączą się ze spojówką gałki, która znowu przechodzi również na zeschniętą rogówkę, na której tu i owdzie ma naczynia powierzchowne. Stan lewego oka podobny, tylko brzeg górnej powieki więcej podwinięty z liczniejszemi rzęsami zwróconemi ku gałce. Wzrok: obustronnie z trudnością palce na 30 cm. W gardle znalazłem również błonę śluzową suchą, a na tylnej ścianie gardła po prawej stronie jakoby oddzielającą się błonę szarą. Rozpoznanie brzmiało: Xerosis parenchymatosa conj. et corneae, entropion et trichiasis secundaria oc. utr.

Jako przyczynę cierpienia przyjąłem pęcherzycę, a może złośliwą postać zapalenia egipskiego.

Przyjąłem chorą do kliniki i poleciłem stosować dioninę do prawego, jekwiritol do lewego oka. W kilka dni później zrobiłem na lewej górnej powiece operacyę wrostu rzęs moim sposobem z dobrym skutkiem. Ale pomimo tego leczenia i operacyi obraz spojówek i rogówek nie zmieniał się, a podmiotowo nie było można także żadnej zmiany stwierdzić. Chora bardzo tem przygnębiona.

Dn. 25. lipca poddano chorą raz jeszcze badaniu, stwierdzono W. = palce na 40 cm z trudem. Mocz bez białka i cukru. Onychorrhexis na wszystkich palcach. Przypuszczenie podstawy kiłowej. W południe wstrzyknięto 0·4 przetworu Ehrlicha pod łopatkę podskórnie bez objawów bolu; później wystąpił bol lekki, utrzymujący się do wieczora. Już nazajutrz stwierdzić mogłem: W. Pr. O. = palce na 1 mtr. LO. = na $^3/_4$ metra. Stan rogówek, a także spojówki stanowczo lepszy, daleko mniej suchy. Przy bocznem oświetleniu, lubo z trudnością, można prawie rozpoznać kontury źrenicy. Głos mniej ochrypły, słuch poprawił się tak, że niepotrzeba głosu podnosić, by być zrozumianym. Zegarek na pr. u.: na 15, na l. u.: na 5 cm. Bolesność w okolicy wstrzyknięcia za uciskiem także w przeciągu następnych 3 dni daje się stwierdzić, ale zauważyć powinienem, iż osoba ta, wogóle nerwowa, bardzo jest wrażliwa. Jakiegoś odczynu na skórze nie widać. Na pytanie podaje chora, iż rzadziej oddaje mocz i w znaczniejszej niż zwykle ilości. Badanie moczu nie wykazało jednak żadnych zmian. Zwykłe u chorej zaparcie stolca nie zmieniło się pod wpływem środka wstrzykniętego.

Dn. 31. VII. po raz ostatni zbadałem chorą i znalazłem jeszcze lepszy stan rogówek i spojówki, obie błony już wcale nie przedstawiają się suche, a rogówka więcej nawet przebija. To też i wzrok poprawił się do tego stopnia, iż prawem okiem rozpoznaje palce na pięć czwartych, a lewem okiem na półtora metra. Źrenica uwydatnia się lepiej, a po atropinie stwierdza się jej rozszerzenie. Ciepłota nie była nigdy podwyższona.

Zajęcie się przetworem Ehrlicha jest tak wielkie, iż badacze już nie w pismach lekarskich, ale codziennych politycznych dzielą się wynikiem badań. I tak »Neue Freie Presse« prawie w każdym numerze podaje pod tym względem komunikaty. Przytoczę tylko kilka z nich. W numerze z 4. sierpnia donosi drogą telegraficzną Prof. Marschalko z Klausenburga, iż na 26 przypadków, z wyjątkiem kilku, gdzie rzekomo z technicznych względów środek zawiódł, wynik był zadziwiająco dobry. W kilku przypadkach miał wystąpić odczyn w miejscu wstrzyknięcia. Objawów zatrucia nie było nigdy. Z Insbruku donosi znowu na tejsamej drodze w dn. 6. sierpnia Prof. Merk, dermatolog, iż doświadczał na 18 osobach — pomiędzy temi na dziecku i 2 kobietach ciężarnych i to ze skutkiem zdumiewającym, a wyniki bywają tem większe, im dawniejszą jest sprawa chorobowa i im groźniejsze jej skutki. W przeciwieństwie do tego, co donoszono z Pragi, nie zauważył Merk w żadnym przypadku objawów ubocznych. W numerze z 7. sierpnia podaje wiedeński syfilidog Dr Heufeld wrażenia, jakie wyniósł z kliniki Prof. Wechselmanna w Berlinie. Dowiadujemy się rzeczy już znanych z publikacyi Wechselmanna, który referentowi oświadczył, iż wprawdzie przetwór »Ehrlich-Hata« działa daleko pewniej i szybciej, aniżeli przetwory rtęciowe i jodowe, ale upłynie jeszcze kilka lat, zanim będzie można wydać ostateczny sąd o znaczeniu tego środka. Przeciwwskazaniem do stosowania »606« byłyby wedle Wechselmanna choroby sercowe lub zajęcia nerwów wzrokowych. Wiąd rdzenia i porażenie postępujące nie były dotychczas ani liczebnie, ani czasowo, dostatecznie tym środkiem leczone, ale już z kilku przypadków wynikałoby, że i te choroby są przystępne dla nowego środka. — Wedle telegramu »Neues Wiener Journal« miał Prof. Herxheimer w miejskim szpitalu we Frankfurcie odczyt, w którym wykazał zadziwiające i nieszkodliwe skutki środka »606«, a Ehrlich sam, nawiązując do wykładu, dał wyraz własnym zapatrywaniom: Ogólnie wedle niego leczono już 4000 przypadków, a o 2000 można śmiało powiedzieć, iż chorzy zostali ocaleni od śmierci. Wprawdzie zaszły 4 przypadki śmierci, ale o trzech stanowczo twierdzić można, iż nie środek, lecz fizyczny stan chorych był tego powodem. Zaniewidzenia nie stwierdzono ani razu, nie stwierdzono też nigdy zapalenia nerwu wzrokowego, ani wogóle żadnego zajęcia oka w następstwie wstrzyknięcia; przeciwnie kiłowe

zmiany oka szybko ustępowały pod wpływem środka. W końcu sądzi Ehrlich, że środek ten sprowadza nietylko szybkie, ale i trwałe wyleczenie. Również w najnowszym numerze »Berliner klinische Wochenschrift« podaje Dr Isaak, kierownik dawniejszej kliniki Lassara, wyniki leczenia 27 chorych, u których poprzednie leczenie rtęcią albo okazało się bezskutecznem, albo nawet szkodliwem, gdy środek Ehrlicha sprowadził wprost zdumiewające wyniki, bez zaburzeń choćby najmniejszych.

Widzimy, że daleko nam jeszcze do tryumfowania nad straszną plagą ludzkości, jaką od niepamiętnych czasów jest kiła, występująca w najrozmaitszych postaciach, często ukrytych. Niewątpliwie jednak zdobyliśmy dzięki Ehrlichowi środek, który w tej walce może przewyższy dawno znaną rtęć i nawet jod, który podobnie do preparatu »606« wprawił w zachwyt świat lekarski, gdy go około roku 1830 Wallace wprowadził do leczenia przeciwkiłowego. Entuzyazm nasz nie powinien atoli znajdować upustu na szpaltach pism politycznych, lecz wzmocnić naszą energię i czujność przy łożu chorego, w pracowniach naszych klinicznych.

Dalsze spostrzeżenia w sprawie leczenia błonicy surowicą swoistą [1]).

Podał

Dr Wincenty Puławski (z Radziejowa, gub. Warszawska).

W roku ubiegłym, 1909, miałem 35 przypadków błonicy, leczonej surowicą swoistą. Wśród nich były dwa śmiertelne (6%); przypadków z powikłaniami krtaniowemi było 21, czyli 60% ogólnej liczby; dały one zatem 9,5% śmiertelności. Zestawiając dane liczbowe w tablicy porównawczej z poprzednio opublikowanymi przypadkami, leczonymi surowicą, otrzymamy:

Rok	Liczba ogólna przypadków	Przypadków śmiertelnych	Dto w %	Przypadków krtaniowych	Dto w %	Śmiertelność ich w %
1909	35	2	6	21	60	9,5
1905—1908	668	44	6,6	360	54	12,2
1905—1909	703	46	6,5	381	54	12

Wszystkie spostrzegane przypadki dzieliły się, jak następuje:

I. Co do płci: chłopców 21; dziewcząt 14.

II. Co do wieku:

0 — 1 = 1	5 — 6 = 1
1 — 2 = 6	6 — 7 = 2
2 — 3 = 9	7 — 8 = 3
3 — 4 = 6	8 — 9 = 2
4 — 5 = 5	

1) Ciąg dalszy, patrz »Przegl. lek. 1909, Nr 21.

III. Co do dnia choroby, w którym surowicę wstrzyknięto:

A) Ogólna ilość przypadków.	B) Przypadki krtaniowe.
1 — 9	1 — 5
2 — 9	2 — 6
3 — 10	3 — 5
4 — 5	4 — 5
5 — 2	5 — 0

IV. Co do ilości wstrzykniętej surowicy:

A) Ogólna ilość przypadków.		B) Przypadki krtaniowe.	
1000 jedn. ochr.	6	1000 jedn. ochr.	0
2000 » »	21	2000 » »	14
3000 » »	6	3090 » »	6
4000 » »	2	4000 » »	1

V. Co do wielokrotności dawek:

1) jednorazowo 32
2) dwukrotnie 3

VI. Przypadków śmiertelnych miałem w r. 1909 dwa, a mianowicie:

1. Dziewczynka $3\frac{1}{4}$-letnia. Wstrzyknięto jednorazowo 3000 JO. w trzecim dniu; śmierć w 6-tym dniu. Objawy krtaniowe po sześciu dniach zapalenia gardła, rzekomo wyleczonego; gruczoły podszczękowe nieco powiększone i zlekka stwardniałe. Objawy krupowe bardzo ciężkie: krtaniowe, tchawiczne i oskrzelowe (croup descendens). Z powodu odległości zamieszkania przy ubóstwie rodziców zastrzyknięcie jednorazowe wraz z ol. kamf.

2. Chłopiec 8-letni. Wstrzyknięto jednorazowo 3000 JO. w 4-tym dniu; śmierć 7-go dnia. Przedtem wysypka (morbilli?), po której zniknięciu bez łuszczenia się w sześć dni później objawy rozległego obustronnego zapalenia migdałków. Gruczoły szyjne bardzo twarde i powiększone. Z powodu ubóstwa i odległości zamieszkania zgłosili się rodzice dopiero na czwarty dzień. Sinica, myosis; podczas zastrzyknięcia odczyn słaby.

VII. Wysypki posurowicze spostrzegałem w 17 przypadkach, co po odtrąceniu dwu śmiertelnych stanowi 51% ogólnej liczby; zjawiały się one tylko po wstrzyknięciu surowicy w ilości powyżej 1000 JO. czyli na 27 przypadków, po wyłączeniu śmiertelnych było 63% powikłań wysypkowych. Pokrzywkę spostrzegałem w 8 przypadkach (47%); rumień w 6 przypadkach (35%), a wysypkę wielopostaciową w 3 (18%). Trwanie wysypki, najczęściej wędrującej, było różne od kilku godzin do 4 dni z przerwami, prócz swędzenia nie sprawiała ona zgoła żadnych innych dolegliwości.

VIII. W roku ubiegłym było wśród leczonych surowicą dwoje dzieci którym surowicę wstrzykiwałem już po raz trzeci w ciągu ostatnich lat dziesięciu, a mianowicie:

1) Chłopiec, $8\frac{1}{2}$-letni, z powodu błonicy gardła i objawów krupowych otrzymał surowicę w ilości 3000 JO. Siódmego dnia po wstrzyknięciu wystąpiła pokrzywka, a miejscami plamy rumieniowe, które po upływie dwóch dni znikły bez śladu.

Temuż chłopcu w roku 1902, gdy liczył dziewięć miesięcy życia, wstrzyknąłem surowicę z powodu błonicy gar-

dła i krtani w ilości 2000 JO. w dwóch dawkach po 1000 JO., oraz w roku 1907, gdy liczył koło sześciu lat, w ilości 2000 JO., w jednej dawce z powodu błonicy gardła. Na szósty dzień po wstrzyknięciu zjawiła się pokrzywka, wędrująca po całej powierzchni skóry w ciągu dni dwóch; trzeciego dnia znikła bez śladu. Działanie surowicy zarówno w r. 1902, jak i w latach 1907 i 1909 niczem nie różniło się od siebie; za trzecim razem odczyn dodatni reakcyi był prędszy, tak, że okres zdrowienia był krótszy. Mogło to jednak zależeć od stosunkowo słabszego zakażenia, starszego wieku dziecka i większej ilości zastosowanej surowicy.

2) Dziewczynka, lat 8; po raz pierwszy stosowałem surowicę w r. 1903 z powodu błonicy gardła (chora miała wówczas dwa lata) w ilości 1000 JO,; zdrowienie było szybkie, wysypki nie spostrzegano. Powtórnie w roku 1906, w piątym roku życia, z powodu krupu, trwającego już dni cztery, leczyłem tę dziewczynkę surowicą przeciwbłoniczą (4000 JO. w dwóch dawkach po 2000 JO.), ze skutkiem jaknajlepszym. Po upływie dni siedmiu wysypka wielopostaciowa, mieszana: na twarzy rumień (rash), na całem ciele miejscami pokrzywka wędrująca, miejscami zaś plamy różycowate, również wędrujące. Swędzenie skóry i zjawianie się wysypki w różnych punktach trwało trzy doby bez żadnych innych objawów. Po raz trzeci w roku ubiegłym, mając lat osiem, otrzymała też chora surowicę w ilości 2000 JO. jednorazowo z powodu rozległej błonicy gardła z twardemi i powiększonemi bardzo wydatnie z obu stron gruczołami szyjnymi. Zdrowienie w tym razie było bardzo szybkie, a szóstego dnia po wstrzyknięciu wystąpiła pokrzywka, lekko swędząca, wędrująca po ciele w ciągu doby, poczem znikła bez śladu. Działanie surowicy przy powtórnem wstrzyknięciu w r. 1906 i przy trzeciem w r. 1909 niczem nie różniło się od pierwotnego w r. 1903. Żadnych innych objawów, mogących przypominać istnienie nadwrażliwości (anaphylaxia) nie zauważyłem. Wogóle przez cały czas stosowania surowicy przeciwbłoniczej, od r. 1895, i przeciwpłoniczej, od r. 1904, leczyłem 703 przypadki surowicą pierwszą i 112 surowicą drugą, wśród nich zas z górą w 50 wstrzykiwałem surowicę po dwa, trzy i cztery razy w odstępach kilkoletnich. Bliższe szczegóły i dokładne zestawienie przypadków tych podam w notatce następnej, która obejmie zestawienie danych z całego ubiegłego 15-letniego okresu stosowania przezemnie surowicy przeciwbłoniczej. Tutaj wspomnę tylko, że na 46 przypadków śmiertelnych, leczonych surowicą przeciwbłoniczą i 15 takichże, leczonych surowicą przeciwpłoniczą, w żadnym nie wstrzykiwano przedtem jakiejkolwiekbądź surowicy, czyli, że zejście śmiertelne ani razu nie nastąpiło po dokonanej reinjekcyi.

Nadesłane przez Komitet łódzki 6. V. 1910.

Piśmiennictwo bieżące.

Choroby skórne i weneryczne.

(Leczenie przetworem Ehrlicha »606«).

Wechselmann. **O leczeniu kiły przetworem Ehrlicha (»606«).** Süsskind. **Krętki u chorych leczonych przetw. E.** Lange C. **O odczynie Wassermanna u leczonych przetw. E.** (Derm. Zeitschr 1910. 7). Na podstawie leczonych przez siebie 54 przypadków [1]) kiły, stwierdza W. przedewszystkiem, że arsenobenzol Ehrlicha nie działał szkodliwie na czynności przewodu pokarmowego, serca, na wydzielanie białka i cukru, wreszcie, że nie wywierał szkodliwego wpływu na nerw wzrokowy nawet u chorego, który przebył zapalenie tego nerwu. Dalej wykazał W. szybkość działania jednorazowego wstrzyknięcia w leczeniu zmian kiłowych wczesnych i późnych, a nawet na postaciach złośliwych. Szczególnie jednak zwraca W. uwagę na korzystne działanie w przypadkach nieuleczalnych. Jako czynnik wielkiego znaczenia przytacza W. pomyślne działanie na ogólny stan chorych, co ujawniło się szczególnie w przypadkach gruźlicy u kiłowych. Początkową dawkę 0,30 zwiększył W. później do 0,45 u kobiet, a 0,50 gr. u mężczyzn. Nawrotów choroby po leczeniu nigdy nie zauważył. W kile t. zw. dziedzicznej u dzieci zwracać trzeba uwagę na ich stan odżywienia i na dawkowanie. — S., który w powyższych przypadkach badał zachowanie się krętków, stwierdza, że najpóźniej w 6—7 dniach po wstrzykiwaniu ginęły zupełnie, co odpowiadało i ustępowaniu objawów klinicznych. Przytem opisuje on bardzo znamienne zmiany w krętkach co do do ich ruchomości i postaci, z czego wnosi, że arsenobenzol działa swoiście na krętki. — Z badań L. co do zachowania się odczynu Wassermanna w powyższych przypadkach wynika, że odczyn ten stawał się ujemnym prawie we wszystkich przypadkach po 4 tygodniach. Czas występowania ujemnego odczynu zależał od natężenia odczynu przed leczeniem, a natężenie to opadało powoli bez nieregularnych wahań. Krzyształowicz.

Fischer i Hoppe. **Zachowanie się przetworu Hata-Ehrlicha w ustroju ludzkim.** (Münch. med. Woch. 1910. 29). Badania moczu chorych, leczonych tym przetworem, wykazują, że arszenik wydziela się po wstrzykiwaniach miąższowych znacznie powolniej (do 10 dni), niż po wstrzykiwaniach do żyły (2—3 dni), powolniej również u chorych, dotkniętych porażeniem postępującem, niż w kile wczesnej. Również w kale pojawia się arszenik nawet w 10 dni po wstrzykiwaniach miąższowych, a 5. lub 6. dnia po śródżylnych. W narządach wewnętrznych tak leczonych chorych nie znaleziono arszeniku (u chorej zmarłej z innej przyczyny w 14 dni po wstrzykiwaniu, u drugiej w 36 dni), ale wykazano dość znaczne ilości wstrzykniętego przetworu między mięśniami. We krwi stwierdzono obecność arszeniku w drugim dniu po wstrzykiwaniu, w 14 dni potem nie było nawet śladu. Po zmieszaniu krwi barana z przetworem Ehrlicha wykazali autorowie, że wyciąg wodny jest wolny od arszeniku, podobnie nie zawiera go tłuszcz krwi, a wyraźne ślady stwierdzono w mydłach, a szczególnie w białku krwi. Krzyształowicz.

Loeb H. **Doświadczenia z przetworem »606«.** (Münch. med. Woch. 1910. 30). Autor stwierdza, że dość znaczna bolesność pojawia się po wstrzykiwaniach miąższowych drugiego lub trzeciego dnia i trwa 8 dni. Podniesienie ciepłoty zjawia się wkrótce po wstrzykiwaniu, waha się między 37·5—38·5 i przeciąga się 2—3 dni. W żadnym z 35 leczonych przypadków nie spostrzegał L. objawów zatrucia, a wynik korzystny był nawet szybki; już po jednym dniu nacieki pierwotne i kłykciny sączące pokrywały się naskórkiem, plamy bladły, guzki zapadały się, gruczoły zmniejszały się znacznie szybciej, niż po leczeniu rtęciowem. Autor stwierdza zatem, że jednem wstrzyknięciem uzyskuje się bardzo szybko taki wynik, jak po kilkotygodniowem leczeniu rtęcią. Prócz przypadków kiły stosował L. ten przetwór w przypadku brodawek płaskich (verrucae planae juveniles) z bardzo dobrym wynikiem, bo do dwóch tygodni zginęły wszystkie brodawki, rozsiane

[1]) Porównaj Nr 34. »Przeglądu lek.« str. 501, streszczenie późniejszej pracy W., dotyczącej już kilkuset przypadków.

licznie na rękach i twarzy. W drugim przypadku arsenobenzol usunął w kilkunastu dniach objawy neurodermitis chron., istniejące obok zmian kiłowych. L. sądzi zatem, że przetworu tego użyć można w przypadkach tych chorób, w których używa się przetworów arszenikowych.

Krzyształowicz.

Glück A. **Zestawienie 109 przypadków leczonych przetworem »606«.** (Münch. med. Woch. 1910. 31). Z objawów ubocznych po wstrzykiwaniu opisuje G. w 5 przypadkach wystąpienie krótko trwającej pokrzywki, w dwóch rumienia płonicowatego; innego działania szkodliwego nie spostrzegał, zaznaczając przytem z naciskiem, że w przypadkach przewlekłej gruźlicy nietylko nie było pogorszenia po wstrzykiwaniach, ale raczej pewne polepszenie. Dawkę pierwotną 0,3 gr. zwiększał G. do 0,4—0,5 gr. i stwierdzał we wszystkich przypadkach szybkie ustępowanie objawów kiłowych; nawet ciężkie wysypki guzkowe i krostkowe znikały do 8—9 dni w zupełności. Chrypka (w 14 przyp.) znikała już następnego dnia po wstrzykiwaniu, gdy przyczyną był rumień krtani, a po 5 dniach w przypadkach owrzodzeń. Nieco uporczywsze były kłykciny około stolca (do 17 dni). Obrzęk gruczołów ustępował w 8—10 dni. Podobnie i zmiany oka (keratitis, iritis) ustępowały w znacznie krótszym czasie, niż po rtęci. W przypadku kiły złośliwej wrzody oczyściły się już w dwa dni po wstrzykiwaniu, a po 14 dniach były zupełnie zagojone. Dobre wyniki i w krótkim czasie otrzymywał G. także w przypadkach kiły późnej (kilaki skóry, błon śluzowych, kości i okostnej). Krętki znikały zawsze szybko. W żadnym z leczonych przez siebie przypadków G. nie widział nawrotu choroby. W dwóch przypadkach porażenia postępującego i jednym zaniku nerwu wzrokowego nie widział po dawce 0,50 gr. żadnego skutku. W 3 przypadkach kiły były także objawy łuszczycy zwyczajnej, które znikały w 15—21 dniach zupełnie bez leczenia miejscowego. Wreszcie przytacza autor dwa przypadki krwotoków mózgowych na tle kiły, leczonych na oddziele Prof. L. Korczyńskiego dawką 0,40 gr., w których po dwóch tygodniach uzyskano bardzo znaczne polepszenie. Krzyształowicz.

Bohač i Sobotka (Praga). **O objawach ubocznych przy stosowaniu arsenobenzolu (606).** (Wien. klin. Woch. 1910. 30). U trzech chorych z 14 leczonych tym przetworem pojawiły się objawy następujące: prócz gorączki i wielkich bólów w miejscach wstrzyknięcia zatrzymanie moczu, trwające 1—9 dni, zaparcie stolca i brak odruchów kolanowych i innych. Autorowie przypuszczają zatem, że przetwór użyty w dawce 0,5—0,65 gr., był uzyskany w nieprawidłowy sposób i dlatego szkodliwy. Ehrlich wyjaśnia w »Münch. med. Woch.« Nr 32., że z tego samego przetworu rozesłano wielką ilość do różnych klinik i z żadnej, na wyraźne jego zapytanie, nie było wiadomości o jakichkolwiek niepomyślnych skutkach lub działaniach ubocznych. Przypuszcza zatem, że przyczyną wspomnianego przez powyższych autorów ubocznego działania szkodliwego był dodatek nie całkiem czystego wyskoku metylowego.

Krzyształowicz.

Iversen (Petersburg). **O leczeniu kiły przetworem Ehrlicha.** (Münch. med. Woch. 1910. 33). Autor wstrzykiwał do żyły 0,4—0,5 gr. tego przetworu, a w 48 godzin potem jeszcze 0,3—0,4 miąższowo — w tym celu, aby przedłużyć działanie arsenobenzolu, który wśród mięśni pozostaje dłużej i nie tak łatwo wydziela się z ustroju, jak po wstrzykiwaniach śródżylnych; zarazem zaś wprowadza się w ten sposób większą dawkę przetworu, bo 0,75 - 0,80 gr. W niektórych przypadkach zauważył I. w kilka godzin po wstrzykiwaniu silny dreszcz, czasem wymioty i wodnisty stolec. Po dawce 0,3—0,4 gr. pojawiały się w niektórych przypadkach nawroty choroby. Objawów ubocznych szkodliwych I. nie zauważył, a stwierdza, że odżywienie i stan ogólny chorych znacznie się poprawiał. Krętki w zmianach w skórze i w gruczołach chłonnych znikały szybko, a odczyn Wassermanna stawał się ujemnym w 20—40 dni po wstrzykiwaniu, w dwóch przypadkach już w 8—10 dni. I. zauważa w końcu, że. jak dotąd, nie można być pewnym, czy otrzymane wyniki będą zupełnie trwałe.

Krzyształowicz.

Taege. **Skuteczne leczenie oseska kiłowego przez leczenie karmiącej go matki przetworem »606«** (Münch. med. Woch. 1910. 33). Autor wstrzyknął matce dziecka kiłowego (pemphigus syphil.), u której stwierdzono podczas ciąży objawy kiły, w dziesięć dni po porodzie 0,3 gr. przetworu Ehrlicha. Matka karmiła dziecko sama. Na trzeci dzień po wstrzykiwaniu zmiany kiłowe zaczęły u dziecka szybko ustępować i wkrótce znikły zupełnie. Przypuszczenie, że arszenik przechodzi do mleka matki, nie potwierdziło się, gdyż go w mleku nie wykazano. Na zapytanie wyjaśnił Ehrlich, że przypuszcza w tym razie działanie antytoksyn, wytworzonych przez powstanie endotoksyn, jako następstwo obumarcia krętków. Jakkolwiekbądź, ważnem jest w tym razie stwierdzenie tej okoliczności, że leczenie matki wystarcza do usunięcia objawów kiły u dziecka, u którego niepodobna stosować przetworu »606« ze względu na powstające pod jego wpływem wielkie ilości endotoksyn.

Krzyształowicz.

Neisser A. i Kuznitzky. **O znaczeniu arsenobenzolu w leczeniu kiły.** (Berl. klin. Woch. 1910. 32). Autorowie sądzą, że na mocy dotychczasowych wyników nie można wątpić o bardzo wybitnem działaniu tego przetworu na sprawy kiłowe, gdyż jest ono stanowczo silniejsze, niż rtęci i jodu. We wszystkich przypadkach z wyraźnymi objawami kiły, ustępowanie objawów odbywa się nader szybko i bardzo dokładnie. Musi być zatem obecnie zadaniem naszem wszystkie przypadki kiły poddawać leczeniu arsenobenzolem w jak najwcześniejszym okresie.

Krzyształowicz.

Treupel. **Doświadczenia z przetworem Ehrlicha w przypadkach kiły.** (Deuts. med. Woch. 1910. 30). Wedle autora środek ten działa szybko i pewnie nawet w przypadkach uporczywych, z drugiej strony jednak nie można dotąd mówić o uleczeniach trwałych. Po wstrzykiwaniach miąższowych nie spostrzegał T., prócz podwyższenia ciepłoty i odczynu miejscowego, który często bywał bardzo dolegliwy, żadnych innych objawów ubocznych. Wydzielanie arszeniku moczem trwało 10—12 dni. Wstrzykiwana dawka wynosiła 0,4—0,7 gr. Krzyształowicz.

Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

Ogólne uśpienie henodalem przez wprowadzanie do krwi polecają na podstawie doświadczeń na zwierzętach Fedorow i Jeremitsch. (Zbl. f. Ch. Nr 9). K.

Dodatek gumy do tropakokainy przy znieczuleniu rdzeniowem (polecany przez Erhardta) zachwala Hertel. Powikłania (np. porażenia i t. p.) występują przytem niezmiernie rzadko, a znieczulenie jest pewniejsze. (Münch. med. Woch. Nr 16).

Zmiany w moczu po znieczuleniu rdzeniowem stowainą przy operacyach ginekologicznych wykazał Erggelet. Z 50 badanych osób, 42 nie okazywało żadnych zmian w moczu. Otóż z tych 42 wykazano u 36 (t. j. 85·7%) po znieczuleniu patologiczne składniki w moczu, a mianowicie u 9 białko, u 2 wałeczki, u 25 oba. Białka średnio było $^1/_2$ pro mille. Pierwsze zmiany zjawiały się w 1—$1^1/_2$ godziny po wstrzyknięciu, a znikały w 2—5 dni bez śladu. (Inaug. Diss. Fryburg). A.

O stosowaniu parafiny do plastyki. (Haesner). Wstrzykiwania robić powinni tylko operatorzy i to obeznani do-

kładnie z techniką. Zatory płucne wydarzały się tak po miękkiej, jak i po twardej parafinie. Po używaniu parafiny miękkiej o wiele częściej powstają zmiany w oczach, dalej wędrowanie wstrzykniętej masy i tworzenie się guzów parafinowych. Z czasem parafina miękka ulega wessaniu. (Inaug. Diss. Wrocław). A.

W jednym przypadku tężca użył Wiedemann do leczenia z pomyślnym skutkiem surowicy krwi drugiego chorego, który właśnie tężec przebył. (Münch. med. Woch. Nr 14). A.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Akademia Umiejętności w Krakowie.

Wydział matematyczno-przyrodniczy.

(Dokończenie).

5) Czł. N. Cybulski przedstawia pracę p. J. Dunin-Borkowskiego: **O absorbcyi ciał aglutynujących i hemolizujących.** Autor wykazuje, że w procesie aglutynacyi krwinek zapomocą $AgNO_2$ i $Hg(NO_3)_2$ odbywa się zjawisko typowej absorbcyi. $FeCl_2$ ciałka nie pochłaniają wcale. Autor dochodzi pomiędzy innemi do następujących wniosków: 1) ciałka krwi posiadają prawdopodobnie gąbczastą lub porowatą budowę; 2) teorya absorbcyjna aglutynacyi nie odpowiada rzeczywistości. Autor badał również absorbcyę hemolizujących środków: KCN, H_3BO_3, CH_3COOH; spółczynniki absorbcyi tych ciał różnią się pomiędzy sobą bardzo znacznie. Z istniejących teoryi hemolizy żadna nie jest w zgodzie z doświadczeniem. Oznaczenia absorbcyi zapomocą metody Arrheniusa stwierdziły: 1) że metoda badania Arrheniusa nie zawiera zasadniczych błędów (mało jednak jest ścisła), 2) że obliczenie spółczynników absorbcyi jest oparte na hypotezach, którym przeczą fakta. Autor zbadał wreszcie spółczynniki ekstynkcyi oksyhemoglobiny cyanowej w całym obszarze widma i obmyślił nową metodę oznaczania chloru w odczynach biologicznych.

6) Czł. St. Bądzyński przesyła rozprawę Dra Winc. Czerneckiego: **Badania ilościowe nad kwasami oksyproteinowymi w cieczach surowiczych jam ciała oraz we krwi ludzi zdrowych i chorych.** Do wykrycia kwasów oksyproteinowych w cieczach surowiczych ustroju posłużył się autor przesiękiem wydobytym z jamy brzusznej. Zapomocą metod, znanych z prac Prof. Bądzyńskiego i jego spółpracowników, udało mu się wykryć w tych cieczach kwasy, które dawały sole barowe nierozpuszczalne w wyskoku i zawierały azot i siarkę, mianowicie: kwasy grupy oksyproteinowego, strącalne tylko octanem rtęci, oraz kwasy grupy alloksyproteinowego, strącalne prócz tego także octanem ołowiowym; wśród pierwszych nadto kwas, który dawał odczyn dwuazowy z odczynnikiem Ehrlicha, więc antoksyproteinowy, wśród drugich związek, który posiadał wszystkie własności barwika moczu.

Po wykazaniu w cieczy surowiczej a tem samem i we krwi ludzkiej, obecności poszukiwanych związków, autor wykonał liczne oznaczenia ilościowe zawartości tych związków w przesiękach i w wysiękach jako też w surowej krwi, mianowicie bądź ludzi zdrowych bądź też w niektórych chorobach, zapomocą metody, zasadniczo podobnej do tej, którą podał Gawiński. Prócz azotu kwasów oksyproteinowych oznaczył autor ilość azotu wszystkich ciał niebiałkowatych zawartych we krwi, mianowicie w celu zbadania, jaką rolę odgrywają kwasy oksyproteinowe wśród innych przetworów przemiany białka, zawartych we krwi; wreszcie zaciekawiony rolą barwika moczu w składzie tych przetworów, zawartych w odbiałczonej cieczy surowiczej, oznaczał także ilość azotu w strącie, który wytwarzał w tej cieczy octan miedziowy.

Azot kwasów oksyproteinowych w badanych przesiękach stanowił od 6·9 do 41·6% azotu wszystkich zawartych we krwi związków niebiałkowych, przetworów przeróbki białka w ustroju. Zawartość ich we krwi osób zdrowych była jeszcze wyższa, wynosiła od 26·6% do 40·4% całego niebiałkowego azotu krwi. Badania wykazały zatem, że kwasy oksyproteinowe biorą bez porównania większy udział w składzie azotu wszystkich przetworów przemiany materyi zawartych we krwi, niż w składzie tych przetworów w moczu. Być może, iż część tych związków ulega jeszcze spalaniu przed wydaleniem z ustroju, lecz wydalenie ich przez nerki odbywa się prawdopodobnie znacznie powolniej niż usuwanie tak prostych krystalicznych związków jak mocznik, kwas moczowy, kreatynina, których cząsteczki są znacznie mniejsze. Autor wnosi stąd, że kwasy oksyproteinowe odgrywają znaczną rolę w wiązaniu zasad mineralnych w cieczach międzytkankowych oraz w zasadowości krwi.

W bezwzględnie większej ilości niż w prawidłowej krwi autor znalazł kwasy proteinowe w ciężkich przypadkach chorób nerek, którym towarzyszyła mocznica, w których wszakże odsetkowo stanowiły mniejszą cząstkę ogólnego azotu niebiałkowego niż w prawidłowej krwi. Wreszcie w znacznie zwiększonej ilości (w stosunku do innych azotowych ciał wyciągowych) znalazł autor te kwasy w cieczach z jamy brzucha w dwóch przypadkach zanikowej marskości wątroby, skąd wnosi, że wątroba jest narządem, w którym część kwasów oksyproteinowych ulega dalszej przeróbce, zanim z ustroju wydalona zostaje.

Prócz tego autor spostrzega, że znaczna część azotu niebiałkowego, tak krwi, jakoteż cieczy surowiczych, przypada na ciała strącalne octanem miedzi, wśród których prócz zasad purynowych, zawartych w bardzo nieznacznej ilości, oraz uchromu, znajdować się muszą jeszcze nieznane bliżej złożone związki azotowe.

(Treść 19 innych prac, przedstawionych na tem posiedzeniu, przekracza ramy »Przeglądu lek.«).

Sekretarz zawiadomił, że w d. 3. maja i 22. czerwca r. b. odbyły się posiedzenia Komisyi antropologicznej. Na posiedzeniach tych między innemi Prof. Talko-Hryncewicz zdał sprawę z III. Zjazdu archeologicznego zwołanego do Boskowic, na którym przedstawił czaszki przedhistoryczne, pochodzące z mogił Azyi środkowej (ob. Mat. arch.-antr. i etnogr. IV. 1900) i kości długie z tychże mogił oraz spółczesne czaszki mongolskie i buryackie. Prof. Talko-Hryncewicz przedstawił pracę Dra Leona Rutkowskiego p. t.: »Charakterystyka antropologiczna ludności podłużnogłowej pow. Płońskiego oraz porównanie jej z ludnością krótko- i średniogłową«.

Sekretarz zawiadomił, że w d. 27. czerwca odbyło się posiedzenie Komisyi historyi nauk matematyczno-przyrodniczych na którem m. i. Prof. Birkenmajer zawiadomił o wykryciu trzech nieznanych pism Wojciecha z Brudzewa († 1494) oraz nieznanego pisma Jana Głogowczyka († 1507) profesorów Uniw. Jagiell., pomiędzy rękopisami biblioteki Uniwersytetu w Jenie. Treść ich tyczy się astronomii, meteorologii, matematyki, oraz fizyognomiki.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne d. 17. maja 1910 r.

Leon Kryński: **Dalsze przyczynki do operacyjnego leczenia choroby Gravesa-Basedowa.** Prelegent przytoczył statystykę wyników leczenia operacyjnego choroby Gravesa, zebraną przez chirurgów Heinecka, Kochera i Mayo, z której widać, że wyleczenie nastąpiło w 70% do 80% operowanych chorych; śmierć nastąpiła w 4 do 5·6%. Daleko gorzej przedstawia się statystyka internistów według Sterna. Na 100 przypadków zupełne wyleczenie nastąpiło tylko w 18%. Liczby te mówią same za siebie. Następnie przedstawił Kryński chorą, operowaną 3 tygodnie

temu z powodu choroby Basedowa. Przytoczywszy historyę choroby przed i po zabiegu, wykazuje Kryński wybitną poprawę zarówno stanu podmiotowego, jak i przedmiotowego.

W dyskusyi podkreśla Stanisław Kopczyński wybitną poprawę podmiotową u przedstawionej chorej (brak lęku, uczucia gorąca, uderzeń do głowy, drżenia wewnętrznego) przy względnie nieznacznem polepszeniu podmiotowem, a zwłaszcza przy trwającej pobudliwości układu naczynio-ruchowego; uważa, że i osiągnięta poprawa warta była zabiegu chirurgicznego.

Puławski zwraca uwagę, że chore Kryńskiego zawcześnie po operacyi (4 tygodnie) wracają do swoich zajęć. To może wpływać niekorzystnie na skuteczność zabiegu operacyjnego. Chorzy Kochera zwykle przez parę miesięcy znajdują się nietylko pod nadzorem lekarskim, ale są odpowiednio leczeni. Następnie zaznacza P., że spostrzegając znaczną liczbę chorych na chorobę Gravesa, doszedł do przekonania, iż leczenie wewnętrzne nie przynosi korzyści w poważnej liczbie przypadków, nie chroni od nawrotów, a stosowane zbyt długo, zmniejsza lub unicestwia szanse, jakie dałyby się osiągnąć przez operacyę.

Kozerski, nawiązując przemówienie do przedstawionego na przeszłem posiedzeniu preparatu gruczołu tarczowego, gdzie Kryński znalazł wylewy i kruchość tkanek po naświetlaniach, co uważa za przeszkodę do operacyi, przypuszcza, że w danym przypadku był jeszcze odczyn z powodu naświetlań. Należy więc przystępować do operacyi po zniknięciu wpływów naświetlań, mniej więcej w 3 do 4 tygodni.

Kryński w odpowiedzi Kopczyńskiemu zwraca uwagę, że Kopczyński nie docenia zapisanych własnoręcznie na karcie szpitalnej zmian na lepsze w danym przypadku. Między innemi zapisał Kopczyński, że po 5 nachyleniach tętno chorej przed operacyą wynosiło 146, po operacyi zaś po 5 nachyleniach wynosiło 126 uderzeń. Szerokość szpary ocznej również się zmniejszyła. Uznając za słuszne żądania Puławskiego, zaznacza Kryński, że w naszych warunkach szpitalnych niemożliwą jest rzeczą zatrzymywać chorych takich na dłuższy przeciąg czasu w szpitalu po zabiegu operacyjnym. Tadeusz Wilczyński.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Sprawozdanie z działalności Sekcyi pedyatrycznej w 2-gim roku jej działalności (od października 1909 do czerwca 1910).

W okresie sprawozdawczym odbyło się 14 posiedzeń Sekcyi: 4 kliniczne w szpitalu Anny Maryi, 9 odczytowych (w Tow. lek. łódzkiem) i 1 sprawozdawcze.

Na posiedzeniach klinicznych 10 kolegów okazało 35 przypadków chorobowych (26 ze szpitala Anny Maryi dla dzieci, 9 z praktyki), mianowicie: 1) Brudziński J.: Przypadek żółciowej marskości wątroby, 3 przypadki powikłań płucnych w przebiegu błonicy krtani. 2) Czaplicki B.: Przypadek skrzywienia bocznego szyi, trudny do rozpoznania. 3) Goldenberg A.: 5 przypadków opadnięcia nerki i nerki ruchomej u uczniów szkolnych. 4) Goldman A.: Przypadek wrodzonego obustronnego zwichnięcia kości biodrowych. 5) Jasiński Wacł.: a) Przypadek białaczki szpikowej, leczony pomyślnie zapomocą Roentgena. b) Przypadek przewlekłego zapalenia kilku stawów, pochodzenia gruźliczego. c) Przypadek wędrującego zapalenia płuc z objawami mózgowemi. d) Przypadek ropnia opadowego, wskutek gruźlicy kręgów z objawami dławca. e) 2 przypadki mongołowatości. f) Przypadek zwężenia krtani (intubowany) nieustalonego pochodzenia (strumitis?). 6) Lipszyc J.: Przypadek ostrej niedomogi serca w przebiegu wady zastawkowej. 7) Mogilnicki T.: a) Przypadek wypadnięcia cewki u 11-letniej dziewczynki. b) Przypadek kiłowego zapalenia okostnej. c) Przypadek, rozpoznany jako guz móżdżku. 8) Pański A.: a) Przypadek obrzęku śluzowatego. b) Przypadek ostrego zapalenia mózgowia w przebiegu płonicy. 9) Rozenblatówna H.: a) 3 przypadki gruźlicy płuc i 1 zołzów, leczone tuberbuliną. b) Przypadek wrodzonego wodogłowia. c) Przypadek mikromelii. d) Przypadek kiłowego zapalenia chrząstki pośredniej (osteochondritis). 10) Tomaszewski A.: a) Przypadek wrodzonego zniekształcenia kończyn dolnych (z brakiem kości śródstopia). b) 2 przypadki pęknięcia cewki wskutek kamicy pęcherza. Prócz tego na posiedzeniach klinicznych przedstawiono preparaty drobnowidowe krwi (w białaczce) i histologiczne preparaty wątroby (Rozenblatówna), preparaty anatomopatologiczne z sekcyi (Rozenblatówna, Jasiński) i operacyi (A. Tomaszewski), dalej kilka rentgenogramów, fotografie stereoskopowe (Tomaszewski), wreszcie ezofagoskop (Tomaszewski) ze sposobem stosowania ezofagoskopu u dzieci (Tomaszewski).

Na posiedzeniach miesięcznych wygłoszono 9 odczytów: 1) Brudziński: O helioterapii gruźlicy w uzdrowiskach szwajcarskich. 2) Brudziński: O różnych postaciach zapaleń opon mózgowych u dzieci. 3) Prechner: O encephalitis acuta u dzieci. 4) Jasiński W.: O drgawkach u dzieci. 5) Tomaszewski A.: O powstawaniu skrzywień bocznych kręgosłupa u dzieci. 6) Mogilnicki T.: O skazie dnawej i otyłości u dzieci. 7) Rozenblatówna H.: O zołzach, limfatyzmie i skazie wysiękowej u dzieci. 8) Rotwand S.: O zwężeniu i kurczu odźwiernika u dzieci. 9) Lipszyc J.: »Kropla mleka« w walce ze śmiertelnością niemowląt. Na jednem z posiedzeń opisał Brudziński nową klinikę dla dzieci we Lwowie, zaś Rozenblatówna wzorową instytucyę do badań nad niemowlętami w Niemczech, otworzoną niedawno w Berlinie.

Na 13 posiedzeniach Sekcyi było razem 233 słuchaczy; oprócz członków Sekcyi na posiedzenia uczęszczało 34 członków lub gości Tow. lekarskiego. W dyskusyach na posiedzeniach przemawiano 67 razy, w tem 12 razy dyskusya była przygotowanem dopełnieniem odczytu prelegenta (Sonnenberg, Pański, Klozenberg i inni).

Oprócz działalności naukowej, przewodniczący Sekcyi poczynił starania co do reprezentowania pedyatryi polskiej na Zjeździe międzynarodowym pedyatrów w Paryżu (w kwietniu 1911), a członkowie Sekcyi zapisali się na członków międzynarodowego Stowarzyszenia pedyatrów (Societé de Pediatrie).

Na ostatniem (XIV) posiedzeniu Sekcyi pedyatrycznej łódzkiej po odczytaniu sprawozdania rocznego i krótkiem omówieniu programu pracy na rok przyszły, żegnano uroczyście ustępującego prezesa Sekcyi Dra Józefa Brudzińskiego. Szereg przemówień rozpoczął Dr Wł. Pinkus, który podniósł zalety osobiste Dra B., w szczególności jego wysokie pojęcie o godności i etyce lekarskiej; dalej Dr Schoenaich omówił zasługi Dr Br. dla szpitala Anny Maryi, Dr W. Jasiński dziękował w imieniu członków Sekcyi za inicyatywę utworzenia Sekcyi i specyalnego organu »Przeglądu pedyatrycznego«; następnie przemawiał prezes (Dr Krusche) i sekretarz (Dr Sonnenberg) Tow. lekarskiego łódzkiego, Dr Maybaum żegnał Dra B. jako kolegę i przyjaciela, Dr Tomaszewski mówił w imieniu oddziału chirurgicznego szpitala, Dr Rozenblatówna od lekarzy miejscowych; wreszcie Dr Rotwand dziękował Dr B. za serdeczny stosunek jego do kolegów szpitalnych, oraz wręczył Dr B. w imieniu pracujących w szpitalu lekarzy dar pożegnalny (płaskorzeźbę z bronzu z postacią alegoryczną nad gmachem szpitala). Po posiedzeniu odbyła się wspólna wieczerza, w której wzięło udział przeszło 40 kolegów — przemawiali jeszcze Chodźko, Kopciński, Koliński, Mogilnicki, Przedborski — Dr Brudziński dziękował i odpowiadał.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Kasy chorych w Europie. Według obliczeń »Arbeitsblattu« ubezpieczenie ludności na wypadek choroby tak się przedstawia w rozmaitych państwach Europy: W Niemczech istnieje 23.057 kas dla chorych z 13·2 milionami członków; w Austryi 2897 kas z 3·04 milionami członków; w Węgrzech 176 kas z 800 tysiącami członków; we Włoszech 6535 towarzystw, liczących jeden milion członków; we Francyi 19·983 stowarzyszeń pomocniczych i 199 kas górniczych, liczących razem 4·8 milionów członków; w Belgii 3550 towarzystw pomocniczych z 420.000 członków; w Wielkiej Brytanii 27.213 towarzystw z 6·1 milionami członków; w Norwegii 650 kas z 440.000 członków; w Szwecyi 2386 kas, liczących 585.888 członków; w Danii 1492 kas z 44.860 członkami; w Finlandyi 184 kasy z 626.500 członkami; w Hiszpanii 1200 towarzystw z 70.000 członków; w Holandyi 650 kas z 600.000 członków. Opłaty do kas chorych wynoszą w Niemczech 351 milionów marek, w Austryi 55·1 milionów marek, we Węgrzech 15·8 milionów, we Włoszech 7·5 milionów, we Francyi 35 milionów, w Belgii 3·8 milionów. Wydatki kas chorych wynoszą rocznie: w Niemczech 331 milionów marek, w Austryi 49·2 mil. marek, we Węgrzech 13·3 mil., we Włoszech 4 miliony, we Francyi 22 mil., w Belgii 3·6 milionów marek. (»N. Ref.«).

Lekceważenie stanu lekarskiego przez niektórych fabrykantów dochodzi do tego, że mają oni czelność proponować w rozsyłanych okólnikach wprost prowizyę od każdego przez lekarza przepisanego, względnie zaleconego przyrządu. Tak np. niejaka firma »Wolf-Odra« z Moraw ośmiela się za sprzedane w ten sposób przyrządy do kąpieli z CO_2 proponować 20%. Traktowanie lekarzy jakby komiwojażerów, nietylko powinno być publicznie napiętnowane, ale także sami lekarze powinni na tę obrazę odpowiedzieć bojkotem takich fabryk. R.

Cholera coraz więcej zagraża środkowej Europie. Oprócz dawniejszego ogniska w Rosyi, gdzie w tegorocznej epidemii dotąd zachorowało 57720, a zmarło 25564 osób, i skąd zaraza dotarła w ostatnich dniach już w najbliższe sąsiedztwo Galicyi, w Lubelskie — powstało drugie ognisko we Włoszech. R.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 14. VIII. do 20. VIII. 1910 zgłoszono przypadków: błonicy 6 † 3 (w tem obcych 3 † 3), krztuśca 6 † 1, płonicy 9 † 2 (4 † 1), odry 2, duru brzusznego 1 † — (1 † —), gorączki połogowej 1 † 1 (1 † 1), róży 1. Dr Janiszewski.

Zjazd chirurgów polskich w Warszawie.

(6., 7. i 8. października 1910 roku).

W dalszym ciągu zgłoszono następujące wykłady:

78) Prof. L. Rydygier (Lwów). Nasze stanowisko w leczeniu chirurgicznem wrzodu żołądka. 79) Tenże. Leczenie słoniowaciny sposobem Handleya. 80) Tenże. O wycinaniu stercza. 81) A. Rydygier (Lwów). Badania doświadczalne nad wycięciem ganglion stellatum. 82) Tenże. Uwagi nad postępowaniem wobec nowotworów esicy i odbytnicy. 83) Tenże. O zakładaniu odbytu sztucznego w kształcie syfonu sposobem L. Rydygiera. 84) Jedlicka (Lwów). Wpływ miesienia bezpośredniego na korę mózgową. 85) Tenże. Przeszczepianie mięśni w przypadkach przepuklin rozległych. 86) Tenże. Pokaz kamieni nerkowych wraz z uwagami rozpoznawczemi. 87) Ostrowski (Lwów). O przeszczepianiu naczyń. 88) Tenże. O gruźlicy kątnicy. 89) Tenże. Przedstawienie okazu mięśniaka odbytnicy. 90) Schatz (Lwów). O następstwach późniejszych zwichnień barku. 91) Tenże. Postępowanie w operowaniu wilczej paszczy. 92) Majewski (Lwów). O leczeniu gruźlicy żeber i mostka. 93) Edelschein (Lwów). O powikłaniach pooperacyjnych ze strony płuc. 94) Tenże. O sposobach gastrostomii. 95) Pohorecki (Lwów). O postępowaniu operacyjnem w raku języka. 96) Stankiewicz Czesław (Warszawa). Kilka uwag z powodu przypadku wynicowania pęcherza moczowego (operacya Maydl-Borelius). 97) Tenże. Przedstawienie okazów anatomicznych. 98) Goldberg H. (Łódź). Spostrzeżenia nad znieczuleniem lędźwiowem. 99) Ciechomski (Warszawa). Uwagi nad plastyką przełyku według sposobu Roud. 100) Krąkowski (Warszawa). O skręceniach esicy. 101) Kiełkiewicz (Warszawa). O rozpoznawaniu wczesnem gruźlicy nerek. 102) Hincz (Warszawa). O postępowaniu operacyjnem w przypadkach pericolitis et sigmoiditis chron. 103) Lewenstern (Warszawa). O tłuszczakach zaotrzewnych. 104) Wertheim (Warszawa). W sprawie leczenia przetok kałowych. 105) Garszyński (Warszawa). W sprawie leczenia operacyjnego wypadnięcia odbytnicy. 106) Gurbski (Warszawa), 107) Majewski (Warszawa), 108) Zielińska i Gurbski (Warszawa), tematy podane będą później.

Dalsze zgłoszenia przesyłać należy (przed 15. września br.) do przewodniczącego Komitetu Zjazdowego (Warszawa, ul. Kopernika 15, Prof. Dr Kryński).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Redaktor główny »Przeglądu lekarskiego« Prof. Dr Ciechanowski, wyjechał na ferye; w czynnościach redakcyjnych zastępuje go chwilowo Prof. Dr Dobrowolski (Podwale 2).

Warszawa. Magistrat uchwalił w szpitalu Dzieciątka Jezus liczbę łóżek powiększyć przez ustawienie w przejściu środkowem w pawilonach 96 łóżek składanych. Na wolnym placu na terytoryum szpitala wzniesiony ma być nowy pawilon na 120 łóżek. Dom administracyi ma być przekształcony na pawilon dla 135 chorych, dla służby zaś wybudowany ma być gmach nowy. Rozszerzony ma być także szpital praski przez przybudowanie nowego pawilonu na 200 łóżek. Kosztorys tych wszystkich reform wynosi około pół miliona rubli.

Łódź. Prezesem Sekcyi pedyatrycznej Towarzystwa lekarskiego łódzkiego obrano Dra Wacława Jasińskiego, sekretarzem Dra Stefana Rotwanda.

Zmarli: mg. chirurgii Szymon Adler w Monasterzyskach.

Redakcya otrzymała: Krajewska: La tétanie des femmes ostéomalaciques. XVI. Congr. intern. de méd. 1909.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Rok XLIX. Kraków, dnia 3. września 1910. Nr 36.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z kliniki medycznej Uniwersytetu Jagiell. pod kierownictwem Prof. W. Jaworskiego w Krakowie.

Wpływ kąpieli gazowych na krążenie krwi u ludzi ze zmianami w narządzie krążenia, w szczególności z wadami serca. (Część II.).

Podał

Dr W. Skórczewski.

W części pierwszej niniejszej pracy, zajmującej się działaniem kąpieli kwasowęglowych naturalnych (woda krynicka ze źródła Słotwińskiego) na krążenie u ludzi o sercu zdrowem, wskazałem na potrzebę przeprowadzenia podobnych doświadczeń u ludzi z narządem krążenia chorobowo zmienionym. Dzięki uprzejmości Prof. Jaworskiego, dyrektora kliniki lekar. U. J. w Krakowie, który udzielił mi pozwolenia wyzyskania materyału klinicznego, mogę obecnie podać dalsze wyniki mych doświadczeń. Doświadczenia te przeprowadzałem na chorych na serce, uwzględniając wszystkie kliniczne rodzaje wad sercowych. Jako główny cel mej pracy wytknąłem sobie pytanie: czy kąpiel bezwodnikowa wywiera działanie hypersteniczne na naczynia obwodowe, i czy zwiększa pracę serca? Jedynie na drugiem miejscu, jako cel poboczny, podaję kliniczną stronę mych doświadczeń, a więc historye chorób i wyniki leczenia kąpielowego.

Z konieczności musiałem posługiwać się kąpielami sztucznemi, co jednak wobec uprzednich doświadczeń z kąpielami wodnemi i mineralnemi nie wychodzi na niekorzyść, ale raczej powiększa ilość stosowanych środków. Kąpiele te w największej części wykonano zapomocą nasycenia zimnej wody wodociągowej bezwodnikiem węglowym z syfona, zapomocą przyrządu »Non plus ultra« (dostarczonego do mych doświadczeń bezinteresownie przez firmę Max Paschke, Wien) i zmieszanie jej ze zwykłą wodą gorącą. Przy sposobności podnieść muszę działanie bez zarzutu tego przyrządu i znaczny stosunkowo stopień nasycenia wody. Dalej używałem kąpieli sztucznych bezwodnikowych w postaci mieszanin w proszku, tabletkach, i płynie wyrobu fabryki Tlen, Dr Sedlitzky, Formica, Lebram Formica. W sposobie wykonywania doświadczeń przeprowadziłem niektóre zmiany, aby wyniki uczynić jak najpewniejszymi. A więc w pierwszym rzędzie nie uciekałem się obecnie do zastosowania poprawki podczas kąpieli, w celu uniknięcia uważania obniżenia ciśnienia, zależnego od zmiany położenia siedzącego na pół leżące w wannie i poziomu badanego tętna wobec serca za zmianę wskutek kąpieli powstałą, ale przez zaprowadzenie odpowiednio wysokich stołeczków, wstawianych do wanny, sprowadziłem poziom badanego tętna do poziomu serca. Dalej zamiast początkowego i końcowego pomiaru u chorego siedzącego przy stole, wprowadziłem pomiar w pozycyi pół-leżącej w wannie próżnej, przez co uniknąłem wszystkich tych zarzutów, któreby można podnieść przeciw stosowaniu poprawki.

I tutaj doświadczenia moje polegały na pomiarach ciśnienia zapomocą przyrządu H. Recklinghausena i to zawsze ciśnienia palpacyjnego i oscylacyjwych skurczowego i rozkurczowego, dalej na zmierzeniu liczby tętna i oddechów, zapomocą polygrafu Jaqueta. Aby jednak módz odeprzeć ewentualne zarzuty przeciwników manometrów metalowych, dołączałem do manszetu Recklinghausena manometr rtęciowy i oznaczałem w ten sposób ciśnienie palpacyjne analogicznie do przyrządu Riva-Rocciego. Wreszcie przeprowadziłem szereg doświadczeń, w których pomiary ciśnienia starałem się utrwalić graficznie, mianowicie zapomocą turgotonografu Straussa i w ten sposób zyskać od sugestyi osobistej niezależną metodę ocenienia wyników. Aby wreszcie stwierdzić kliniczne objawy, oznaczałem niekiedy, nie w każdej kąpieli, granice serca i płuc i badałem uderzenia koniuszkowe, charakter tętna, wreszcie zdejmowałem z uderzenia koniuszkowego kardyogramy, starając się uniknąć wszelkiego poruszenia się przyrządu przenoszącego.

Przechodząc do szczegółowego omówienia mych doświadczeń, podzielić je muszę na 2 grupy. Grupa I. obejmuje 80 doświadczeń, w których mierzyłem ciśnienie sfigmomanometrem Recklinghausena i manometrem rtęciowym, liczyłem ilość tętna i oddechów, stosując kąpiele dziesięć minut trwające o ciepłotach 23^0, 24^0, 25^0, 26^0, 27^0, 28^0, 29^0, 30^0, R. (po dziesięć doświadczeń w każdej ciepłocie). Z doświadczeń tych zmuszony byłem podać jedynie tablice średnich, ponieważ tablice poszczególnych doświadczeń zajęłyby zbyt wiele miejsca. (Tabl. 1). Jak z tablicy średnich z łatwością odczytać można, wyniki mierzeń ciśnienia przyrządem Recklinghausena nie odbiegają od wyników, otrzymanych u ludzi zdrowych. I tutaj stwierdzić możemy z końcem kąpieli nieznaczne obniżenie ciśnienia średnie i to dla ciepłot od 23^0 do 30^0 R. i ciśnienia palpacyjnego, w cyfrach następujących: + 0.6, — 2, — 1·9, — 6·7, — 3, — 6·7,

TABLICA I.

Średnie otrzymane w 80 kąpielach o ciepłocie 23⁰ R. do 30⁰ R. po 10 doświadczeń w każdej średniej.

		Średnie kąpieli 23⁰ R.	Średnie kąpieli 24⁰ R.	Średnie kąpieli 25⁰ R.	Średnie kąpieli 26⁰ R.	Średnie kąpieli 27⁰ R.	Średnie kąpieli 28⁰ R.	Średnie kąpieli 29⁰ R.	Średnie kąpieli 30⁰ R.
Ciśnienie palpacyjne w cm. sł. wody	przed kąpielą	150	146	146·5	143	148·5	149·1	145·6	161·3
	wśród kąpieli	150·6	144	144·6	130·3	145·5	142·8	132·7	148
	po kąpieli	153·8	146	146·5	142	149·2	145·7	139·6	155
Ciśnienie rozkurczowe oscylacyjne w cm sł. wody	przed kąpielą	75·5	83	84	90·5	81·5	90·5	84·5	86·8
	wśród kąpieli	73·5	83	82·5	86·5	73·7	88·5	79·5	80·6
	po kąpieli	75·5	84·5	85·5	91·3	80·8	91·5	88·5	83·5
Ciśnienie skurczowe oscylacyjne w cm sł. wody	przed kąpielą	163	156·5	156·5	151·6	157·5	161	159·4	183·3
	wśród kąpieli	159·8	154·6	157·2	144	154·9	159·5	149·4	170·5
	po kąpieli	166	153·8	156·7	150·6	156	158·5	151·1	173·5
Ciśnienie palpacyjne manometrem rtęciowym w mm. sł. rtęci	przed kąpielą	113	109	112·9	111·7	110·9	113	115·7	121·2
	wśród kąpieli	110·6	106·1	105·7	102·4	108	109·4	102·1	112·3
	po kąpieli	116·6	110·3	109·3	111·3	109·8	113·7	112	112·8
Liczba tętna	przed kąpielą	72·3	84·8	81·7	89·6	77·4	74·6	85·2	79·8
	wśród kąpieli	69·8	83·1	81·7	90·1	75·2	81·8	92·8	87·8
	po kąpieli	73·6	85·8	81·7	83	72·8	87·2	90	79·4
Liczba oddechów	przed kąpielą	18·9	20·3	19·1	22·5	20	19·1	20·5	18·5
	wśród kąpieli	20·4	20·3	20·4	19·3	20·2	18·1	21·6	19·4
	po kąpieli	19·2	20·4	20	19·5	20·6	17·7	22·3	18·4

— 12·9, — 13·3, cm. sł. wody. Kąpiel 23⁰ R. jest nieznacznie podnoszącą ciśnienie, od 28⁰ do 30 R. obniżenie ciśnienia wzrasta. Ciśnienie rozkurczowe daje mniejsze różnice, niż ciśnienie palpacyjne; obniżenie przy 28 do 30⁰ R. dochodzi do 7 cm. sł. wody. Ciśnienie skurczowe oscylacyjne zachowuje się zupełnie analogicznie do palpacyjnego. Dalej ciśnienie palpacyjne, mierzone manometrem rtęciowym dało przy kąpieli 23⁰ do 30⁰ R., również podobne wyniki (— 2, 4, — 2, 9 — 7, 2 — 9, 3, — 2·9, — 3·6, — 13·6, — 8·9).

Wreszcie wobec niezamieszczenia w pracy oryginalnych wyników doświadczeń podać muszę dla każdej ciepłoty ilość stwierdzonych podwyższeń i obniżeń ciśnienia. Liczby te odnosić się będą do ciśnienia palpacyjnego. I tak przy ciepłocie 23⁰ po cztery podniesienia i obniżenia, dwa bez zmiany ciśnienia; przy 24 R. pięć podniesień, cztery obniżenia, jedno bez zmiany; 25⁰ pięć obniżeń, trzy podwyższenia, dwa bez zmiany; 26_0 R. — dziewięć obniżeń, jeden bez zmiany; 27⁰ R. — dwa podniesienia. pięć obniżeń, trzy bez zmiany; 28_0 R. — siedem obniżeń, trzy bez zmiany; 29⁰ R. — dziewięć obniżeń, jeden bez zmiany; wreszcie 30⁰ R. — jedno podniesienie, osiem obniżeń, jedno bez zmiany. Z liczb tych wysnuć można łatwo wniosek, iż obniżająco działa tutaj wznosząca się ciepłota kąpieli, a stwierdzone przy niższej ciepłocie podniesienia ciśnienia wywołane są nie swoistem działaniem bezwodnika węglowego, lecz działaniem kąpieli o ciepłocie niższej od obojętnej. Po kąpieli wyniki średnie, otrzymane od 23⁰ do 30 R., są + 3·8, 0, 0, — 1, + 0·7, — 3,4 — 6,0 — 6,3 dla ciśnienia palpacyjnego, przy ciśnieniu rozkurczowem oscylacyjnem zmiany w ciśnieniu nie przekraczają, 3 cm. sł. wody, a przy skurczowem oscylacyjnem zachowują się analogicznie do palpacyjnego. Wreszcie ciśnienie palpacyjne, mierzone manometrem rtęciowym, daje przy kąpielach 23⁰ do 30⁰ R. liczby następujące: + 3, 6, + 1·3 — 3·6, — 0·4, — 1·1 + 0·7, — 3·7, — 8·4 mm. sł. rtęci. Wyniki po poszczególnych kąpielach: przy ciepłocie 23⁰ R. siedem podniesień, dwa obniżenia, jedno bez zmiany sfigmomanometrem Recklinghausena, a sześć podniesień, po dwa obniżenia, jedno bez zmiany manometrem rtęciowym; przy 24⁰ R. po trzy podniesienia i bez zmiany, cztery obniżenia (6 podniesień, 3 obniżenia, jedno bez zmiany manometrem rtęciowym); przy ciepłocie 25⁰ R. po trzy podniesienia i obniżenia, 4 bez zmiany; 26⁰ R. — po trzy podniesienia i bez zmiany, 4 obniżenia; przy 27⁰ R. po dwa podniesienia i dwa obniżenia, 6 bez zmiany; przy 28⁰ R. 2 podniesienia, 5 obniżeń, 3 bez zmiany; przy 29⁰ jedno podniesienie, 7 obniżeń, dwa bez zmiany; przy 30⁰ po 2 podniesień, i bez zmiany, 6 obniżeń.

(C. d. n.).

O nowej próbie barwików żółciowych.

Podał

Dr S. Justman (Łódź).

Metody rozpoznawania barwików żółciowych w moczu są dwojakie: fizyczne i chemiczne. Do fizycznych należy stwierdzanie barwy samego moczu, oraz piany, powstającej po skłóceniu moczu. Mocz, mający barwę brunatną, zbliżoną do barwy piwa bawarskiego, oraz dający po skłóceniu pianę żółtą, uważany bywa za mocz, zawierający barwiki żółciowe. Cechy te jednak są wyraźne tylko przy względnie znacznej zawartości barwików żółciowych, przy małej — cechy te zawodzą. Metodą fizyczną jest również próba Haycrafta, podług którego kwiat siarczany, posypany na powierzchnię moczu żółtaczkowego, opada natychmiast lub bardzo prędko na dno. Metody chemiczne opierają się wszystkie (prócz próby Krokiewicza) na fakcie zmiany zabarwienia z brunatnego na zielone zawartej w moczu żółtaczkowym bilirubiny w razie zetknięcia się jej z ciałem utleniającem. Próba odnośna Gruelina, oraz modyfikacya jej na sączku grzeszą zarówno co do jasności wyników, jak i co do bezpieczeństwa techniki. Zielona obrączka, powstająca przytem, jest w znacznej części zamaskowana ciemno-brunatną obrączką urobiliny, jest przytem mętna i nie

trwała. Z drugiej strony stosowanie dymiącego kwasu azotowego naraża na bolesne oparzenia. Inne próby, oparte na tej samej zasadzie, jak Jollesa, Huppert-Salkowskiego, Kammerstena, są dość złożone, co utrudnia stosowanie ich poza pracowniami. Te względy skłaniają mnie do ogłoszenia nowej próby, która, nie mając powyższych wad, daje wyniki bardzo czyste. Pierwowzorem tej próby jest próba Trousseaua, polegająca na dodawaniu do moczu w probówce kilku kropel jodyny wprost, lub rozcieńczonej poprzednio dziesięciokrotnie wyskokiem. Jeżeli jodyna jest świeża, wtedy przy ostrożnem jej dolewaniu otrzymujemy pomiędzy górnym nieprzeźroczystym słupem rozcieńczonej moczem jodyny i dolnym słupem moczu cienką obrączkę zieloną. Jeżeli jodyna postoi jakiś czas, wtedy zmienia się chemicznie: alkohol etylowy utlenia się pod wpływem jodu w aldehyd kwasu octowego. O zmianie chemicznej, zaszłej w jodynie, świadczy jaśniejsza jej barwa, oraz charakterystyczny ostry, gryzący zapach aldehydu. Ponieważ jednak aldehydy mają silne własności redukujące, przeto i zmieniona w powyższy sposób jodyna przestaje być dobrym odczynnikiem utleniającym. Jeśli dodamy jeszcze, że zawierająca aldehyd kwasu octowego jodyna miesza się gwałtownie z moczem nawet przy bardzo ostrożnem jej dolewaniu, uniemożliwiając w ten sposób powstanie wyraźnej obrączki, to sądzę, że wszystkie wymienione powyżej względy wystarczają do zupełnego usunięcia jodyny, jako odczynnika. Wszystkich tych wad jodyny niema rozczyn Lugola, nie zmieniający się nawet po dłuższem staniu. Dla wykrycia krwawników żółciowych w moczu trzeba do kilku centymetrów sześciennych przesączonego moczu dolać ostrożnie pipetkę dwugramową wody, zabarwionej kilkoma kroplami odczynu Lugola na żółto. Wtedy na granicy pomiędzy dwoma słupami żółtemi ujrzymy wyraźny pierścień zielony, który jeszcze przez czas długi zachowuje swą barwę. Jeżeli w moczu są tylko ślady barwików żółciowych, to wtedy jest blado-zielony, widoczny na białem tle (papierze, białej ścianie i t. p.); oglądany pod światło, pierścień taki jest bezbarwny, niczem nie różniący się od pierścienia powstałego w moczu prawidłowym.

To, co wyżej powiedziano, możemy streścić w następujący sposób:

I. Metody fizyczne badania moczu co do barwików żółciowych są bardzo niedokładne.

II. Z szeregu odczynników pracownianych powinny być usunięte: dymiący kwas azotowy z powodu niebezpieczeństwa oparzeń, jodyna z powodu jej niestałości.

III. Próba z bardzo rozcieńczonym rozczynem Lugola jest prostsza, dokładniejsza i czulsza od innych, pospolicie używanych.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Arlt. **Nasze doświadczenia nad znieczuleniem rdzeniowem.** (Münch. med. Woch. 1910. Nr 28). W r. 1906 podał A. osobne narzędzia do znieczulania rdzeniowego: igłę, fiolkę szklanną i balonik. Igłę wbija się do kanału kręgowego, gdy płyn zaczyna wyciekać przyłącza się fiolkę, w której jest już środek znieczulający w proszku. Gdy się ten rozpuści, do drugiego końca fiolki dołącza się balonik i zapomocą niego wpycha się płyn do kanału. Obecnie rozporządza A. statystyką 2543 przypadków, znieczulanych w ten sposób. Wyniki swego doświadczenia streszcza A. następująco: W razie możności wyboru (przy operacyach poniżej pępka) pomiędzy uśpieniem a znieczuleniem rdzeniowem, powinno być wybrane znieczulenie rdzeniowe, a bezwarunkowo należy je stosować w razie powikłań ze strony nerek, płuc i serca. Nie nadają się zaś do znieczulenia rdzeniowego: młodzi poniżej 16 lat, ludzie nerwowi, dalej przypadki wybitnej gruźlicy lub silnych zakażeń ogólnych. A. uważa bardzo na pilne odkażanie skóry w miejscu wstrzykiwania, odnosząc wiele następowych powikłań znieczulenia do nieczystego postępowania. Kilkakrotne wkłuwania wywołują potem silne bole w krzyżach. A. używa tropakokainy i postępując swoim sposobem nie zauważył nigdy żadnych powikłań, jak porażeń, bolów głowy, gorączki i t. p. Zawiodło go znieczulenie zaledwo w 1—2%. Wszelkie zaburzenia odnosi A. do wadliwej techniki i zakażeń, a nie do zatruć środkiem znieczulającym (?). Obecnie postępuje A. jeszcze w ten sposób, że po wstrzyknięciu zatrzymuje jeszcze igłę na miejscu (odjąwszy fiolkę: igła ma swój koreczek), odczekuje wystąpienia znieczulenia i wtedy wypuszcza nieco więcej płynu niż przedtem. Z badań Profesora Pregela zaś wynika, że przez to wypuszcza się nieraz do 25% wstrzykniętego środka znieczulającego, przez wypuszczenie zaś to nie skraca się wcale czasu znieczulenia. Klęsk.

Cremer. **Zatrucie połączeniem tlenku węgla z chlorem albo fosgenem.** (Aerztl. Viertl. Rundschau 1910. III). Autor wspólnie z drugim lekarzem narkotyzującym i położną uległ zatruciu fosgenem, wskutek operowania przez długi czas przy uśpieniu chloroformowem w sali, ogrzanej piecykiem naftowym. Jak wiadomo, chloroform wobec nafty lub gazu palącego się, rozkłada się, a wytwarzający się fosgen wywołuje objawy duszności, wymiotów, uporczywego kaszlu, bolów głowy i t. p. Wskutek takiego zatrucia w jednym przypadku zmarła w Herne jedna siostra miłosierdzia, a operator walczył kilka dni ze śmiercią. W przypadku autora chora nie uległa zatruciu zapewne z tego powodu, że leżała nizko, a gazy, jako lekkie, unosiły się wyżej. Jeżeli z konieczności operować trzeba przy gazie lub nafcie, należy przynajmniej starać się ograniczyć ilość podanego chloroformu, a to przez kombinacyę z zamroczeniem skopolamonowomorfinowem. Klęsk.

Delrez. **Wstrzykiwania mydła w leczeniu chirurgicznem, zwłaszcza przy chirurgicznej gruźlicy.** (Zeitsft. f. Tuberkul. XV. 6). D. poleca wcierania, zwłaszcza wstrzykiwania mydła płynnego w ogniska gruźlicze, szczególnie w ropnie zimne. Mydło płynne jest znakomitym środkiem odkażającym, bo niszczy zarazki, nie uszkadzając tkanek. Do wstrzykiwań używa D. mydła potasowego (sapo kalinus) na pół z wodą lub alkoholem, wstrzykując z tego rozczynu bardzo wolno w ognisko 2—3 cm³. K.

Müller. **Nowy sposób leczenia nowotworów złośliwych.** (Münch. med. Woch. 1910. Nr 28). Zdaniem wielu nowotwory złośliwe leczyć można jedynie chirurgicznie, a wszelkie inne »zachowawcze« sposoby leczenia stosować wolno tylko w przypadkach nieuleczalnych i przy nawrotach. Gdybyśmy tylko w przypadkach »nieuleczalnych« próbowali różnych metod, to bardzo trudno byłoby znaleść sposób uleczania spraw dotąd nieuleczalnych. Dlatego też M. sądzi, że należy próbować leczyć nowotwory i innymi sposobami, zwłaszcza, że często zdarzają się chorzy, nie chcący się dać operować. Bardzo energicznymi sposobami nieoperacyjnego leczenia są, zdaniem M., promienie Röntgena i fulguracya. M. łączy ze sobą oba te sposoby i osiąga przez to bardzo dobre wyniki, albowiem przez fulguracyę ułatwia się niejako dostęp promieniom roentgenowskim. M. kończy posiedzenie przepuszczeniem prądu o wysokiem napięciu. Na dowód skuteczności swego sposobu przytacza M. 5 przypadków zupełnego wyleczenia raków i mięsaków i liczne przypadki wybitnych polepszeń. Niektóre nowotwory opierają się promieniom x, lecz tu zapomocą termopenetracyi udaje się nieraz wywołać odczyn na promienie x. Czasem następuje zanadto szybkie wessanie nowotworu i wtedy należy leczenie przerwać. Rad nie nadaje się do tej kombinacyi środków leczniczych. Jeżeli przedtem bezpośrednio chory leczony był promieniami x, nie należy stosować sposobu M., przynajmniej przez pewien czas. K.

Werner i Caan. **O działaniu promieni Röntgena na nowotwory.** (Münch. med. Woch. 1910. Nr 26—27). Doświadczenie autorów opiera się na obfitym materyale heidelberskiego instytutu dla badania raka, za czas od 1. I. 1908 r. do 1. V. r. b. Jako ogólną zasadę przyjąć należy, że nietylko te same (drobnowidowo) nowotwory, ale nawet różne części tego samego guza oddziałują różnie na naświetlanie. To też działania promieni i skuteczności ich przewidzieć nie można. W jednych przypadkach działają promienie leczniczo, a w innych pozostają bez skutku, ba nawet mogą szkodzić, wywołując wprost szybki wzrost i rozsiewanie się nowotworu w ustroju. Natomiast podmiotowo uzyskuje się zwykle wielki efekt zwłaszcza co do bolów i oczyszczania się owrzodzeń. Bardzo dobrą jest kombinacya leczenia promieniami Röntgena i radem; nawroty po tem leczeniu są rzadkie, gdy pod wpływem samych promieni Röntgena znikają nieraz guzy bardzo szybko lecz też szybko tworzą nawroty, które już później nie ulegają działaniu rentgenizacyi. Natomiast zwykle wprost rosną pod wpływem rentgenizacyi śluzakomięsaki (myxosarcoma). Mięsaki barwikowe nie nadają się do leczenia rentgenizacyą, bo nieraz rozpadają się tak szybko, że grozi to zatruciem ustroju. Leczenie promieniami Röntgena nadaje się znakomicie jako uzupełnienie operacyi lub też jako leczenie przygotowawcze do operacyi, np. gdy guz jest nieruchomy i duży, tak że na razie nie można przystąpić do operacyi. Tak zw. sensybilizacya tkanek z pomocą chininy, choliny, fluorescyny i t. p. nie daje pewnych wyników, czasem nie działa, a czasem wywołuje skutek za szybki t. j. rozpad guza. Rentgenizacya nie może jednak, jak dotąd, zastąpić całkowicie operacyi krwawej. K.

Prof. Wrede. **Zachowawcze leczenie czyraka twarzy.** (Münch. med. Woch. 1910. Nr 29). Niedawno temu ogłosił Keppler pracę, w której zachwala leczenie złośliwego czyraka twarzy jedynie zapomocą zastoiny sposobem Biera. W. występuje przeciwko temu jednostronnemu traktowaniu sprawy. Bezwątpienia czyraka twarzy w wielu przypadkach wyleczyć można zachowawczymi sposobami, ale wtedy udaje się to i bez zastoiny, a nawet bez tamponady. Czyrak staje się bowiem »złośliwym« zwykle wskutek maltretowania palcami (a nawet ssawką Klappa), a co gorsze, gdy leży wprost na żyle i powoduje wystąpienie zapalenia żyły. Wtedy nie pozostaje nic innego jak nóż, a o potrzebie operacyi sądzić możemy z rozszerzania się obrzęku, bolesności, napięcia, ciepłoty i t. p. Jeżeli zaś leczymy zastoiną, wtedy nie możemy dokładnie oceniać, stanu miejscowego, bo obrzęk zastoinowy zaciera zupełnie obraz. Chyba i sam Keppler nie radzi wszystkim szablonowo, nawet przy zakrzepie żyły i grożących przerzutach zakładać opaskę na zagrożone miejsca? O ile też przy wągliku operacya jest zwykle zbyteczna, a nawet wprost szkodzi, ustrój zaś najlepiej daje sobie sam rady, o tyle przy czyraku i wogóle ropieniach na tle ziarenkowców postępowanie zachowawcze jest tylko wyjątkowo dozwolone, jako ustępstwo dla kosmetyki, a pewność w przypadkach ciężkich daje tylko racyonalne nacięcie. K.

Freund. **Leczenie wola promieniami Röntgena.** (Wien. med. Woch. 1910. Nr 21). Pomienie Röntgena wywołują często (na 17 leczonych u 11 pewien skutek) zmniejszanie się gruczołu, ale skutek jest niepewny i nieobliczalny, czasem nie wielki, a czasem znów za szybki z objawami tyreoidyzmu (2 przypadki). Tam więc, gdzie można, powinno się i nadal operować wole, a leczenie zachowawcze przez rentgenizacyę pozostaje jako »ultimum refugium« przy objawach zwężenia u ludzi, u których operować nie można (zmiany w sercu, naczyniach i t. p.) lub też gdy chory w żaden sposób na zabieg zgodzić się nie chce. — Zarzuca się także leczeniu promieniami to, że w następstwie wytwarzają się zrosty gruczołu z otoczeniem, utrudniające znacznie następową operacyę. Otóż zrostów tych podług F. można obecnie uniknąć przez stosowanie lamp twardych i przez filtrowanie promieni powierzchownych. K.

Prof. Heitler. **Zaburzenia serca wskutek drażnienia osierdzia. Zachęta do kokainizacyi osierdzia przy operacyach na sercu.** (Med. Klinik 1910. Nr 25). W swoich doświadczeniach na zwierzętach przekonał się H., że mechaniczne i elektryczne drażnienia osierdzia wywołują często niemiarowość i zaburzenia czynności serca, natomiast unika się ich, jeżeli przedtem osierdzie w danem miejscu zostało znieczulone 10% kokainą. Tam, gdzie przez drażnienie osierdzia silnymi prądami, w zwykłych warunkach wywołać można odruchowo porażenie serca, po kokainizacyi tego już się nie spostrzega. Na podstawie tego, poleca autor przy operacyach na sercu przed nacięciem worka osierdziowego wypędzlowanie tegoż 10% kokainą. Po operacyi kokainę można ew. wymyć fizyologicznym rozczynem soli kuchennej. K.

Ginekologia i położnictwo.

Kownatzki: **Adrenalina i zmięknienie kości.** (Münch. Med. Wochschr. 1910 r. Nr 20). Bezwątpienia spostrzega się w wielu przypadkach po trzebieniu przy zmięknieniu kości poprawę, ale są też przypadki, opierające się temu leczeniu. — Podanie wzajemnego stosunku gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem zwróciło uwagę na gruczoł tarczowy i nadnercza i nie brak też obecnie publikacyi, donoszących o korzystnym wyniku leczenia zmięknienia kości zapomocą thyreoidyny, anythyroidyny, nadnerczy lub adrenaliny. K. spostrzegał właśnie przypadek w którym u kobiety 21-letniej, cierpiącej na zmięknienie kości, wstrzykiwania adrenaliny wywołały wprost cudowny skutek i to w krótkim stosunkowo przeciągu czasu. Dowodzi to, że istnieją różne przyczyny powstawania tego cierpienia, a raczej że ma ono może źródło we wzajemnem, a nieraz różnem działaniu na siebie jajników, tarczycy gruczołów przytarczycowych i nadnerczy. K.

Prof. Krönig i Dr Gauss. **O ile naświetlanie rentgenowskie wpływa na nasze operacyjne leczenie krwotoków macicznych i mięśniaków?** (Münch. Med. Wochsch. 1910 r. Nr 29. Na podstawie 63 przypadków, leczonych naświetlaniami, dochodzą K. i G. do przekonania, że leczenie to ma wiele zalet i nieraz dać może korzystne wyniki. W 60% uzyskali autorzy wynik zupełnie dobry, t. j. ustanie krwawień, a w 30% wynik częściowy, t. j. znaczne zmniejszenie się krwawień. Leczenie to nadaje się zwłaszcza u kobiet bardzo osłabionych, ze złym stanem serca i małą ilością hemoglobiny, t j. tam, gdzie sił na operacyę nie ma. Rentgenizacya nie odrywa kobiety od pracy, natomiast ma ona tę wadę, że leczenie trwa długo (nieraz i miesiące) i jest n. p. dla chorych kasowych dość kosztowne, a wreszcie pozostawia po sobie pewne zaburzenia, podobne (lecz w mniejszym stopniu); do tych, jakie powstawały dawniej po wyjmowaniu macicy razem z jajnikami. Obecnie przez używanie lamp twardych i filtrowanie promieni powierzchownych uszkodzenia rentgenowskie należą do wielkich wyjątków. A.

Francesco Caruso: **O niedokrwistości podczas ciąży.** (Odczyty Klin. wydawane przez red. »Gazety lek.«, Serya XVII, zesz. 11—12). Rozróżnia się 3 postacie niedokrwistości: 1) n. zwykłą (anaemia simplex), 2) n. bledniczą (chloroanaemia) i 3) n. złośliwą postępującą (a. perniciosa progressiva). U ciężarnych spotyka się najczęściej postać pierwszą; wielką rolę odgrywa tu usposobienie, niehigieniczny tryb życia, ciąże następujące po sobie w krótkich odstępach czasu i długo trwające karmienie. Każda ciąża wywołuje zresztą skłonność do niedokrwistości wskutek zależnych od niej zmian w składzie krwi, polegających na rozwodnieniu i zmniejszeniu się liczby krwinek czerwonych. Zmiany te ograniczają się »ad minimum« u ciężarnych zupełnie zdrowych, u innych zaś mogą stworzyć podłoże, usposobiające do powstania właściwej niedokrwistości. — Do przyczyn bezpośrednich należą krwotoki (urazowe lub samoistne) w narządzie rodnym lub gdzieindziej, choroby zakaźne, zimnica, gruźlica, choroby nerek, wątroby i serca,

choroby krwi, (białaczka, plamica i w. i.) i różne pasorzyty (tęgoryjec, brózdogłowiec i in.) Co do przyczyny bezpośredniej niedokrwistości złośliwej w ciąży istnieją jeszcze teorye: 1) autointoksykacyjna, 2) drobnoustrojowa, 3) nerwicowa i 4) naczyniowa. Teorya autointoksykacyjna przyjmuje 4 ogniska, wytwarzające w czasie ciąży produkty trujące: ustrój ciężarnej (upośledzenie trawienia i utleniania, zatrzymanie krwawień miesięcznych) ustrój płodu (wytwory jego przemiany materyi), łożysko (komórki syncytyalne) i jajniki, jakoteż gruczoł tarczowy. Teorya drobnoustrojowa zdaje się mieć najmniej podstaw. Teorya nerwicowa opiera się na związku macicy i jajników z układem nerwu współczulnego; podrażnienia, wychodzące z narządów płciowych, zmienionych pod wpływem ciąży, spaczają działalność ośrodków naczynio-ruchowych, wskutek czego następować mają zaburzenia w rozmieszczeniu i składzie krwi; według innych, jajnik zmieniony podrażnia zbyt silnie nerw współczulny, głównie splot słoneczny, wskutek czego ma ulegać zmianom tworzenie się krwinek w szpiku kostnym. Teorya naczyniowa wreszcie przyjmuje jako przyczynę niedokształt układu naczyniowego. Ze wszystkich tych teoryi najbardziej dzisiejszemu stanowi wiedzy odpowiada teorya toksyczna, według której wytwory trujące, pochodzące przeważnie z jajników, a po części z gruczołu tarczowego, wywołują samozatrucie. Substancye te mają nadto tę wspólną własność, że wywołują nagromadzenie się megaloblastów w szpiku kostnym, co właśnie zdaniem autora stanowi istotę niedokrwistości złośliwej. — Autor spostrzegał 29 przypadków niedokrwistości u ciężarnych; 26 razy chodziło o niedokrwistość zwykłą, a 6 razy o złośliwą. W przeszło 50% przyczynę niedokrwistości zwykłej stanowiła zimnica. Na ciążę, poród, połóg, jakoteż płód, nie ma zresztą niedokrwistość zwykła większego wpływu; w cięższych przypadkach może jednak w ostatnich dwóch miesiącach nastąpić poronienie. Białaczka wpływa na ciążę znacznie gorzej, tak, że płód zwykle obumiera; niedokrwistość złośliwa wreszcie wywołuje zwykle poronienie między 6—9 m. ks. Poród i połóg, a szczególnie praca porodowa wpływają bardzo niekorzystnie na przebieg niedokrwistości złośliwej. Powyższe 6 przypadków autora wszystkie zakończyły się śmiercią matek, przeważnie bardzo prędko po porodzie wskutek zapadu; antor sądzi, że pewną rolę odgrywa tu także utrata krwi, choćby najmniejsza i niedokrwienie serca i mózgu, występujące prawie nagle po porodzie. — Leczenie powinno być przedewszystkiem zapobiegawcze; pod tym względem należy zawsze rozważyć, o ile dziewczęta niedokrwiste zdolne są do małżeństwa? w przypadkach tych trzeba być bardzo ostrożnym, i tam, gdzie leczenie stale pozostaje bez skutku, a nadto daje się stwierdzić niedokształt układu tętniczego, nie należy udzielać pozwolenia na zamążpójście. Jeżeli chora taka mimo to wyszła za mąż, należy ją energicznie leczyć, nim zastąpi. Gdy nastąpi ciąża, należy usuwać wszelkie czynniki, wywołujące zmniejszenie się ilości krwi, polecić dobre powietrze i odżywienie, jakoteż spokój. Przy cięższych postaciach niedokrwistości zalecają niektórzy równoczesne wlewania krwi i śródżylne lub podskórne wstrzykiwania fizyologicznego rozczynu soli. Inni w przekonaniu, że źródłem choroby, szczególnie niedokrwistości postępującej, jest szpik kostny, polecają stosowanie świeżego szpiku owczego w ilości 10—15 gr. na dobę. Inni wreszcie powołując się również na dobre wyniki, polecają wyciąg z jajników (owarynę) sam lub w połączeniu z wyciągiem gruczołu tarczowego (tyreoidyna). Jeżeli wszystkie te środki zawiodą, pozostaje jeszcze wyjęcie jajników. Zabieg ten można tembardziej podjąć, że wówczas najczęściej chodzi o ciężką postać niedokrwistości postępującej, która i tak kończy się zwykle śmiercią. Operacyę należy wykonać w tym czasie, kiedy może być wskazane wywołanie poronienia, a rozstrzygają tu wyniki badania krwi. — Ze środków farmaceutycznych zalecają żelazo, arsen i sole wapniowe (calcium chloratum, c. lacticum), podnoszące krzepliwość krwi. Przy daleko posuniętej niedokrwistości należy ciążę przerwać; przy niedokrwistości zwykłej można zastosować wywołanie poronienia dopiero po wypróbowaniu wszystkich powyżej omówionych środków, szczególnie jeżeli wystąpi białkomocz; przy niedokrwistości złośliwej zaś o ile możności wcześniej, a szczególnie wtedy, kiedy poraz pierwszy pojawią się we krwi megaloblasty — a najpóźniej kiedy ich jeszcze jest mniej, aniżeli normoblastów. Autor sądzi w końcu, że w przyszłości wyjęcie jajników zastąpi przerwanie ciąży. Dr E. Ehrenpreis.

Okulistyka.

Phinizy Calhoun. **Obecny stan zapatrywań na wartość rozpoznawczą spojówkowego odczynu Calmettea.** (Ophtalmology 1910. Vol. VI. Nr 3). Autor podjął się żmudnej pracy i przejrzał całe piśmiennictwo, odnoszące się do odczynu Calmettea. W artykule swym nie podaje on już statystyki wyników, uzyskiwanych zapomocą odczynu ocznego, lecz statystykę zdań autorów o tym odczynie, oblicza głosy za i przeciw i na podstawie tego dochodzi do wniosku, że znaczna większość autorów przyznaje rzeczywistą wartość rozpoznawczą odczynowi Calmettea pod warunkiem, że zostaje on wykonywany z zachowaniem pewnych koniecznych ostrożności. Przeciwnikami tego odczynu, nie z powodu braku zaufania do jego wyników rozpoznawczych, lecz ze względu na niebezpieczeństwa, jakiemi zagraża oku, — są przeważnie okuliści. Łatwo to zrozumieć, gdy się zważy, że właśnie w ich ręku gromadzą się przypadki nieszczęśliwe, w których wystąpiły powikłania oczne po wkropleniu tuberkuliny. Powikłaniom tym możnaby najczęściej zapobiedz, gdyby wykonywanie odczynu ocznego powierzano wyłącznie okulistom, bo ci wstrzymywaliby się od jego wykonania w wielu przypadkach, w których lekarze mniej obeznani z patologią oczną, nie dostrzegają zachodzących przeciwwskazań. K. W. Majewski.

M. Wibo. **Skazy ogólne, a stożek rogówkowy.** (Bul. de la Soc. Belge d'Opht. Nr 27). Znane doświadczenie Elschniga, który wywoływał u królików sztucznie stożek rogówkowy (keratoconus) przez rozdarcie od wewnątrz błony Descemeta zapomocą zakrzywionej igiełki, przemawia poniekąd za przypuszczeniem, że i u człowieka pierwotną zmianą jest jakieś uszkodzenie, a raczej schorzenie tej błony. Jeśli tak jest, to należałoby się zastanowić, co wywołuje to schorzenie i jakiego jest ono rodzaju, czy jestto czysto miejscowy stan zapalny, czy może, jak przypuszcza Rampoldi, pewne upośledzenie odżywiania głębokich warstw rogówki w związku z ogólnemi zaburzeniami przemiany materyi. Za tem drugiem przypuszczeniem przemawiają dwa spostrzeżenia, które właśnie opisuje Wibo. W obu przypadkach miał on sposobność spostrzegać pierwsze zaczątki tworzenia się stożka rogówkowego u osób, z których jedna miała objawy przypominające choroby Basedowa, a w każdym razie objawy wzmożenia czynności gruczołu tarczowego (hypertyreoidyzacya), u drugiej zaś wybitny obraz obrzęku śluzowatego, zwłaszcza na twarzy i kończynach świadczył o osłabieniu czynności tego gruczołu (hypotyreoidyzacya). W obu przypadkach udało się autorowi powstrzymać rozwój stożka rogówkowego, w pierwszym przez zastosowanie surowicy Moebiusa, w drugim przez podawanie tyreoidyny. Dodać trzeba, że tu i tam na jednem oku był już wybitny stożek rogówkowy i że na stan tych rogówek zupełnie już zmienionych, leczenie ogólne nie wywarło już żadnego wpływu. U obojga chorych chodziło tylko o ocalenie rogówki drugiego oka, na którem stożek zaczął się wytwarzać. Autor nie twierdzi wcale, że wyłącznie tylko zaburzenia czynności gruczołu tarczowego mogą wywołać schorzenie błony Descemeta i w następstwie stożek rogówkowy, lecz, że w każdym przypadku stożka rogówkowego należy szukać przyczyny ogólnej i w razie istnienia jakiejkolwiek skazy ustrojowej, w leczeniu ją uwzględnić, a może nieraz powiedzie nam się rozwój stożka stłumić w samym zaczątku. K. W. Majewski.

Gonzalez. **Omamy wzrokowe u chorej na zaćmę starczą; zniknięcie ich po operacyi.** (Ophthalmology 1910. Vol. VI. Nr 3). Autor opisuje przypadek obustronnej zaćmy starczej już dojrzałej u 50-letniej kobiety, która poprzednio nigdy poważnie nie chorowała, a w szczególności zawsze była zdrowa umysłowo i u której nie było w tym kierunku wcale dziedzicznego obciążenia. Napojów wyskokowych chora nigdy nie używała. W miarę jak zaćmy, postępujące na obu oczach równolegle, zaczęły się zbliżać do kresu dojrzałości, zaczęła chora doznawać coraz to częstszych zwidywań. Gdy wzrok obniżył się do ilościowego poczucia światła, omamy stały się tak częste i tłumne, że przed oczyma ociemniałej przesuwały się jak w kalejdoskopie coraz to nowe obrazy naprzemian to wesołe, to smutne, to straszne. W zupełnej ciemności zdarzały się częściej chwile spokoju. Natomiast przy świetle dziennem, oraz przy oświetleniu sztucznem, podniecona wyobraźnia wzrokowa snuła omamy bez przerwy. Dodać należy, że poza tymi omamami, z których chora zdawała sobie dobrze sprawę, ale którym nie mogła się obronić, nie było w sferze psychicznej żadnych innych zboczeń. Już po szczęśliwej operacyi jednego oka, a raczej po ostatecznem zdjęciu opatrunku, wszystkie zwidywania pierzchły bezpowrotnie. Autor przypuszcza, że do powstania tych przeróżnych omamów przyczyniała się w tym przypadku, oprócz jakiejś indywidualnej skłonności, także ta okoliczność, że soczewki okazywały przeważnie zaćmienie jądrowe, ciemno-brunatne, które znaczną część promieni przepuszczało i pozwalało chorej widzieć cienie otaczających przedmiotów, bardzo niewyraźnie, w zmienionej postaci i w zmienionych barwach. K. W. Majewski.

Blaauw. **Wartość wyrównywania wad refrakcyi w chorobach ogólnych.** (Ophthalmology 1910. Vol. VI. Nr 3). Autor zestawia wyniki spostrzeżeń i doświadczeń własnych oraz innych okulistów amerykańskich co do zgubnego wpływu niewyrównanych wad refrakcyi na stan ogólny, a zwłaszcza nerwowy z jednej strony, a z drugiej co do korzystnego wpływu należytego wyrównania tych wad. Odnosi się to przedewszystkiem do osób szczególnie wrażliwych, w pierwszym rzędzie do neurasteników, przyczem podnieść należy, że właśnie wady refrakcyi miernego, a nawet małego stopnia, o ile nie zostaną dokładnie wyrównane, wywołują bardzo odległe nieraz objawy w sferze nerwowej. Wadami temi są przedewszystkiem nadmiarowość wzroku i niezborność (astygmatyzm). Pozatem częstokroć winę wzniecania wybitnych zaburzeń ogólnych ponosi niedomoga mięśniowa (asthenopia muscularis), zależna od zboczeń równowagi mięśni ocznych. K. W. Majewski.

Wright. **O wydobywaniu zaćmy w zamkniętej torebce.** (Ophthalmology 1910. Vol. VI. Nr 3). Autor operuje zaćmy od lat blizko trzydziestu w sposób następujący. Po dokładnem rozszerzeniu źrenicy, zapomocą atropiny, wykonywa nakłucie i kontrapunkcyę nożykiem Graefego, na granicy rogówkowo-twardówkowej w miejscach zwyczajnych, ale zamiast następnie prowadzić cięcie granicą rogówkowo-twardówkową ku górze, zwraca ostrze noża skośnie ku górze i ku przodowi i wykonuje cięcie w rogówce w płaszczyźnie, nachylonej pod kątem 45^0 do płaszczyzny tęczówki. W ten sposób wysokość płata rogówkowego jest znacznie mniejsza, niż przy cięciu zwykle używanem, a powyżej płata tego pozostaje część rogówki w postaci szerokiego sierpa, nieodcięta od twardówki. Natychmiast po cięciu naciska palcem na tę górną część rogówki, co niejednokrotnie wystarcza, ażeby soczewka w zamkniętej torebce wydobyła się na zewnątrz przez ranę. W razie potrzeby pomaga sobie W. palcem drugiej ręki, naciskając nim dolny brzeg soczewki poprzez rogówkę. Przy manipulacyi tej torebka soczewki częstokroć pęka i wychodzi tylko jądro wraz z korą, ale mniej więcej w $^1/_3$ przypadków udaje się w ten sposób wydobyć soczewkę w zamkniętej torebce. Do operacyi tej nie używa W. ani rozwórki, ani szczypczyków ustalających. Ponieważ W. nie robi ani irydektomii, ani cystotomii, więc do wykonania wydobycia zaćmy wystarcza mu tylko jedno narzędzie t. j. nożyk Graefego. Nadto, ponieważ operacya nie jest prawie wcale bolesna, nie używa W. ani kokainy, ani żadnego innego środka znieczulającego. K. W. Majewski.

Henning Rönne. **Czy zanik nerwu wzrokowego przy wiądzie rdzenia rozpoczyna się od komórek zwojowych czy od włókien nerwowych?** (Ophthalmology 1910. Vol. VI. Nr 3). Już Bjerrum dowiódł, że w przypadkach jaskry, w której stwierdzono niewątpliwie zanik rozpoczynający się od włókien nerwowych, granica zwężonego pola widzenia przebiega niejednokrotnie na pewnej przestrzeni po linii prostej wzdłuż poziomej średnicy od środka ku nosowi. Odpowiada to o tyle anatomicznemu układowi włókien nerwu wzrokowego w siatkówce, że w skroniowej części siatkówki włókna, wychodzące z tarczy ku górze zewnątrz i ku dołowi zewnątrz i przebiegające łukowato, spotykają się ze sobą w linii prostej, biegnącej wzdłuż poziomej średnicy od tarczy ku skroniom. W miarę tego, czy górna, czy dolna grupa ulegnie zanikowi, odpadnie dolny lub górny wewnętrzny kwadrat widzenia. Granica zwężenia przebiegać będzie w każdym razie wzdłuż linii poziomej od środka ku nosowi. Gdyby zanik dotyczył nie włókien nerwowych, lecz komórek zwojowych, które są po całej siatkówce jednostajnie rozmieszczone, w takim razie zwężenie pola widzenia nie przybrałoby tego prostolinijnego zarysu. Opierając się na tych danych robił autor bardzo dokładne zdjęcią perymetryczne pól widzenia w przypadkach zaniku nerwów wzrokowych na tle wiądu rdzenia i powiodło mu się właśnie w początkowych okresach stwierdzić niejednokrotnie tę samą poziomą prostolinijną granicę po stronie nosa, jaką się spotyka przy jaskrowem zwężeniu pola. Przez analogię wnosi autor zatem, że w przebiegu wiądu zanik nerwów wzrokowych rozpoczyna się od włókien osiowych, a komórki zwojowe dopiero następowo ulegają zwyrodnieniu. K. W. Majewski.

Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

Nerkę podkowiastą rozdzielił w jednym przypadku Martinow operacyjnie, albowiem przez ucisk na zwój nerwu współczulnego sprawiała silne bole. Wynik zupełnie dobry. (Zbl. f. Ch. Nr 9). K.

Przy chirurgicznej gruźlicy poleca Weissmann hetol śródżylnie i miejscowo. (Zbt. f. Chir. u. med. Ort. I. 1910). A.

Do pokrywania ubytków opony twardej polecają Unger i Bettmann kawałki naczyń krwionośnych, ewentualnie powięź, osłonkę jądra lub worek przepuklinowy. (Brl. kl. W. Nr 16). A.

Przy podwójnym paluchu postąpił Hilgenreiner w ten sposób, że zamiast odciąć jeden z palców, odświeżył wewnętrzną powierzchnię obu i zeszył je ze sobą. Wynik kosmetyczny i czynnościowy bardzo dobry. (Münch. m. Woch. Nr 16). K.

Przy leczeniu wysięków urazowych stawu kolanowego posługuje się Blecher skutecznie uciskowym opatrunkiem plastrowym. (Münch. med. Woch. Nr 13). A.

Wysoko usadowionego raka odbytnicy operuje Küttner dwuczasowo, w pierwszym akcie anteponując guz, a w drugim usuwając go, poczem zakłada kleszcze celem zniszczenia ostrogi i łączy światło jelita. (Deutsche med. Woch. Nr 13). A.

Przy wiewiórze u kobiet poleca Asch isoform w postaci pręcików i gazy. (Zbt. f. Gyn. 12). A.

Wypadnięcie części rodnych u kobiet zależy podług

Sellheima w znacznej mierze od tego, kiedy dana kobieta rodziła. Statystyki wykazują, że u kobiet, które odbyły pierwszy poród przed 20 rokiem życia, wypadnięcie wydarza się rzadko, natomiast tem częściej, im bliżej lat 30 była kobieta jeszcze pierwiastką. Wynika z tego, że najodpowiedniejszym wiekiem wyjścia za mąż dla kobiety, jest 18. rok życia. (Zeitsft. f. soc. Med. V. 1). A.

Nadmierne przejściowe owłosienie w drugiej ciąży spostrzegał Jellinghaus u 21-letniej ciemnowłosej włoszki. W pół roku po urodzeniu się dziecka owłosienie znowu znikło. (Zbt. f. Gyn. Nr 14). A.

Tamponadę pochwy wykonuje Hynek w ten sposób, że do wziernika wsuwa ceratkę i dopiero w nią wsuwa tampony przez co one nie stykają się z wydzieliną pochwy. (Spit. 23). A.

Rak macicy występuje podług statystyki Theilhabera i Greischea częściej u biednych i chrześcian, niż u bogatych i żydów, naodwrót zaś rak sutka częstym jest u żydów i bogatych. Rak żołądka najczęściej występuje u biednych (alkoholizm), kucharek (gorące potrawy?), rak odbytnicy u osób zamożnych, zwłaszcza wyższych urzędników (?). Wogóle bogatsi zapadają częściej na raka niż ubożsi, ale w stosunkowo późniejszym wieku. Żydzi zapadają na raka wogóle częściej niż chrześcianie. (Münch. m. Woch. Nr 16). X.

Przy rzucawce porodowej polecają podawanie hirudyny t. j. wyciągu z pijawek. Engelmann poleca w tym celu dawkę 1,0. (Zbt. f. Gyn. Nr 5). A.

Przy wymiotach u ciężarnych nawet najuporczywszych jest podług Rebaudiego i Chichichimoego prawie swoiście skutecznym środkiem »paraganglin vassale« (wyrabiana z substancyi rdzennej nadnerczy) w ilości 25—40 kropli dziennie. A.

O łagodzeniu bolów przy prawidłowym porodzie mówił Eisenberg, polecając w tym celu stosowany w Anglii i Ameryce oddawna t. zw. pół sen chloroformowy. Polega on na tem, że przy zbliżaniu się bolu wdycha rodząca 10—15 kropli chloroformu, a w czasie przerwy odejmuje się maskę. Przez to mimo zachowanej świadomości bole porodowe nie bywają wcale dotkliwie odczuwane, a kurcze macicy pozostają silne. (Tow. lek. wied. 28. I. 1910). A.

Zachowanie się krwi przy regularności badał Pölzl u 10 kobiet przez czas dłuższy i przekonał się, że 2—9 dni przed wystąpieniem regularności zwiększa się wybitnie liczba ciałek czerwonych, nieraz i o $1^1/_2$ miliona. Z chwilą wystąpienia miesiączki opada zaraz liczba ciałek. Zawartość hemoglobiny nie przedstawia zmian wybitnych. (Tow. lek. wied. 27. I. 1910). A.

Pielęgnowanie włosów odbywać się powinno w następujący sposób: Grzebienie powinny być nie zagęste i nie metalowe. Szczotki do włosów powinny być średnio twarde. Głowę myć należy nie częściej, jak dwa razy na tydzień, a po umyciu trochę włosy natłuścić, najlepiej oliwą. Należy unikać wszelkich czapek, kapeluszy, podkładek i t. p., które uciskają czaszkę, albowiem ucisk ten wywołuje zanik i wypadanie włosów. Na noc powinny kobiety włosy rozpuszczać ewentualnie zaplatać wolno. Fryzowanie włosów jest bardzo szkodliwe, albowiem je wysusza i niszczy. (Saalfeld, Kosmetik 1909). A.

Brodawki, odciski, zgrubienia skóry i t. p. leczą Fabry i Zweig skutecznie śniegiem bezwodnika kwasu węglowego. Na mocy doświadczenia radzą F. i Z. stosować śnieg nie dłużej, jak przez 1 minutę. (Münch. med. Woch. Nr 13). A.

Chininę jako zasypkę przy wrzodach gruźliczych skóry i przy toczniu poleca po wyskrobaniu ognisk Orhan Bey. Również wstrzykuje O. B. z dobrym skutkiem 2% chininy do ropni i przetok gruźliczych. (Deutsche med. Woch. Nr 19). A.

W miejsce nalewki jodowej i maści jodowej poleca Braitmaier jothion w 10% maści lub oliwie, jako środek nie drażniący skóry, a łatwo ulegający wessaniu. (Mon. f. pr. Der. 49. IX). A.

Przeciwko róży poleca Greta Ehrenberg mieszaninę chlorku wapnia ($Ca\,O\,Cl_2$ a nie $Ca\,Cl_2$) 1 na 20 parafiny. Maść tę wypróbował też z dobrym skutkiem Binz przy odmrożeniu. (Berl. kl. Woch. Nr 44, 1909). A.

Niezwykle długie wylęganie kiły, bo 67 dni po zakażeniu, spostrzegał u jednego chorego James. (Lancet 4. IX. 1909). A.

Proszek do golenia »rasolit«, składający się głównie z siarki, wapna, magnezyi i t. p. wywołuje podług Cohena, bardzo groźne zaburzenia w oku i na spojówce nawet jeżeli tylko na chwilę dostanie się na spojówkę. (Berl. klin. Woch. Nr 7. 1910). A.

Własności aglutynacyjne krwi proponuje Prof. Dangern wyzyskać w celach medycyny sądowej, a to np. dla wykazania ojcostwa, wyłączenia przynależności dziecka do pewnej rodziny i t. p., o ile naturalnie znane są właściwości krwi rodziców, albowiem u dzieci nie występują nigdy takie właściwości we krwi, któreby nie istniały choć u jednego z rodziców. (Münch. med. Woch. Nr 6). A.

Zatrucie gazem świetlnym objawia się w pierwszym okresie podnieceniem, bólem i zawrotami głowy, omamami słuchu i wzroku, drżączką, dusznością, przyspieszeniem tętna, wymiotami, w drugim — śpiączką, zapadem, znikaniem odruchów. Leczenie skuteczne tylko w okresie pierwszym, a polega ono na stosowaniu sztucznego oddychania, wypuszczeniu 400—500 cm^3 krwi; bańki na kark i klatkę piersiową, wdychiwania tlenu, lewatywa czyszcząca, ew. wlewania soli kuchennej. (Pr. med. 1909. Nr 81). A.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne d. 24. maja 1910 r.

Higier demonstrował przypadek **haematomyeliae spontaneae** w szyjowej części rdzenia u 28-letniej kobiety. Przytoczywszy historyę choroby Higier podkreśla, że brak wyraźnej etyologii, oraz wiek młody przy haematomyelii nie należy do takich rzadkości, jak powszechnie przypuszczają. To samo miało miejsce w 2, poprzednio w sekcyi neurologicznej przezeń demonstrowanych przypadkach haematomyelii grzbietowej i haematomyelii stożka rdzeniowego, oraz w jednym przed laty kilkunastu obserwowanym ciężkim przypadku wylewu krwawego w części lędźwiowej u kilkunastoletniej dziewczyny. Higier demonstrował następnie przypadek nowotworu w kącie móżdżkowo-mostowym u 45-letniej kobiety. Wobec tarczy zastoinowej, objawów opuszkowych i obustronności tych ostatnich szanse pomyślnego zejścia przy interwencyi chirurgicznej są niewielkie.

Otto Czesław wygłosił odczyt pod tytułem: **O wpływie nikotyny na serce.** Prelegent wstrzykiwał królikom dożylnie rozczyn nikotyny (1:10000) po jednej strzykawce jednogramowej. Dawkę stopniowo zwiększano i ostatecznie po czterech miesiącach stosowano do końca doświadczeń rozczyn 1:1000. Królików nikotynizowanych było 12, do kontroli zaś wzięto 3 króliki. Po 10 miesiącach zastrzykiwań nikotyny (0·1 czystej nikotyny) króliki zabito. Makroskopowych zmian w sercu nie wykryto. W aorcie mikroskop wykazał zmiany miażdżycowe. U królików nikotynizowanych stwierdzono zmiany w wadze serca, a mianowicie znaczny przerost. W mięśniu sercowym zauważono zmiany miąższowe i śródmiąższowe: miąższowe polegają na stopniowo rozwijającem się drobnoziarnistem zwyrodnieniu i wakuolizacyi protoplazmy ciała i na rozpadzie lub też n

stopniowem rozpływaniu się jądra. Proces ten w rezultacie doprowadza do zamierania komórek. Dookoła zamarłych mas zjawia się drobnokomórkowe nacieczenie, tkanka łączna zaczyna się rozrastać i w rezultacie pozostaje blizna. W naczyniach zmiany wyrażają się w martwieniu w warstwie środkowej, któremu towarzyszy rozrost intimy, doprowadzający niekiedy do całkowitego zamknięcia światła naczynia. W komórkach zwojowych zauważono stopniowy zanik ziarnistości Nissla, rozwijający się przeważnie odśrodkowo; zrzadka obserwowano koncentryczną chromatolizę. Równocześnie z zanikiem ciałek Nissla zjawiają się wakuole duże i małe. W komórkach z chromatolizą stwierdzono przemieszczenie jądra ku obwodowi komórki.

W dyskusyi Rzętkowski stwierdza niezgodność pomiędzy wnioskami prelegenta, wyciągniętymi z cyfr wagi serc królików nikotynizowanych i zwykłych, a demonstrowanymi na ekranie preparatami. Preparaty te nietylko nie świadczą o przeroście serca, który prelegent z cyfr swoich stwierdza, ale raczej o zaniku tkanki mięsnej. Być może, że rozwój tkanki łącznej, gatunkowo cięższej niż tkanka mięśniowa, wpływał na wzmaganie się wagi serc u zwierząt nikotynizowanych. Demonstrowane preparaty wykazują w sercach królików nikotynizowanych zmiany bardzo znaczne. U ludzi palaczów nic podobnego nie widzimy, nawet w okresach znacznej niedomogi serca. Stąd też wyniki doświadczeń na królikach należy z wielką oględnością przenosić do patologii ludzkiej. — Pawiński sądzi, że wpływ nikotyny odbija się więcej na centrach nerwowych, a szczególniej na wasomotorach, niż na mięśniu sercowym. Gdyby nikotyna wywoływała u ludzi takie zmiany w mięśniu sercowym, jakie otrzymał prelegent u królików, to po odstawieniu nikotyny nie ustępowałyby tak prędko napady dusznicy bolesnej w angina nicotinica. Wartoby, zdaniem mówcy sprawdzić, jaki wpływ wywiera nikotyna na ciśnienie krwi u zwierząt. — Sokołowski Alfred zapytuje, czy prelegent nie określał stosunku ilości zużytej do zastrzykiwań nikotyny, do ilości nikotyny, wprowadzanej do organizmu przy paleniu.

W odpowiedzi Rzętkowskiemu prelegent zaznacza, że waga serca królików jest wielkością względną i do ścisłych porównań służyć nie może, oraz że w mięśniu przerośniętym mogą zachodzić zmiany demonstrowane przez prelegenta. Pawińskiemu prelegent odpowiada, że prace nad ciśnieniem krwi w naczyniach pod wpływem nikotyny są już częściowo robione, mianowicie Ratzer stwierdził u królików, że małe dawki nikotyny podnoszą nieznacznie ciśnienie na kilka minut, poczem następuje spadek niżej normy; większe dawki natomiast obniżają ciśnienie, wywołując niemiarowość tętna. Sokołowskiemu prelegent odpowiada, że ściśle określić ilość tytoniu, któryby dał dawkę nikotyny przy paleniu go, równą z zastrzykiwaną królikom, jest prawie niemożebne, gdyż część nikotyny, zawartej w tytoniu przy paleniu spala się, część zaś tylko niewielka przechodzi do dymu; następnie znaczna część nikotyny ze śliną dostaje się do żołądka. Tadeusz Wilczyński.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie d. 20. czerwca 1909 r.

(w szpitalu dla umysłowo chorych »Kochanówka«).

1. Kol. Pański przedstawia przypadek do rozpoznania: **Histerya czy otępienie przedwczesne?** O. Ch., 17 lat, najstarsza z 7 rodzeństwa, nie miewała jeszcze miesiączki. W rodzinie chorób umysłowych nie było. Urodziła się w VIII miesiącu. Zawsze była wątła. Gdy miała 2 lata, przestała mówić, po kilku zaś tygodniach znów odzyskała mowę. Zachorowała przed 7 miesiącami na ból zębów, który trwał kilka dni. Od tego czasu zaczęła bardzo mało jadać. Wkrótce wskutek bolu w kończynach położyła się do łóżka i od pół roku stale leży. Od 4 miesięcy ma wciąż przymknięte powieki. Od 2 miesięcy nic nie mówi. Przez cały czas choroby odżywiała się bardzo niedostatecznie; od 2 miesięcy nie przyjmuje prawie pokarmów z wyjątkiem kawałków cytryny i mleka w nieznacznej ilości, które połyka, jeżeli nikt nie widzi. Gdy jej wlewają płyny do ust, chora krztusi się i wymiotuje. Gdy chcieć rozewrzeć powieki, chora jeszcze więcej je mruży. Zęby zaciśnięte, zwłaszcza, gdy się chce siłą rozewrzeć jej usta. Chora leży zupełnie biernie, nie oddziaływa na żadne bodźce zewnętrzne, nie mówi. Od 6 tygodni nie miała wypróżnienia. Mocz w bardzo małej ilości oddaje raz na dwie doby.

Pierwszy raz widziałem chorą w drugim miesiącu jej choroby. Chora była wycieńczona, blada, mało przyjmowała pokarmów, często wymiotowała. Mówiła mało; odpowiadała na pytania niechętnie, lecz dokładnie. Stwierdziłem znieczulenie całego ciała, żywe odruchy ścięgniste i skórne, brak odruchu podniebiennego i rogówkowego. Rozpoznałem histeryę.

Obecnie chora bez podściółki tłuszczowej i z wiotkimi nędznymi mięśniami ma niezdrowo bladą cerę. Leży stale w łóżku, zajmuje jedno położenie przez parę dni, tylko stale poruszając głową wahadłowo; nie mówi zupełnie; pokarmów nie przyjmuje wcale; stolca nie miała od 6 tygodni; mocz oddaje co parę dni; na żadne bodźce zewnętrzne nie oddziaływa; kończyny zimne, sine; uniesione ku górze, opadają jak porażone. Oczy zamknięte; przed ustami wciąż świeża piana. Ukłucia nie wywołują niezadowolenia lub odruchowego skurczenia. Brzuch do najwyższego stopnia wklęsły. Odruchy ścięgniste i skórne żywe i z obydwóch stron jednakowe; objawu Babińskiego brak. Źrenic ani dna oczów nie badałem z powodu zaciśniętych powiek i z powodu tego, że gdy siłą powieki rozwierać, gałki oczne zwracają się ku górze.

Ponieważ chorą widziałem tylko dwa razy, nie podejmuję się rozpoznać, czy chora cierpi na histeryę, czy też na otępienie przedwczesne; gdyż to rozstrzygnąć może tylko ścisła obserwacya chorej w zakładzie. Niezwykły jednakże przebieg całego cierpienia i niektóre objawy, jak zupełne powstrzymanie się od pokarmów w przeciągu długiego czasu, a jeszcze więcej brak wypróżnień w przeciągu 6 tygodni upoważniły mnie do przedstawienia chorej. (Streszczenie własne).

Dyskusya. Kol. Klozenberg ruchy głowy i robienie piany uważa za pląsawicę rytmiczną (chorea rytmica) charakterystyczną dla histeryi. — Dłuższe nieoddawanie stolca i małe ilości kału przytem widywał Rejchman w zaparciach nawykowych u histeryczek. Te objawy, jak również spożywanie niewielkiej ilości pokarmów pokryjomu, przemawiają za histeryą. — Kol. Łuniewski (z Warty). Obserwacya ambulatoryjna nie daje materyału do rozpoznania; chora nie mogła być zbadana dokładnie. Na mowcę chora sprawia wrażenie cierpienia organicznego. Ł. zwraca uwagę, czy nie można myśleć w danym przypadku o zatruciu. — Kol. Pański zaznacza, że przy pierwszem badaniu chora poddawała mu się zupełnie i wtedy nie można było wykryć nic przemawiającego za sprawą organiczną; cały przebieg zresztą nie nasuwa tego podejrzenia. Trzebaby przeto pozostać przy rozpoznaniu cierpienia czynnościowego. Co się tyczy zatruć, to wszak dają one objawy ze strony nerwów obwodowych, czego w danym przypadku niema. — Kol. Łuniewski zaznacza, iż często początki otępienia przedwczesnego dają objawy histeryi.

2. Kol. Pański przedstawia przypadek **nietypowego porażenia splotu ramieniowego** podczas porodu powstałego. J. M. 7-tygodniowe dziecko. Urodziło się główką bez pomocy lekarskiej. Wkrótce zauważono, że prawa kończyna górna odstaje od tułowia. Badanie wykazało: dziecko dobrze rozwinięte; na prawej stronie szyi dwie nieco wklęsłe podłużne blizny, powstałe prawdopodobnie od ucisku szyi przez pępowinę, która dwukrotnie była owinięta około szyi i z pod ucisku której szyja mogła być uwolniona dopiero po urodzeniu się dziecka. Położenie kończyny prawej jest następujące: ramię, uniesione ku górze, tworzy z klatką pier-

siową kąt prawie prosty, wskutek czego cała kończyna odstaje od tułowia; przedramię z ramieniem — również kąt prosty; położenie dłoni względem przedramienia jak przy porażeniu nerwu promieniowego. Gdy kończynę wyprostować w stawie łokciowym i zbliżyć ją do tułowia, co udaje się zrobić bez oporu, kończyna ta wraca znów do pierwotnego położenia. Prawą dłonią i palcami dziecko niezręcznie chwyta przedmioty. Kończyna prawa jest cieńsza, niż lewa i mięśnie zewnętrznej powierzchni ramienia i przedramienia, jako też prawy mięsień piersiowy wielki — są wiotsze, niż po stronie lewej. Prawego odruchu mięśnia trójgłowego ramienia brak, gdy lewy jest wyraźny. Mięśnie porażonej kończyny nie były badane prądem elektrycznym, ponieważ dziecko widziałem raz jeden, jako przyjezdne z prowincyi. Położenie jednakie kończyny wskazuje, iż porażone są mięśnie, przyciągające ramię do klatki piersiowej, a więc mięsień piersiowy wielki i obły wielki (teres major), jako też mięśnie wyprostne ramienia, przedramienia, dłoni i palców; natomiast działają sprawnie te mięśnie, które zazwyczaj są bezwładne przy porażeniu splotu ramieniowego typu Erba. Grupa porażonych mięśni, jak wiadomo, otrzymuje unerwienie z pni nerwowych, które biorą początek z korzonków 7-go segmentu szyjnego, gdy grupa mięśni przy porażeniu typu Erba — z 5-go i 6-go korzonka szyjnego.

Zauważyć należy, iż wskutek porażenia mięśni wyprostnych kończyny górnej nie zawsze powstaje tak dziwne położenie porażonej kończyny, a spostrzegane to bywa w nielicznych bardzo przypadkach. (W atlasie Seiferta: »Diagnostik und Therapie der Nervenkrankheiten« podana jest fotografia dziecka z porażeniem obustronnem tego typu i z takiem samem ułożeniem kończyn górnych. Fig. 21). Za przyczynę uważałbym ucisk pępowiny na korzonki szyjne, który musiał być niezwykły, jeżeli pozostawił dwie wżłobione blizny, przebiegające od bocznej części szyi aż do karku. (W przypadku, przytoczonym przez Seiferta położenie płodu było twarzowe. (Streszcz. własne).

(Dok. nast.).

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Ugrupowanie uczniów wiedeńskich szkół ludowych podług zdolności uchwaliła krajowa Rada szkolna. Zamiast dotychczasowych paralelek, ustanowione będą równorzędne oddziały klasowe, obejmujące uczniów więcej, inne znów mniej zdolnych. Również i nauczyciele bądą odpowiednio rozdzieleni. Cierpliwi dla tępszych, więcej sangwiniczni dla zdolniejszych. Dotychczasowe próby dokonane zeszłego roku szkolnego, wydały nadspodziewane dobre wyniki. Także i plan nauki będzie różnym, zależnie od uzdolnienia uczniów. Ponadto w oddziałach uczniów zdolniejszych może być liczba dzieci większa, jak w oddziałach uczniów tępszych. Specyalne wykazy i sprawozdania inspektorów będą jeszcze tę sprawę dalej rozjaśniać i uzupełniać. Klęsk.

Wprowadzone od niedawnego czasu w Niemczech sądy dla nieletnich rozwijają bardzo korzystną działalność. Donosi o tem w monachijskim tygodniku prokurator Rupprecht z Monachium. Karygodne czyny małoletnich mierzyć należy np. zupełnie inną miarą i z innej strony na nie się zapatrywać, a kodeks omawia tylko czyny człowieka dorosłego. Dotychczasowa statystyka wykazuje, że najwięcej czynów karygodnych dokonują małoletni w miastach fabrycznych, a więc tam, gdzie rodzice idą do fabryki i dzieci pozostają bez dozoru. Najczęstszemi są przekroczenia przepisów policyjnych i kradzieże, potem zranienia i męczenia zwierząt, opilstwo, przekroczenia płciowe i t. p. Także co do płci zachodzi tu wybitna, różnica. Chłopcy kradną zwykle do spółki i to różne przedmioty potrzebne do użytku codziennego, ew. zabawki, jadło; dziewczynki kradną same, bez wspólniczek, przybory do ubierania po sklepach, ew. pieniądze i t. p. Motywy kradzieży są zwykle błahe, np. chęć kupienia sobie drobnostki i t. p. Chłopiec rzadko okrada w domu, dziewczyna zaś zwykle popełnia domowe kradzieże. Chłopiec rzadko zdradza innych, dziewczyna zaś zawsze usiłuje spędzić winę na innych. W wielu wypadkach wykazano zboczenia psychiczne u małoletnich przestępców, nieraz histeryę i t. p. i tutaj nie więzienie, lecz zakład i wychowanie mogą wywołać poprawę. Już tak krótka działalność sądów dla małoletnich wykazuje, jak one są potrzebne, zwłaszcza jeżeli popierać je będą także i lekarze. Klęsk.

Towarzystwa ratunkowe we Frankfurcie nad Menem uległy organizacyi bardzo szczęśliwej. Przedewszystkiem połączyły się w jedność oba istniejące w tym celu Towarzystwa. Miasto zaś daje subwencyi 18.000 marek na służbę lekarską i lokal w straży pożarnej. Za to odłączono od Towarzystwa ratunkowego przewożenie chorych, którą to funkcyę spełniać będą osobni sanitaryusze miejscy. Towarzystwo otrzymało wozy automobilowe. X.

Porady lekarskiej, według zestawienia Fischera, nie zasięga 25—50% chorych (zmarłych). Wogóle zmniejsza się stale procent niewzywania lekarzy, co także odnieść należy do zwiększającej się liczby kas chorych. Kobiety wzywają więcej lekarzy jak mężczyzni, choć należy ich znacznie mniej do kas chorych. Najmniej używa się lekarzy do osób starych bo zaledwo w 45·9%. Jlość wzywań do niemowląt zmienia się także ciągle na korzyść, co odnieść należy do starań Towarzystw opieki nad niemowlętami. X.

W razie, jeżeli opiekun nie chce zezwolić na konieczny zabieg operacyjny u małoletniego, proponuje Holzapfel z Kiel, dodatek do prawa karnego, dozwalający na zwołanie wtedy narady trzech lekarzy, którzy zadecydować mogą nawet wbrew zdaniu opiekuna. (Niestety w wypadkach nagłych nieraz bardzo trudno zebrać 3 lekarzy, zwłaszcza na prowincyi). Również Holzapfel domaga się by lekarzowi wolno było po naradzie wykonać wyjątkowo sztuczne poronienie u osoby, która zaszła w ciążę bez swej woli i wiedzy, np. po zgwałceniu (?).

We Francyi, celem zachęty do żenienia się, a przez to podniesienia gwałtownie zmniejszającej się liczby ludności, senat przyjął projekt w tej sprawie Lannelonguea, który zapewnia urzędnikom znaczne korzyści w awansie w razie ożenienia się, a każdemu mającemu więcej jak troje dzieci, ponadto przyznaje znacznie wyższe remuneracye. Kawalerzy nie mogą być przyjęci do służby rządowej, o ile nie zobowiążą się do pewnego terminu ożenić i muszą odbywać powinność wojskową dwa razy tak długo, jak żonaci, w służbie nieczynnej. X.

Cholera w Rosyi. Od wybuchu epidemii cholery w Rosyi do dnia 7. sierpnia b. r. było razem przypadków 84.848, z czego śmiertelnych 35.845.

Z administracyi znaczków receptowych.

Sprzedano znaczków:	4 h	1 h
Od roku 1904 do końca czerwca 1910 .	515,542	444,194
W lipcu 1910	3,000	1,000
Razem .	518,542	445,194

Dr Żydłowicz, administrator.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 21. VIII. do 27. VIII. 1910 zgłoszono przypadków: błonicy 8 † 2 (w tem obcych 3 † 2), krztuśca 3 † 1, płonicy 8, odry 5, duru brzusznego 5 † — (1 † —), czerwonki 1 † 1 (1 † 1). Dr Janiszewski.

Wiadomości bieżące.

Lwów. Wydział lekarski Wszechnicy lwowskiej urządza w grudniu b. r., od 5. do 18., praktyczne kursy dla lekarzy. Prócz praktycznych działów medycyny uwzględnione będą w kursach i te teoretyczne, które ściśle łączą się z wykonywaniem praktyki lekarskiej. W programie więc kursów umieszczono wykłady teoretyczne i praktyczne z zakresu najnowszych zdobyczy, tyczących się lecznictwa, jakoteż dyagnostyki. Wszelkich wyjaśnień w sprawie kursów udziela Prof. Dr Raczyński (Lwów, klinika dziecięca).

Wilno. Z inicyatywy p. Montwiłła powstał w Wilnie »Instytut higieny dziecięcej« na wzór podobnego zakładu w Warszawie.

Z różnych stron. Frekwencya w półroczu letniem 1910 na wydziałach lekarskich austryackich przedstawia się następująco: Wiedeń 1813 uczniów, Praga wydz. czeski 564, Kraków 489, Graz 371, Insbruk 371, Lwów 325 i Praga wydz. niemiecki 319. Razem na wydziałach lekarskich wszystkich uniwersytetów austryackich było zapisanych 4098 uczniów.

Zmarli: Prof. Leopold Oser, prymaryusz w szpitalu Rotschilda w Wiedniu.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w sierpniu 1910.

Gazeta lek. Nr 32—35. Higier: W sprawie rokowania przy encephalitis i polioencephalomyelitis acuta et subacuta infantum et adultorum (32, 33). — Leyzerowicz (dok. 32). — Caderski: Przypadek ciała obcego w jamie brzusznej u 20-letniej kobiety (32). — Piotrowski: Biegunka krwawa i walka z nią (33). — Popielski: O wpływie wyciągów z narządów na wydzielanie soku żołądkowego, trzustkowego, kiszkowego i na perystaltykę kiszek (34, 35). — Gębarski: Przyczynek do leczenia zwężeń przełyku bliznowych (34, 35).

Medycyna i Kronika lek. Nr 32—35. Starklówna i Węgrzynowski (dok. 32—34). — Gantz i Hertz (dok. 32). — Pechkranc: przypadek nabytego postępującego asymetrycznego przerostu kości i miękkich części ciała (33, 34). — Springer: O wartości klinicznej odczynu Wassermanna (34). — Korybut-Daszkiewicz i Smoleński: Przypadek płonicy z przebiegiem bezgorączkowym.

Tygodnik lekarski Nr 31—34. Spira: O stosunkach fizyologicznych i patologicznych między nerwem twarzowym a narządem słuchowym (31, 33). — Rothfeld: O okresowem porażeniu nerwu okoruchowego z opisem dwóch przypadków (31—32). — Nowicki: Dalsze badania doświadczalne nad stosunkiem nadnercza do nerki (32). — Bednarski: O przyczynach ślepoty u dzieci (33). — Ziembicki: Zapiski z pracowni chemiczno-bakteryologicznej szpitala kraj. we Lwowie (33, 34). — Szusterówna: O gruźlicy migdałków (34). — Begleiter: Przypadek postępujący kostnienia mięśni (myositis multiplex progressiva ossificans) (34).

Nowiny lek. Nr 8. Wrzosek i Maciesza. W sprawie dziedziczności padaczki świnek morskich, wywołanej przez uszkodzenie nerwu kulszowego. — Szczęsny Bronowski: Współczesne pojęcia o istocie »choroby«, o przyczynach »choroby« i ich zróżniczkowaniu z uwzględnieniem niektórych faktów z dziedziny chorób nerkowych. — Bieliński: Wydział lekarski królewskiego Warszawskiego Uniwersytetu (1817—1831). — F. Eisenberg: Robert Koch, wspomnienie pośmiertne.

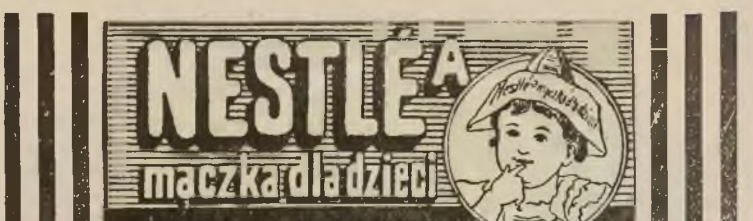
Przegląd chorób skórn. i wen. Nr 5—6. Feuerstein: O wpływie leczenia rtęciowego na odczyn Wassermanna.

Przegląd zdrojowo-kąpielowy Nr 10. Dłuski: Uwagi o wskazaniach do leczenia gruźlicy płuc w Zakopanem.

Nasze zdroje Nr 16—17. Bandrowski: Polskie letniska. — Sabatowski: O Morszynie uwag kilka. — Malewski: O dyetetycznem leczeniu chorych w zakładzie leczniczym w Grodzisku.— Memoryał koła lekarzy w Krynicy.

Głos lekarzy Nr 16. Mikołajski: 1) Higiena w szkolnictwie galicyjskiem. 2) W sprawie głuchoniemych.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.



wej i łokciowej i zupełnym braku wytworzenia się kości nadgarstka, śródręcza i palców, jak również, iż staw łokciowy prawy był wykształcony. Na fotogramach Nr I. i II. widać, iż części przysadkowe (epifizy) kości sprychowej i łokciowej, wyrostek dzióbiasty (pr. coronoideus), kości łokciowej i główka kości sprychowej znacznie silniej są rozwinięte, jak w prawidłowych stosunkach. Wzajemne ułożenie kości przedramienia do siebie jest nieprawidłowe, jak i nieprawidłowe jest ułożenie kości sprychowej do kości ramieniowej. Obie kości przedramienia, w całości skrócone, rozbiegają się w górnym odcinku. Główka kości sprychowej, która powinna leżeć na wyniosłości główkowatej kości ramieniowej (eminentia capitata humeri) zeszła zupełnie z tego położenia i obsunęła się aż na guz ponadkłykciowy boczny (epicondylus radialis). Kość łokciowa w stosunku do kości ramieniowej zachowuje prawidłowe ułożenie. Wyrostek łokciowy (olecranon) wchodzi prawidłowo w zagłębienie wyrostka łokciowego (fossa olecrani); wcięcie półksiężycowate kości łokciowej (incisura semilunaris ulnae) wchodzi na bloczek kości ramieniowej (trochlea humeri), jak zazwyczaj. Stawu między kością sprychową, a łokciową w okolicy łokcia niema; obie kości oddalone zupełnie od siebie (fot. Nr II).

Jak widzimy, przypadek nasz przedstawia niezwykły, bardzo rzadki obraz wady rozwojowej w zakresie kończyny górnej. Że zboczenie to wytworzyło się w czasie życia płodowego, nie ulega żadnej wątpliwości. Nasuwa się tylko pytanie, czy w danym przypadku można rozstrzygnąć, kiedy i w jaki sposób powyższa wada mogła się wytworzyć.

W tym celu zwróciłem się do Prof. Uniw. Jagiell. Dr Emila Godlewskiego — i wywód pozwalam sobie niniejszem przytoczyć, składając Mu na tem miejscu szczerą podziękę.

Pierwszy zawiązek kończyny występuje u najwyższych zwierząt i u człowieka w postaci dwóch parzystych brodawkowatych tworów, które reprezentują przednią i tylną parę kończyn. W budowie tego zawiązka bierze udział ektoderma (utkanie nabłonkowe) i mezenchyma (utkanie tkanki łącznej). Pozycya zawiązku kończyn u człowieka w stosunku do kręgosłupa nie odpowiada późniejszemu ich położeniu. Stwierdzono mianowicie, że w biegu życia płodowego następuje przesunięcie odnóża górnego od strony głowiej więcej ku stronie ogonowej. Lewis (1902) stwierdził, że łopatka ludzka w $4^1/_2$ tygodniu życia śródmacicznego odpowiada wysokości między 4. kręgiem szyjnym, a 1. kręgiem piersiowym. Już w 6 tygodniu życia płodowego przesunięta jest łopatka tak, że sięga od 1—5 żebra. Prócz posunięcia wzdłuż osi następuje przy tworzeniu kończyny ruch obrotowy całej kończyny względem osi ciała oraz obrót w obrębie wolnej części kończyny dookoła swej osi własnej. Ten ostatni obrót dokonywa się: 1) w obrębie stawów, 2) przez skręt (torsio) zawiązków szkieletowych w obrębie części między stawami.

W histogenetycznym rozwoju kośćca kończyny dadzą się wyróżnić trzy po sobie następujące kończyny: 1) okres, gdy przyszły kościec jest złożony z zagęszczonych mocno części tkanki mezenchymatycznej. 2) przyszły kościec ma budowę chrząstkową, 3) okres kostny.

(Dok. nast.).

Z kliniki medycznej Uniwersytetu Jagiell. pod kierownictwem Prof. W. Jaworskiego w Krakowie.

Wpływ kąpieli gazowych na krążenie krwi u ludzi ze zmianami w narządzie krążenia, w szczególności z wadami serca. (Część II.).

Podał

Dr W. Skórczewski.

(Ciąg dalszy).

Z zestawień tych wynika dość jasno, że kąpiel chłodniejsza pozostawia po sobie zazwyczaj nieznaczne podniesienia ciśnienia, natomiast ciepła nieznaczne obniżenia ciśnienia, stwierdzane przezemnie już u ludzi zdrowych w pierwszej części mej pracy. Wreszcie dla uzupełnienia obrazu pomiarów ciśnienia muszę podać i ilość zauważonych z początkiem kąpieli przemijających podwyższeń ciśnienia palpacyjnego; tak przy ciepłocie 23° R na 4 spostrzeżenia nie stwierdziłem ani razu przemijającego podniesienia, przy ciepłocie 24 i 28 R. (po 5 spostrzeżeń) po jednem przemijającem podniesieniu, 25° R. (8 spostrzeżeń), 3 przemijające podniesienia, 26° (6 spostrzeżeń) 2 przemijające, 27°, 29° (po 4 spostrzeżeń), po 1 przemijającem podniesieniu, 30° (5 spostrzeżeń) po 2 przemijające podniesienia, razem 41 spostrzeżeń, 11 przemijających podniesień się ciśnienia bez wybitnej różnicy oddziaływania ciepłotą kąpieli. Ażeby nie powracać do sprawy zachowania się ciśnienia przed omówieniem dalszych spostrzeżeń w kąpielach grupy pierwszej poczynionych, omówię wyniki, otrzymane w grupie drugiej, to jest 30 kąpielach, a mianowicie 20 o ciepłocie 28° R., a 10 o 30° R. W kąpielach tych spisywałem krzywą ciśnienia i uciśnięte tętno zapomocą turgotonografu Straussa i to w podobny sposób, jak i w poprzednich kąpielach, dla większej dokładności spisując po dwa razy krzywe ciśnienia tak przed, jak wśród i po kąpieli. Następnie wykonane obliczenia i równocześnie zdejmowane kardyogramy omówię później osobno. (Tabl. II i III).

Podaję tutaj wyniki poszczególnych mierzeń, aby uwidocznić, że dwa następujące natychmiast po sobie mierzenia dawały często niezbyt zgodne wyniki, czego nie należałoby kłaść jedynie na karb czasu, w którym podczas opadania ciśnienia wypada pierwsze zapisane na krzywej tętno (przy tętnie wolnem różnica mogłaby przenosić zaledwie 2, 3, mm.), lecz i na karb niezbyt czułego działania przyrządu. Nie ulega bowiem wątpliwości, że przyrządy przenoszące tętno przez uciśnięcie całej garstki, nie mogą iść w porównanie z przyrządami, uciskającemi jedynie tętnice zapomocą lekkiej peloty. Tem tłómaczę sobie stosunkowo mniejsze obniżenia ciśnienia, jakie otrzymałem w tych doświadczeniach, w porównaniu do wyników mierzeń grupy pierwszej. Jeżeli przypatrzymy się wynikom mierzenia ciśnienia przy kąpieli 28 R., dostrzeżemy z łatwością, że pierwsze 10 doświadczeń dało wyniki analogiczne do otrzymanych uprzednio, a więc w końcu kąpieli + 2, + 2,5 — 7, — 17, — 5, — 5·5, — 4, + 1 + 0,5 — 2 średnio obniżenie ciśnienia o 2·3 mm. sł. rtęci, po kąpieli + 6·5, + 1, — 13, + 6, — 16, — 0·5, — 17, — 1·5, — 19·5 średnio — 4., przeto liczby, które prawie odpowiadają dawniej otrzymanym, choć różnice są nieco mniejsze. Natomiast

TABLICA II.

Zestawienie 20 doświadczeń pomiarów ciśnienia turgotonografem Straussa przed, wśród i po kąpieli bezwodnikowej sztucznej o ciepłocie 28° R. Pomiary wykonywano zwykle dwa razy, wyniki obu pomiarów uwidocznione na tablicy.

		Ciśnienie skurczowe			Ciśnienie rozkurczowe		
		przed kąpielą	wśród kąpieli	po kąpieli	przed kąpielą	wśród kąpieli	po kąpieli
1	F. R. 29/IV.	91 96	105 106	—	66 63	70 74	—
2	F. R. 28/IV.	84 64	87 66	89 72	—	—	—
3	R. K. 29/IV.	112	105	113	56	64	73
4	S. M. 29/IV.	108	91	95	85	65	—
5	S. M. 30/IV.	98 104	97 97	104 97	74 85	71 68	69 60
6	S. M. 3/V.	90	85	96	—	—	—
7	S. M. 9/V.	89 86	84 80	72 71	73	48 55	54 50
8	A. P. 28/IV.	113	114	96	60	49	42
9	A. P. 30/IV.	134	130 134	113 116	45 43	52 56	51 54
10	A. P. 6/V.	113 115	110 119	110 115	40 40	51 47	48 43
11	J. M. 29/IV.	208	180	194	178	147	173
12	J. M. 2/V.	201 176	200 217	184 204	108 109	137 143	89 130
13	J. M. 3/V.	170 171	190 164	175 175	153 103	118 115	—
14	J. M. 6/V.	186 191	175 169	158 159	105	106 107	95 96
15	A. K. 28/IV.	103	129	125	42	40	39
16	A. K. 30/IV.	147 123	149 148	121 126	—	44 30	33 33
17	A. K. 2/V.	126	145 149	132 131	32	41	37
18	A. K. 4/V.	107 121	127 127	121 114	31	41	23
19	A. K. 7/V.	115 111	136 139	119 123	36	50	32 34
20	A. K. 9/V.	133 122	137 135	103 148	40	46	36

doświadczenia o 10 do 20 zachowują się tutaj stanowczo inaczej. Doświadczenia te musimy jednak wyłączyć od omawiania w tem miejscu, zostawiając to sobie na koniec przy indywidualizowaniu przypadków, ponieważ 11 do 14 dotyczą chorego, dotkniętego przewlekłem zapaleniem nerek, a 15 do 20 chorego, dotkniętego prócz zmian na zastawce tętnicy głównej także i zmianami miażdżycowemi tak w tętnicy głównej, jak i w narządach obwodowych.

TABLICA III.

Zestawienie 10 doświadczeń pomiarów ciśnienia krwi turgotonografem Straussa przed i wśród kąpieli bezwodnikowej sztucznej o ciepłocie 30° R. Pomiary wykonywano zwykle dwa razy, wyniki obu pomiarów uwidocznione na tablicy.

		Ciśnienie skurczowe			Ciśnienie rozkurczowe		
		przed kąpielą	wśród kąpieli	po kąpieli	przed kąpielą	wśród kąpieli	po kąpieli
1	K. J. 10/V.	95 96	100 102	96 104	— 78	76 82	82 86
2	R. F. 2/V.	92 103	99 100	97 98	67 70	61 62	57 —
3	R. F. 4/V.	99 104	93 98	102 101	73 75	61 66	80 71
4	R. F. 6/V.	103 103	102 102	98 103	69 69	62 72	63 65
5	R. F. 7/V.	100 107	108 100	96 96	67 68	67 67	62 63
6	M. S. 12/V.	62 71	64 78	80 74	46 50	55 64	60 57
7	A. P. 2/V.	117 127	111 119	114 115	44 49	61 66	46 56
8	J. M. 9/V.	138 144	158 155	139 144	129	134 151	118 118
9	J. K. 10/V.	137 130	145 141	137 125	34	40	32
10	I. K. 12/V.	118 111	131 125	114 114	42	39 40	34 34

Sądzę, że zrozumiałem jest wyłączenie przy omawianiu wpływu ciśnienia na chorych sercowych z narządem obwodowym zdrowym, doświadczeń na chorych z wadą serca i narządem obwodowym schorzałym, jakoteż tych, gdzie kąpiel działa na nieprawidłowo podniesione parcie, pozostałe wskutek choroby nerek. Również i w tablicy trzeciej wyłączam od omawiania doświadczenia u tychże chorych pod liczbą 8 do 10. Siedem doświadczeń u sercowych z narządem obwodowym zdrowym, nie dało natomiast spodziewanego obniżenia ciśnienia, wyniki tutaj wahają się: cztery nieznaczne podniesienia (+ 5·5, + 2, + 0·5, + 5·5) trzy obniżenia (— 6, — 1, — 7) w końcu kąpieli, można czuć lepiej zaznaczone obniżenie po kąpieli. Wyniki te uważałbym z powodu szczupłej liczby doświadczeń za niewystarczające do zachwiania niezbitego dla mnie faktu, że kąpiele 30° R. obniżają ciśnienie krwi. Ciśnienie rozkurczowe, według mego zapatrywania, oznaczone tą metodą, może nie w każdym przypadku zupełnie pewnie, daje tutaj wyniki nieco różnorodniejsze, zazwyczaj jednak dość zgodne z otrzymanymi pomiarami skurczowymi i zestawienie ich nie różni się od poprzednich pomiarów przyrządem Recklinghansena; dla krótkości pomijam więc szczegółowe ich omawianie.

W ten sposób ukończyłem ogólne omawianie pomiarów ciśnienia zawartych w mych doświadczeniach, a dalsze uwagi dołączę tylko do części klinicznej, gdzie przy omawianiu historyi chorób podam działanie kąpieli na ciśnienie dla uzupełnienia obrazu choroby; tam również omówię wyniki, otrzymane w tablicy drugiej w 10 ostatnich doświadczeniach i w tablicy trzeciej w doświadczeniu 8 do 10.

Rok XLIX. Kraków, dnia 10. września 1910. Nr 37.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Przypadek niezwykłej wady utworowej kończyny górnej

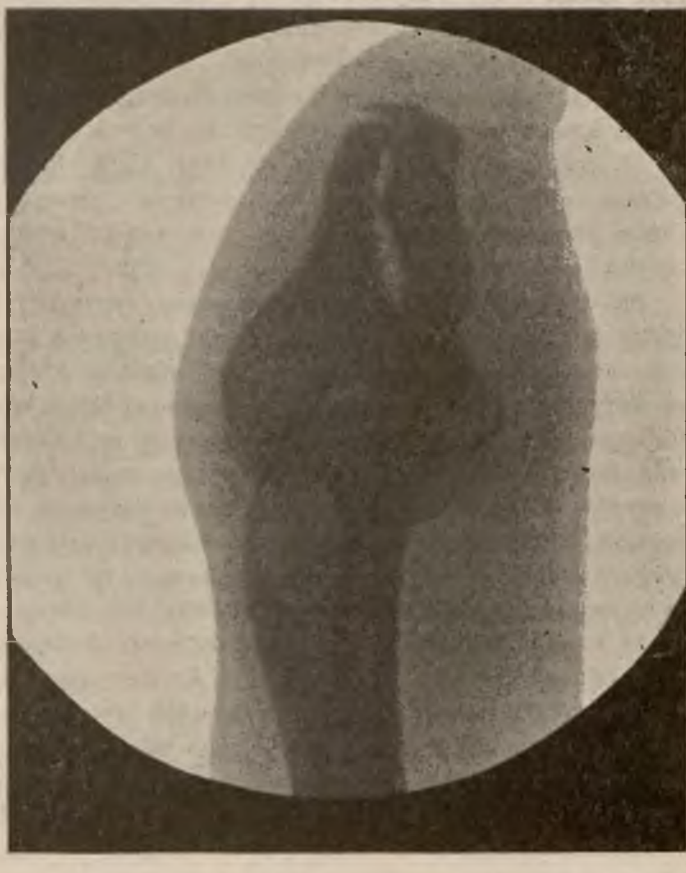
opisał

Prym. Dr Antoni Krokiewicz.

Dnia 5. V. zgłosił się do szpitala J. S., liczący lat 44, wyrobnik z Rudnik (Królestwo Polskie). Chory ze stanowiska klinicznego nie przedstawiał większego zainteresowania, gdyż rozpoznanie kliniczne opiewało: «Infiltratio ac



exulceratio tuberculosa chordarum vocalium. Oedema epiglottidis. Processus bacillosus disseminatus pulmonum. Adhaesiones pleuriticae d. Albuminuria in luetico«. Natomiast zauważono u niego niezwykłą wadę rozwojową w zakresie kończyny górnej prawej, której to wady początek, zgodnie z podaniem chorego, należy odnieść do życia płodowego. Kończyna górna prawa znacznie zniekształtniona wskutek niedokształtu przedramienia, stawu nadgarstkowego i ręki prawej. Staw barkowy prawy, obojczyk, łopatka, ramię zupełnie prawidłowo rozwinięte, a reszta kończyny górnej prawej, t. j. przedramię, staw nadgarstkowy i ręka zniekształtniona w wysokim stopniu i tworzy kikut około 7 cm długi, zginający się z łatwością w stawie łokciowym. Na szczycie tego kikuta widoczny drobny pazurek, odpowiadający jakby kciukowi i 4 drobniuchne miękkie wyrostki skórne, jakby zaczątki 4 palców. Wogóle przy zewnętrznem badaniu odnosi się wrażenie, jakoby na kończynie górnej prawej brakowało zupełnie kości przedramienia, a kikut, pokryty częściami miękkiemi i połączony z ramieniem za-



pomocą ruchomego wrzekomego stawu, stanowiły zniekształtnione kości stawu nadgarstkowego i śródręcza prawego. Zresztą kończyna górna lewa, obie kończyny dolne i wogóle kościec nie przedstawiały żadnych nieprawidłowości.

Bliższe badanie, zapomocą prześwietlania promieniami Röntgena, dokonane w Zakładzie Zandera pod kierunkiem Dra Staszewskiego, wykazało, iż z n i e k s z t a ł t n i e n i e k o ń c z y n y g ó r n e j p r a w e j p o l e g a ł o n a z n a c z n y m n i e d o k s z t a ł c i e p r z e d r a m i e n i a, t. j. kości sprycho-

Wspomnieć dalej muszę o niejednokrotnie przezemnie zauważonem obniżeniu granic płuc, występującem podczas kąpieli, jakoteż o niezawsze zdarzającem się zmniejszeniu wymiarów opukowych serca (stłumienie bezwzględne), niewątpliwie zależnego od zwiększenia pojemności płuc. Sprawę tę skontrolowali swego czasu Reissner i Grote przy usunięciu (opukiwanie przy oczach zawiązanych opaską) wpływu poddawania i należy ją uważać za przesądzoną, tembardziej, że podobne wyniki dały i doświadczenia spirometrami.

(C. d. n.).

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Busch. **W sprawie rozpoznawania i leczenia nie przedziurawionego wrzodu dwunastnicy.** (Münch. med. Wochs. 1910. Nr 28). Na podstawie swego bogatego doświadczenia, jakoteż literatury angielsko-amerykańskiej zwalcza B. niedawno wygłoszone zapatrywanie Wilmsa, że wrzód dwunastnicy jest cierpieniem bardzo rzadkiem, a raczej rzadko rozpoznawanem i operowanem. — Rzekomo typowe objawy wrzodu, jak krwawienie, uważa już za objawy bardzo późne, którym gorliwie zapobiegać należy, a nie czekać na nie.

Wrzód dwunastnicy występuje najczęściej u mężczyzn w średnim wieku. Zwykle w wywiadach spotykamy bardzo typowe oznaki. Chorzy skarżą się, że od bardzo dawna cierpią na żołądek, a mianowicie doznają ciążenia i gniecenia w nadbrzuszu, a w następstwie gwałtownych nieraz bolów. Przypady te występują dość typowo, zwykle w 2—6 godzin po jedzeniu. Po pokarmach płynnych bole występują prędzej, po trudno strawnych stałych później. Nieraz bole te występują dopiero w nocy i stają się przyczyną bezsenności. Zdarza się też, że bole zjawiają się z chwilą, gdy chorzy zaczynają odczuwać głód i dopiero spożycie pokarmu, ból usuwa. Dlatego też tacy chorzy noszą ze sobą czekoladę, biszkopty pastylki i t. d. Bole bywają czasem bardzo gwałtowne i rozpromieniają się w prawą stronę i plecy. Napad taki trwa pewien czas i nieraz kończy się odbijaniami gazów, lub wymiotami treści kwaśnej. Z tą chwilą następuje zwykle ulga i dlatego nieraz chorzy przyśpieszają wymioty przez drażnienie gardła palcem. Apetyt zwykle przytem pozostaje zupełnie dobry. Napady podobne zjawiają się nieraz rzadko, n. p. tylko co parę tygodni lub nawet miesięcy, zwłaszcza w miesiącach zimowych, po zaziębieniu. Badanie rzadko daje wynik dodatni, t. j. bolesność ograniczoną, napięcie prawego mięśnia prostego, krew w stolcu i t. p. Krwotoki i następowe rozszerzenie żołądka są, jak wspomniano, już objawami późnymi. Chemizm żołądka zwykle bywa prawidłowy. Wrzody dwunastnicy występują często równocześnie z wrzodami żołądka i mogą być mnogie. Rokowanie przy wrzodzie dwunastnicy jest o wiele mniej pomyślne, niż przy wrzodzie żołądka.

Autor spostrzegał 19 przypadków tego cierpienia. Operował 14 chorych, (jeden zmarł), a z nieoperowanych 5-ciu zmarło 3, dwóch wskutek przedziurawienia wrzodu, jeden z krwotoku; o jednym chorym nic potem nie można się było dowiedzieć, a piąty pędzi żywot wśród ciągłych męczarni.

Przy operacyi udaje się najczęściej wrzód wprost wyczuć, lub nawet widzieć. Eve radzi nawet w tym celu naciąć żołądek i przezeń zbadać dwunastnicę od wnętrza palcem lub gastroskopem, W razie znalezienia wrzodu postępować można różnie, albo wycina się sam wrzód i ubytek zeszywa, albo gdy wrzód bardzo duży, wycina się dwunastnicę okrężnie, kikut dwunastnicy zeszywa na ślepo, a odźwiernikowy wszczepia w jelito czcze, albo zaszywa się oba kikuty i wykonuje się połączenie żołądka z jelitem, lub też wrzodu się nie rusza, lecz po prostu łączy żołądek z jelitem; wtedy należy jednak miejsce wrzodu dla zabezpieczenia się obszyć, zakładając piętrowy szew, co zarazem zwęża światło dwunastnicy i kieruje pokarmy przez nowy otwór z żołądka wprost do jelita czczego z pominięciem dwunastnicy. Często spotykamy powikłania w drogach żółciowych, dlatego też należy drogi żółciowe zawsze przy operacyi obejrzeć. Wobec groźnego przebiegu, nie należy nigdy za długo bawić się w leczenie zachowawcze, a w razie nawrotu napadów należy nawet wprost namawiać do operacyi. Bezwarunkowo zaś należy operować przypadki przewlekłe z krwotokami i dające już przypadłości żołądkowe (zaburzenia ruchowe). Zasadniczą operacyą jest połączenie żołądka z jelitem. Jeżeli można, to należy wrzód zagłębić i obszyć, wycina się zaś wrzody w razie specyalnego wskazania, przy odpowiednich siłach i dogodnych warunkach anatomicznych. Po operacyi należy chorych leczyć dalej wewnętrznie, z obawy przed nawrotem lub krwotokami. Klęsk.

Fabian. **Ciało obce w pętli zawartej w przepuklinie jako przyczyna ciężkich powikłań.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 25). W piśmiennictwie znalazł F. 35 przypadków ciał obcych w pętli jelita przepuklinowego, do czego dodaje przypadek z kliniki chirurgicznej Sarrégo (przepuklina pępkowa rzekomo uwięzła; przy operacyi znaleziono przedziurawienie pętli przez pestkę od śliwki). Zwykle o ile nie da się wyczuć ciała obcego przez powłoki, rozpoznanie jest trudne, a naprowadzać może na nie jedynie nieodprowadzalność jelita przy utrzymanej nieraz drożności i przy objawach zapalnych przepukliny. Pomiędzy połknięciem ciała obcego a objawami upływa zwykle czas od 1—15 dni. Siedzibą ciała obcego jest najczęściej jelito cienkie. Dotąd operowano 29 razy, 5 chorych zmarło. Oczywiście w razie przypuszczenia ciała obcego, nie wolno przepukliny odprowadzać. Zapobiegawczo należy zawsze u osób cierpiących na przepuklinę w razie połknięcia ciała obcego, skrupulatnie zatrzymywać przepuklinę paskami aż do czasu odejścia połkniętego przedmiotu ze stolcem. Przy operacyi znajduje się zwykle stan ciężki, zgorzel i przedziurawienie jelita. K.

Schürmann. **O skręceniu sieci.** (Med. Klinik 1910, Nr 28). Skręcenie sieci wielkiej daje w późniejszych okresach objawy niedrożności przewodu pokarmowego i z tego też powodu przystępuje się zwykle do operacyi bez pewnego rozpoznania. Najczęściej (w 90%) skręcenie następuje w przepuklinie (zwykle pachwinowej prawej) lub w jamie brzusznej, lecz w związku z przepukliną, rzadko zaś w jamie brzusznej niezależnie od przepukliny. Przyczyną skręcenia bywają zrosty, zmiany położenia narządów sąsiednich, skręcanie się spiralne żył przy zastoju krwi, zmiany chorobowe sieci i t. p. Objawy z początku bardzo nieznaczne, nieraz przypadłości żołądkowe, potem dopiero objawy otrzewne, ew. obraz niedrożności jelit. Skręt następuje albo w postaci śruby, lub, gdy koniec sieci jest przyrośnięty w postaci chustki zwiniętej przy ustalonych końcach. Skrętów może być kilka (nawet do 6). Do zgorzeli całej sieci nie dochodzi prawie nigdy. Gdy skręt trwa dłużej, może sieć tworzyć ogromny guz, wyczuwalny w brzuchu, zwykle po stronie prawej. Leczenie oczywiście jedynie chirurgiczne: usunięcie części skręconej. K.

Solieri. **O operacyi na śledzionie zimniczej.** (Arch. f. klin. Chir. 92. II.). Usuwanie śledziony powiększonej wskutek zimnicy nie dawało, pomyślnych wyników, a to z jednej strony z powodu trudności operacyjnych (liczne zrosty), a z drugiej, — co głównie z powodu następowej znacznej śmiertelności. Z tego też powodu Solieri przystępuje do operacyi przy zimniczym obrzęku śledziony jedynie wtedy, jeżeli zjawią się jakieś wybitne przypadłości, wymagające interwencyi, jak n. p. wędrowanie śledziony, skrę-

cenie szypuły, ucisk na sąsiednie narządy i t. p. W przypadkach tych operacya przedstawia się zwykle dość łatwo i daje także dobre wyniki. S. operował 4 razy śledzionę zimniczą. Raz pęknięcie (operowane »in extremis«), dalej wyjął śledzionę zimniczo powiększoną z powodu skręcenia szypuły, a dwa razy z powodu wędrowania i opadnięcia. Jedynie pierwszy przypadek zakończył się niepomyślnie, reszta operowanych wyzdrowiała. K.

Prof. Williger. **O czem lekarz praktyczny wiedzieć musi z dziedziny chorób zębów?** (Beihef. zur med. Klin. VII). W. zwraca uwagę lekarzy-praktyków na te zagadnienia z dziedziny dentystyki, które bezwarunkowo leżą w ich zakresie działania. Przedewszystkiem więc omawia W. ząbkowanie i zmianę uzębienia mlecznego na stałe, przyczem zachęca lekarzy, by wpływali koniecznie na to, aby już dzieci regularnie, przedstawiano dentystom celem kontroli uzębienia, ustawienia zębów, próchnienia i t. p. Dalej omawia W. przyczyny, przebieg, powikłania, następstwa i leczenie próchnienia zębów, stosunek i związek zębów i uzębienia z innymi narządami i cierpieniami, a wreszcie profilaktykę i higienę zębową. — W. kończy swą pracę wezwaniem lekarzy do dbania o stan uzębienia swych chorych i odsyłania ich do fachowych lekarzy-dentystów, a wreszcie objaśnia, jak i kiedy należy myć i czyścić zęby. K.

Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

Nowe środki.

Nesain, połączenie arsenu z proteiną polecono w 10% rozczynie do wstrzykiwań przeciwko rakowi.

Substitol, suchy przetwór włóknika, do leczenia źle gojących się ran, złamań kości, oparzeń itp.

Amenyl, przetwór gorzknika (hydrastis canadensis).

Gynoval, przetwór kozłka (waleryany).

Mensan, przetwór aryskany z orzechów laskowych, polecany przeciw krwotokom.

Dedosol, przetwór naparstnicy.

Neutralon, krzemian glinu, polecany przy nadkwaśności żołądkowej, zwłaszcza przy wrzodzie.

Oxygar, 10—12% woda utleniona.

Phenostal. nowy środek odkażający, ester difenylostoksalowy.

Pergenol, mieszanina natrium pertoratum i natrium bitartaricum.

Dysphagin, zawiera kokainę, mentol, anesterynę, boran sodowy i środki aromatyczne.

Intolin, drożdże w tabletkach i proszku.

Muscusan, środek odkażający, zawiera bor, cynk itp.

Respiratin, przetwór gwajacolu.

Stillingol. mieszanina rzewnia, kaskary, olejku cytrynowego itp.

Verophen, woda do ran, zawiera chinosol. A.

Dobre wyniki przy leczeniu raka uzyskał w 47 przypadkach Hodenpyl, wstrzykując chorym w guz lub sąsiedztwo surowicę z wysięku otrzewnego jednej z chorych, dotkniętej rakiem otrzewnej. (Wid. Rec. N. Y. Nr 9). A.

Raka zewnętrznego leczy Prof. Rampoldi z Pawii z pomocą wstrzykiwań w guz »jequisitolu«, a to na podstawie spostrzeżenia, że wyciąg ten wywołuje znikanie ziaren jaglicowych na spojówce. Leczenie trwa długo i towarzyszy mu silny odczyn. W ten sposób wyleczyć już miał R. przeszło 100 przypadków raka skórnego. (Münch. med. Woch. Nr 21). A.

Włosy ludzkie, jako materyał do szwu naczyń w doświadczeniach na zwierzętach ze skutkiem stosowali V. i C. Guthrie. (J. Am. As. Chicago Nr 5). A.

Nowotwory złośliwe leczy Reicher w ten sposób u zwierząt, że tuż przy guzie wstrzykuje systematycznie rozczyn adrenaliny 1:5000 – 10.000, przez co wywołuje się rozpad i zmniejszanie się guzów. (Tow. med. wewn. Berlin. Maj). A.

O nowym materyale do szycia donoszą z Chin. Uzyskuje się go z gruczołów pewnej gąsienicy w postaci nitek, długich na 2½ metra. Nitka po 3 dniach staje się już dostatecznie silną, a siła ta zwiększa się jeszcze przez trzymanie nitki we wodzie. Do użytku chirurgicznego nadaje się ten materyał znakomicie. Gotuje się go i przechowuje w karbolu 2—5%. (Sem. med. 1. 1910). K.

Operacyę obtłuszczenia nerek podług Edebohlsa omawia Bircher w sprawozdaniu poglądowem, podając dotychczasowe wyniki, z których widać, że zabieg ten w pewnych przypadkach choroby Brighta wywołuje przemijające polepszenie, lecz nie wiedzie do wyleczenia. Natomiast przy rzucawce porodowej wyniki lecznicze z pomocą obłuszczania nerek są daleko lepsze. (Med. Klin. Nr 10). A.

Przedwczesne skostnienie chrząstek żebrowych u kilku osób, pracujących w fabryce przyrządów rentgenowskich, a niestety i u siebie, jako następstwo działania promieni x spostrzegał Wiesner. (Münch. med. Woch. Nr 21). A.

Przeciwko swędzeniu skóry polecają maść następującą: Rp. Menthol. cryst. pur. Guajacol. pur. synth. aa 0,3. Zinc. oxyd. 10,0. Vaselin. 20,0. Mfng. A.

Przy róży poleca Ritter leczenie gorącem powietrzem. Zastosował je R. w 21 przypadkach z bardzo korzystnym wynikiem. (Münch. med. Woch. Nr 21). K.

Sztuczne wrzody żołądka wywołuje Bolton u zwierząt przez wstrzykiwanie surowicy, zawierającej t. zw. gastrotoksynę. Uzyskuje zaś ją w ten sposób, że uodpornia króliki przez systematyczne wstrzykiwania komórek żołądkowych świnki morskiej. (Proc. of. the R. Soc. I. 1910). A.

Phonoskiaskop jest to przyrząd, podany przez Schminckego, dozwalający na osłuchiwanie serca równocześnie z uwidocznieniem tegoż na ekranie. A.

Gościec mięśniowy uważa Prof. Schmidt nie za cierpienie mięśni, jako takich, lecz raczej nerwów, a dowodzić tego mają następujące dane: 1) Przy tem cierpieniu nie ulega zaburzeniom nigdy sfera ruchowa mięśni, lecz jedynie czuciowa. 2) Cierpienie to lubi nagle znikać w jednem, a pojawiać się w drugiem miejscu. 3) Nie wykazano dotąd drobnowidowo nigdy przy tej chorobie zmian zapalnych w mięśniach. 4) Prawie w połowie przypadków nerwobolów w wywiadach da się wykazać także przebyty gościec mięśniowy. (Med. Klin. Nr 19). K.

Śmiertelne zatrucie bizmutem, po zastosowaniu przy oparzeniu 10% maści bizmutowej spostrzegał Windrath objawy: zapalenie jamy ustnej, plamy szare na ciele, wymioty, białkomocz, drgawki, zapad. Zatrucie wystąpiło po 2 dniach stosowania maści. (Med. Klin. 19). A.

Przy puchlinie brzusznej przed wykonaniem nakłucia zaleca Riehl próbę leczenia z pomocą wcierań 3—4 grm maści kollargolowej Credego przez 15—20 minut. W wielu przypadkach zwiększa się przy tem szybko wydzielanie moczu i puchlina znika. (Münch. med. Woch. Nr 21). A.

Endemie zapalenie wyrostka robaczkowego w zakładzie wychowawczym (30 przypadków) w Oberginingen po zapaleniu gardła spostrzegał Hasse. 25 operowano — wszyscy wyzdrowieli. (W. med. Woch. Nr 21). K.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne d. 7. czerwca 1910 r.

Janowski Władysław demonstrował kilka **krzywych przełykowo-przedsionkowych**, zdjętych równocześnie z elektrokardiogramą, dowodzących, że skurcz przedsionków (AS) zaczyna się w tym właśnie punkcie na krzywej, jak to Janowski wykazywał już w 1907 roku.

Jakimiak demonstrował jako nadzwyczajność **torbiel skórzakowy** wypełniony olbrzymią ilością tworów okrągłych, wielkości orzecha laskowego. Kulki te kruszą się w palcach, cholestearyny nie zawierają, zawierają zaś 1% tłuszczu, oraz ciała białkowe.

Kaczyński demonstrował: 1) kollekcyę hodowli **grupy promieniowców** wraz z preparatami mikroskopowymi, pochodzącą z pracowni naukowej warszawskiego Towarzystwa lekarskiego, 2) chorego z oddziału Dra Franciszka Kijewskiego z promienicą dolnej szczęki, stwierdzoną klinicznie i bakteryologicznie, oraz przedstawia odpowiednie preparaty i hodowlę.

Srebrny wygłosił rzecz p. t.: **O leczeniu gruźlicy gardzieli i krtani zapomocą galwanokaustyki.** Prelegent stosuje galwanokaustykę w gruźlicy górnych dróg oddechowych od roku 1887. Materyał jego obejmuje 136 przypadków, z których 83 spostrzegane były od 1 miesiące do8 lat, 53 zaś bądź do ostatnich czasów, bądź do śmierci chorych. Z pierwszej kategoryi 5 chorych żyło i miało się dobrze po upływie 8 lat od operacyi, 3 po upływie 7 lat, 1 po upływie 6 lat, 1 po upływie 5 lat, 1 po 3 latach, 1 po $2^1/_2$ roku, 2 po 2 latach, 3 po roku, 8 po 6 miesiącach, reszta (58) spostrzegane były 1—3 miesięcy. U 9 z tych chorych wystąpiły w ciągu obserwacyi nawroty, które po ponownem zastosowaniu żegadła uległy wyleczeniu. Z pomiędzy 53 przypadków drugiej kategoryi zmarło 21, a mianowicie: 4 po upływie 4—10 miesięcy, 8 po upływie 14—18 miesięcy, 9 po upływie 3 do 12 lat. U 6 z tych chorych wystąpiły recydywy, u 4 do śmierci krtań została zagojona. Z 32 chorych, żyjących po dziś dzień, jeden był operowany przed 23 laty, inne obserwacye trwają od 10 miesięcy do 18 lat. Nawroty wystąpiły u 11 chorych; po ponownem zastosowaniu żegadła uległy one wyleczeniu. Obraz krtaniowy u kilku nie przedstawia żadnych zmian, ci mają głos zupełnie czysty. Również czystym głosem mówią ci, u których pozostały widoczne blizny, lub utrata tkanki na nagłośni. U wszystkich tych chorych stan płuc uległ znakomitej poprawie, wszyscy bez przeszkód oddają się swoim zajęciom.

W dyskusyi Alfred Sokołowski podkreśla, że statystyka prelegenta wykazuje, że około 20% chorych operowanych uległo wyleczeniu. Rezultaty są bardzo piękne, gdyż dowodzą, że nawet w tak ciężkich przypadkach, jak gruźlica krtani, można jeszcze coś zrobić. Następnie bardzo ważnym jest wyprowadzony wniosek, że w tych przypadkach, gdzie stan ogólny był dobry, gdzie zmiany w płucach były małe, tam następowało wyleczenie. Sokołowski wypowiedział te same zdania już przed 20 laty na Zjeździe we Lwowie. Bardzo ważna jest kwestya zabliźniań i odradzań krtani po zabiegu operacyjnym. Po latach chorzy przychodzą i nie można skonstatować notowanych zmian, gdyż tak wybitna nastąpiła odnowa. Nabłonek krtani posiada dziwną zdolność do odnowy.

Korybut-Daszkiewicz w imieniu swojem i Smoleńskiego wygłosił rzecz p. t.: **Przypadek płonicy z przebiegiem bezgorączkowym** (zejście śmiertelne). Przypadek dotyczył 14 miesięcy liczącej dziewczynki, u której mimo typowych zmian w gardle i na skórze ciepłota ciała przez dzień jeden tylko w przebiegu choroby dosięgła 37°, zresztą była zawsze niższą. Mimo to spostrzegano jako powikłanie zapalenie ucha z przedziurawieniem bębenka i zapalenie nerek, które zakończyło się zejściem śmiertelnem przy objawach mocznicy. Badanie pośmiertne potwierdziło istnienie zmian wybitnych, a właściwych zapaleniu nerek.

W dyskusyi Sepner zaznacza, że obserwował u córeczki swojej erythema scarlatinorum bez gorączki, a później wystąpił krwiomocz. Knappe zapytuje, czy temperatura mierzona była w odbycie. Zaznacza, że wogóle te przypadki płonicy, które przebiegają z początku lekko, zwykle kończą się gorzej. — Hewelke zwraca uwagę, że u dorosłych dość często spotyka się ciężkie zapalenie nerek, po bardzo nieznacznych i stąd przeoczanych objawach chorobowych z wysypką szkarlatynową. — Zapasiewicz jest zdania, iż sądząc z opisu danego przypadku, prędzej należałoby uważać dany przypadek za rubeolę, a nie szkarlatynę.

W odpowiedzi Knappemu zaznacza Korybut-Daszkiewicz, że gorączka mierzona była pod pachą. Co się tyczy spostrzeżenia, że płonica o łagodnym początkowym przebiegu daje, zdaniem Knappego złe zejście, Korybut-Daszkiewicz tłomaczy to tylko lekceważeniem przypadków o przebiegu łagodnym. Zapasiewiczowi prelegent odpowiada, że nic nie przemawia przeciw rozpoznaniu płonicy oprócz braku gorączki w danym przypadku.

Tadeusz Wilczyński.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie d. 20. czerwca 1909 r.

(w szpitalu dla umysłowo chorych »Kochanówka«).

(Dokończenie).

3. Kol. Sokołowski przedstawia przypadek **psychozy maniakalno-depresyjnej.** 33-letnia kobieta przechodzi psychozę drugi raz; pomiędzy pierwszym a drugim okresem choroby było 15 lat zdrowia. Obecnie podniecenie ruchowe, gonitwa wyobrażeń, wesołe usposobienie.

Dyskusya. Kol. Łuniewski zauważa, że dany przypadek w ramkach Krepelinowskiej klasyfikacyi można podciągnąć pod otępienie przedwczesne: z chorą niema porozumienia, gonitwa wyobrażeń, o której mowa u chorej, może być inkoherencyą. — Kol. Pański zapytuje, jak wtedy wyobrażać sobie 15-letnią przerwę w chorobie. — Kol. Łuniewski streszcza w krótkości pogląd szkoły Zurychskiej na sprawę wczesnego otępienia; mówi o schyzofremii tej szkoły i zaznacza, że chorzy tego rodzaju nie pozwalają utrzymać z sobą porozumienia; stan polepszenia pozwala im na długi czas opuszczać zakład, — są jednak zwykle apatyczni. — Kol. Chodźko zwraca uwagę, że przy pierwotnem badaniu, kiedy podniecenie było mniejsze, można było utrzymać z chorą porozumienie i podkreśla 13-letnie zwolnienie choroby (remisyę). — Kol. Łuniewski przypuszcza, że rokowanie bez względu na to, jak chorobę nazwiemy, w danym przypadku jest dobre; chodziło mu o teoretyczną klasyfikacyę, na którą w dyskusyi chciał zwrócić uwagę.

4. Kol. Krzyżanowska przedstawia przypadek **psychozy maniakalno-depresyjnej.** Chora jest panną; ma 34 lat, wykształcenie elementarne. Ze strony ojca obarczenie dziedziczne: jeden z braci ojca przechodził chorobę umysłową. Chora rozwijała się prawidłowo, uczyła się dobrze; lubiała dużo czytać. 7—8 lat temu przechodziła chorobę umysłową, która trwała 4—5 tygodni; bliższych szczegółów o przebiegu nie mamy. Obecna choroba rozpoczęła się 2 lata temu. Badanie na drugi dzień po przyjęciu chorej wykazało: fizycznie zdrowa, ze strony układu nerwowego lekkie drżenie rąk i języka, oraz drżenie oczu. Źrenice, odruchy i czucie — prawidłowe. Znamion histerycznych niema.

Chora siedzi na swojem łóżku spokojnie, obserwuje otoczenie, spełnia, co od niej wymagają; na zadane pytanie odpowiada całym potokiem słów, odbiega od tematu,

wstawia rozmaite uwagi, mające tylko luźny związek z główną sprawą, nie traci jednak wątku i ostatecznie kończy swoją odpowiedź. Mówi z podnieceniem, żywą mimiką i prędko. Co do czasu i miejsca oryentuje się dobrze. Kto są ludzie otaczający, nie wie. Co się tyczy choroby, mówi, że jest chora od 1906 r., ale chwilkę później twierdzi, że jest zupełnie zdrowa. Pamięć zdaje się być zupełnie dobrze zachowana. Chora dużo pamięta z wiadomości, nabytych w szkole, nieźle robi rachunki. Specyalnie uderza u chorej znajomość imion rozmaitych panujących. W czasie rozmowy wypowiada chora mnóstwo twierdzeń wielkości; przyczem w miarę mówienia i podniecania się idee te stają się bardziej wyraźne. Zaczyna np.: »Domyślam się, że będę królową holenderską«. Za chwilę zaś twierdzi, że zastępuje królowę holenderską i nietylko ją, ale i Katarzynę małą, »nie tę wielką, ale tę małą«. Przytem kilkakrotnie powtarza, że jest córką chłopa, a zastępuje królowe, bo jest czysta. Co ona opowiada, to słyszy cały świat; tu jest jakby kościół od czasu, jak ona tu weszła. Mówi, że dali jej wypić truciznę, ale to było dobrze, bo od czasu, jak ona tu jest, niema już trucizn. Zaraz jednak dodaje: »Sehen Sie — in der Anstalt giebt man kein Gift, aber Arzenei«. — Zachowana jest przytem pewna samokrytyka: chora przeprasza, że jest arogancka i że tak dużo mówi; »ja mogę mało mówić, ale teraz to ja muszę dużo gadać«. Wreszcie pyta: »czy pani mnie wyleczy!«

Taki stan trwał po przyjęciu chorej do zakładu przez tydzień; potem zaczęła się chora uspokajać; mówiła, że bredzenia jej — to są sny, że zachorowała pod wpływem przestrachu: przestraszyła się, jak mówi, znajomego, który niespodzianie zjawił się przed nią. Podaje, że miewała omamy słuchowe (szepty) i wzrokowe; u nas omamów nie spostrzegano. Od tego czasu ciągła zmiana w stanie psychicznym; w ostatnich czasach nawet w ciągu jednego dnia bywają znaczne różnice: chora — to podniecona, wymagająca, wypowiada swoje bredzenia wielkości; to uspokaja się, pracuje, bredzenia nazywa snami, — ale zawsze chętnie i dużo mówi.

W tym przypadku rozpoznanie może się wahać między psychozą maniakalno-depresyjną, wczesnem otępieniem i histeryą. Wczesne otępienie dość łatwo wyłączyć: bredzenia u chorej mają charakter ulotny i bardzo zmienny, omamy i złudzenia nie grają prawie żadnej roli w obrazie chorobowym i, co najważniejsza, nie ma objawów otępienia umysłowego po 2 latach trwania choroby. Przeciw histeryi przemawia brak charakteru histerycznego, brak teatralności i pozowania i nakoniec brak znamion (stygmatów) histerycznych. Pozostaje więc rozpoznanie psychozy maniakalno-depresyjnej, bardziej prawdopodna wobec poprzedzającej przed 7 laty choroby umysłowej. (Streszczenie własne).

Dyskusya: Kol. Chodźko dodaje, że w widzeniach chorej odgrywają wielką rolę sny: po przejściu okresu widzeń chora opowiada, że rozmaite rzeczy, które przedtem wypowiadała w widzeniach śniły jej się. Mowca zwraca on dalej uwagę na pierwiastki płciowe: z jednej strony nieczułość płciowa — chora z pogardą mówi o małżeństwie, z drugiej strony sama początek choroby wiąże z przestrachem, wywołanym przez nagłe zjawienie się pewnego młodzieńca. Sądząc normalnie, przestrach był nieuzasadniony. Być może, że są rzeczy, o których chora nie mówi. — Kol. Pański: Czy chora zmienia swoje postępowanie w okresie bredzeń? — Kol. Krzyżanowska: Bywa więcej wymagająca, podniecona. — Kol. Łuniewski porównywa poprzedni przypadek z przedstawianym: w stosunku z choremi kolosalna różnica: w drugim przypadku jest porozumienie zupełnie zachowane, jak również mamy typową gonitwę wyobrażeń. Poprzednia chora daje stereotypowe odpowiedzi; przytem jest u niej koprolalia. — Kol. Chodźko zwraca uwagę na stopień wykształcenia obydwu chorych, z których pierwsza ma znacznie mniejszy. — Kol. Krzyżanowska, porównując obydwa przypadki, nazywa pierwszy według Kräpelina »Gedankenarme Manie«.

5. Kol. Gepner przedstawia przypadek **psychozy maniakalno-depresyjnej o przebiegu okrężnym.** H., lat 53, tkacz, chorób ciężkich nie przechodził; ojciec wybitny alkoholik. Przed 17 laty został chory w Brazylii ukąszony przez żmiję: w ciągu 8 dni był nieprzytomny, mówił od rzeczy, poczem wyzdrowiał. W rok po ukąszeniu, wybuch choroby umysłowej, z powodu której chorego przywieziono do kraju. Przed 10 laty wyskoczył z 3-go piętra na bruk; krwawienie z nosa, uszu, ust. Na lewej goleni blizna wielkości 10 kop., podobno ślad ukąszenia żmii. Zmian w czynności nerwów czaszkowych niema. W ciągu $6^1/_2$ letniego pobytu w Kochanówce chory wykazuje kolejno stany podniecenia i depresyi; każdy z nich trwa od 5 do 6 tygodni. Chorego widzimy jedynie albo kiedy znajduje się w bezustannym ruchu, krzyczy, śpiewa, mówi bez związku, albo w okresach depresyi, kiedy leży w łóżku, mało odpowiada na pytania, przeważnie śpi, czuje się źle. Chory oryentuje się najzupełniej, inteligencya zachowana. Pod wpływem leczenia twarzowego według G. de Tourettea nasilenie okresów maniakalnych zmniejszyło się. (Streszczenie własne).

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Zakażenie gruźlicą służby szpitalnej: Na mocy 15 letniego doświadczenia dochodzi Squire do przekonania, że w zakładach dla chorób piersiowych, personal służbowy zupełnie częściej nie zapada na płuca, niż nietylko w innych oddziałach ale i po za szpitalami wogóle, co przypisać należy między innemi ostrożnościom, których w życiu się nie zachowuje. (Brit. Med. Journ. Apc. 1510). A.

Na międzynarodowym Zjeździe dla hygieny szkolnej uchwalono między innemi następujące rewelacye: 1) Lekarze szkolni powinni być dotowani należycie a za to mieć odpowiednie warunki t. j. kurs pedagogiczny, wiadomości z dziedziny pedyatryi chorób oczu i ucha. 2) Lekarz szkolny niema za zadanie leczyć — lecz tylko pilnować zdrowotności dzieci. 3) Atesty lekarskie powinny mieć jeden typ aby potem można je zużytkowywać statystycznie. 4) Biblioteki szkolne powinny być co pewien czas dezynfekcyonowane. 5) Przy odrze nie jest koniecznem zamykanie szkoły. 6) Przy szkołach powinny być łazienki i place do zabaw. 8) Wychowanie szkolne należy tak do domu jak i do szkoły (nauki przyrodnicze). X.

Zatrucie arszenikiem. Ciekawy przypadek zatrucia »tapetami zielonemi« t. j. arszenikiem spostrzegano w Częstochowie; pewien pan zapadał często na przypadłości żołądkowe, które chwilowo nawet budziły podejrzenie raka.

Ciekawą w końcu chorobę odkryto a to na mocy spostrzeżenia, że pacyent ów wyjechawszy z domu miewał się zaraz dobrze a gdy wrócił zaraz zapadał, wzbudziło to podejrzenie zatrucia arszenikiem z tapet a badanie tychże wykazało rzeczywiście dużą ilość arszeniku. X.

Komisya słownikowa Towarzystwa lekarskiego krakowskiego uprasza o nadsyłanie uwag w sprawie słownictwa pod adresem: Towarzystwo lekarskie krakowskie, ul. Radziwiłłowska 4, dla komisyi słownikowej.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 28. VIII. do 3. IX. 1910 zgłoszono przypadków: błonicy 2 † — (w tem obcych 1 † —), krztuśca 1, ospy wietrznej (Varicella) 2, płonicy 10, odry 3, duru brzusznego 4 † 2 (1 † 1), czerwonki 4 † 1 (3 † 1), gorączki połogowej 1 † 1 (1 † 1). Dr Janiszewski.

Śmiertelność mieszkańców m. Łodzi w roku 1909.

zestawił med. Dr St. Bartoszewicz.

Choroby zakaźne.

Nr	Nazwa choroby	Styczeń chrześc.	Styczeń żydzi	Luty chrześc.	Luty żydzi	Marzec chrześc.	Marzec żydzi	Kwiecień chrześc.	Kwiecień żydzi	Maj chrześc.	Maj żydzi	Czerwiec chrześc.	Czerwiec żydzi	Lipiec chrześc.	Lipiec żydzi	Sierpień chrześc.	Sierpień żydzi	Wrzesień chrześc.	Wrzesień żydzi	Październik chrześc.	Październik żydzi	Listopad chrześc.	Listopad żydzi	Grudzień chrześc.	Grudzień żydzi	Razem	W tem dzieci
1	Ospa	0+1 / 9	—	— / 18	.	— / 12	— / 1	— / 4	.	— / 5	.	— / 12	— / 1	— / 21	.	— / 29	— / 4	0+1 / 55	— / 5	0+1 / 58	0+2 / 5	— / 57	0+1 / 4	— / 27	— / 1	334	328
2	Błonica	— / 10	.	— / 10	— / 3	— / 9	— / 2	— / 6	.	— / 4	— / 1	— / 1	— / 1	— / 1	— / 1	— / 10	— / 2	— / 8	— / 1	— / 21	0+1 / —	— / 14	— / 4	— / 8	— / 1	119	118
3	Krztusiec	— / 6	— / 3	— / 6	— / 2	— / 4	— / 6	— / 4	— / 2	— / 5	— / 3	— / 11	— / 6	— / 22	— / 9	— / 20	— / 5	— / 20	— / 7	— / 17	— / 5	— / 9	— / 2	.	.	174	174
4	Płonica	— / 5	— / 1	— / 4	— / 1	— / 3	— / 1	— / 6	— / 2	— / 5	— / 2	— / 10	— / 1	— / 14	— / 1	— / 32	— / 3	— / 37	— / 8	0+1 / 58	1+0 / 17	— / 40	— / 4	— / 19	— / 10	286	284
5	Odra	— / 2	— / 1	— / 1	.	.	.	— / 3	— / 1	— / 6	— / 4	— / 6	.	— / 14	— / 7	— / 15	— / 5	— / 15	— / 8	— / 16	— / 8	— / 16	— / 2	— / 5	— / 3	138	138
6	Gruźlica płuc	27+17 / 31	8+8 / 7	36+27 / 22	2+4 / 2	31+40 / 21	10+4 / 5	44+36 / 24	4+7 / 1	31+28 / 23	2+3 / 4	37+34 / 37	9+7 / 10	23+20 / 12	5+2 / 9	23+25 / 29	6+0 / 4	23+17 / 28	3+4 / 14	27+30 / 26	5+2 / 9	38+30 / 26	3+5 / 12	27+14 / 26	8+4 / 8	1190	390
7	Gruźlica opon mózgowych	2+1 / 11	6	4+1 / 14	2+0 / 6	1+1 / 23	2+0 / 13	1+2 / 13	2+0 / 9	1+2 / 13	0+1 / 8	2+0 / 31	0+1 / 8	3+4 / 18	2+0 / 5	3+1 / 22	1+0 / 12	3+1 / 13	— / 12	1+0 / 14	0+1 / 9	1+2 / 17	0+1 / 8	0+3 / 18	2+2 / 5	365	308
8	Zapalenie płuc włóknikowe	6+6 / 45	7+3 / 28	12+15 / 51	3+4 / 15	11+14 / 49	12+4 / 15	8+6 / 23	2+6 / 10	13+2 / 24	3+4 / 8	6+4 / 32	2+3 / 21	5+2 / 42	2+1 / 21	4+0 / 43	3+1 / 20	8+6 / 38	3+4 / 12	5+5 / 51	2+4 / 25	7+8 / 58	1+4 / 25	7+5 / 50	1+2 / 26	978	732
9	Choleryna	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	— / 2	.	— / 2	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	4	4
10	Dysenterya	.	.	.	.	.	.	.	— / 1	.	.	— / 1	— / 1	0+1 / 5	— / 2	1+1 / 5	— / 2	1+0 / 1	— / 1	— / 1	0+1 / 1	— / 1	— / 1	.	.	28	23
11	Dur brzuszny	3+2 / 4	1+0 / 2	5+4 / 4	1+1 / 2	1+7 / 4	1+1 / —	2+7 / 2	0+1 / —	1+0 / 3	1+0 / 3	3+4 / 4	0+2 / —	6+1 / 3	— / 2	4+6 / 8	5+2 / 7	6+6 / 8	0+4 / 5	7+4 / 21	1+1 / 7	9+8 / 8	1+0 / 9	3+5 / 10	4+3 / 4	254	120
12	Dur wysypkowy	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1+0 / —	.	.	.	.	1+0 / —	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	.
13	Dur nieokreślony	.	.	.	.	.	.	.	.	0+1 / —	.	.	.	— / 1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	1
14	Róża	.	.	2+0 / 1	— / 1	— / 2	.	.	.	.	.	0+1 / —	.	.	1+1 / —	— / 2	.	0+1 / —	.	— / 1	1+0 / 1	1+1 / —	1+0 / —	0+1 / 2	0+2 / —	23	10
15	Zakażenie krwi	1+5 / 3	.	0+2 / 2	0+1 / 1	1+3 / 2	— / 1	0+1 / —	0+1 / —	.	.	.	.	— / 4	.	— / 2	0+1 / —	2+0 / —	.	1+0 / 1	— / 1	0+4 / 2	0+1 / —	0+2 / 1	0+2 / —	48	20
16	Gorączka połogowa	0+9 / —	0+1 / —	0+7 / —	0+1 / —	0+5 / —	0+1 / —	0+2 / —	0+1 / —	0+8 / —	0+2 / —	0+4 / —	.	0+1 / —	.	0+2 / —	0+2 / —	0+4 / —	.	0+4 / —	.	0+4 / —	0+1 / —	0+2 / —	0+2 / —	63	.
	Razem	206	76	248	52	244	79	194	50	175	50	242	73	225	71	288	85	302	91	371	110	361	90	235	90		
	Razem	282		300		323		244		225		315		296		373		393		481		451		325		4008	2650

Choroby niezakaźne.

Nr	Nazwa choroby	Styczeń chrześc.	Styczeń żydzi	Luty chrześc.	Luty żydzi	Marzec chrześc.	Marzec żydzi	Kwiecień chrześc.	Kwiecień żydzi	Maj chrześc.	Maj żydzi	Czerwiec chrześc.	Czerwiec żydzi	Lipiec chrześc.	Lipiec żydzi	Sierpień chrześc.	Sierpień żydzi	Wrzesień chrześc.	Wrzesień żydzi	Październik chrześc.	Październik żydzi	Listopad chrześc.	Listopad żydzi	Grudzień chrześc.	Grudzień żydzi	Razem	W tem dzieci
1	Nieżytowe zapalenie płuc	9+6 / 38	3+4 / 8	15+4 / 32	2+4 / 6	6+4 / 15	1+3 / 2	2+1 / 29	— / 8	5+2 / 21	0+2 / 6	10+3 / 43	1+2 / 7	4+5 / 19	2+0 / 11	7+5 / 15	— / 2	6+2 / 33	— / 11	5+2 / 35	2+2 / 10	12+4 / 45	1+0 / 5	5+5 / 22	1+0 / 8	587	431
2	Zapalenie opłucnej	.	1+0 / 2	1+0 / 2	— / 2	.	.	1+1 / 2	.	0+1 / 1	1+0 / —	0+1 / —	1+0 / —	1+1 / 3	1+0 / —	.	.	0+1 / —	— / 1	.	.	1+0 / 1	.	.	.	27	14
3	Zapalenie oskrzeli	0+1 / 5	— / 4	— / 7	— / 2	— / 11	— / 2	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	32	31
4	Dychawica	.	.	1+0 / —	.	0+1 / —	.	0+1 / —	.	1+0 / —	.	.	.	.	.	1+0 / —	.	0+1 / —	.	2+0 / —	.	4+2 / —	.	1+1 / —	0+1 / —	18	1
5	Grypa	— / 2	0+1 / —	— / 1	1+0 / —	1+1 / —	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	7	3
6	Zapalenie żołądka i jelit	1+1 / 29	— / 4	2+1 / 47	0+1 / 11	1+0 / 50	— / 11	0+1 / 46	— / 10	— / 122	— / 27	1+2 / 307	— / 101	4+1 / 282	— / 99	0+2 / 240	2+2 / 86	1+2 / 264	0+1 / 83	0+2 / 145	0+1 / 36	0+1 / 72	— / 20	1+1 / 41	— / 11	2178	2144
7	Zapalenie otrzewnej	1+1 / 3	.	0+2 / —	.	1+0 / —	.	2+2 / —	1+1 / —	0+2 / —	.	1+1 / 2	.	.	.	1+1 / 1	.	1+1 / —	1+0 / —	2+1 / 1	2+1 / —	1+0 / 1	.	.	.	36	8

8	*Zapalenie ślepej kiszki*	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0+2 / 1	— / 1	.	2+0 / —	.	.	.	.	.	.	1+0 / —	— / 1	— / 1	1+0 / —	.	10	4
9	Zapalenie wyrostka robaczkowego	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	— / 1	.	.	.	1+0 / —	.	.	.	.	.	2	1
10	Niedrożność jelit	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	3+0 / —	.	.	.	.	.	1+0 / —	.	.	.	4	.
11	Żółtaczka	— / 1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1+0 / 2	.	.	.	— / 1	.	— / 1	.	— / 2	.	.	— / 1	.	.	9	8
12	Zapalenie nerek	7+3 / 5	1+2 / —	4+7 / 4	4+3 / —	7+1 / 4	4+2 / 1	5+3 / —	2+4 / 2	2+3 / 1	2+2 / 1	1+5 / 3	2+1 / —	4+0 / 1	2+2 / 2	5+2 / 2	1+2 / 1	2+3 / 9	2+2 / 2	2+6 / 4	3+0 / 2	6+1 / 6	3+2 / 2	2+8 / 7	4+3 / 4	207	63
13	Cukrzyca	.	1+0 / —	.	1+0 / —	.	.	.	.	1+0 / —	1+0 / —	.	0+1 / —	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	5	.
14	Przepuklina	.	.	.	.	.	.	1+0 / —	1+0 / —	1+0 / —	.	1+0 / —	.	.	.	1+1 / —	1+0 / —	.	.	.	.	.	— / 1	1+1 / —	.	10	1
15	Wada serca	5+16 / —	2+5 / 2	12+10 / 2	3+6 / 1	9+14 / 1	9+5 / —	12+17 / —	3+5 / 1	6+8 / 2	3+2 / —	12+4 / 3	1+2 / —	6+15 / 1	4+2 / 1	8+7 / 1	2+4 / —	14+11 / 1	3+6 / —	10+3 / —	0+2 / —	6+7 / 2	6+7 / 4	5+4 / 2	4+1 / 1	333	24
16	Zapalenie mięśnia sercowego	2+3 / —	1+0 / —	1+0 / —	.	1+1 / —	1+0 / —	2+1 / —	.	.	— / 1	.	.	0+1 / —	1+1 / —	.	.	1+1 / —	.	2+1 / —	1+0 / —	.	.	1+1 / —	.	25	1
17	Zapalenie wsierdzia	.	1+1 / —	1+0 / —	.	.	.	.	.	.	.	— / 1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	4	1
18	Stwardnienie tętnic	.	.	3+1 / —	.	2+0 / —	1+0 / —	3+1 / —	0+1 / —	1+0 / —	.	.	.	.	.	.	.	1+2 / 1	.	2+1 / —	.	0+1 / —	.	2+2 / —	1+0 / —	26	1
19	Udar mózgowy	2+1 / —	3+1 / —	4+1 / —	3+0 / —	3+0 / —	1+2 / —	7+0 / —	0+2 / —	4+2 / —	3+0 / —	2+1 / —	2+0 / —	4+0 / —	2+3 / —	2+3 / —	1+2 / —	1+3 / —	0+2 / —	— / 1	1+1 / —	1+2 / —	.	0+2 / —	2+0 / —	77	1
20	Zapalenie stawów i mięśni	.	.	1+0 / —	.	0+1 / 1	.	0+2 / —	.	1+0 / —	.	.	.	0+1 / —	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	7	1
21	Bezwład	4+0 / —	.	0+0 / —	0+3 / —	1+1 / —	1+1 / —	1+1 / —	.	.	.	1+4 / —	1+2 / —	2+0 / —	2+0 / —	2+3 / 1	0+1 / —	2+1 / —	.	3+0 / —	1+0 / —	4+0 / —	1+1 / —	2+0 / —	.	49	1
22	Krzywica	— / 2	.	— / 4	.	— / 3	— / 1	— / 1	— / 1	— / 3	.	— / 3	.	— / 2	.	— / 4	.	— / 2	— / 1	— / 1	.	— / 1	— / 1	— / 4	.	34	33
23	Próchnienie kości	1+0 / —	.	.	.	.	.	.	0+1 / —	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	.
24	Nowotwory	5+3 / —	3+9 / —	7+11 / —	4+3 / —	5+12 / —	1+4 / —	9+10 / —	2+4 / —	5+6 / —	4+3 / —	3+8 / —	3+4 / —	8+11 / —	3+6 / —	2+13 / —	3+2 / —	3+8 / —	4+3 / —	7+11 / 1	3+3 / —	7+7 / —	2+2 / —	3+8 / —	5+8 / —	261	1
25	Tężec	.	.	.	.	.	.	.	.	1+0 / —	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.
26	Przymiot	.	— / 1	— / 1	.	— / 2	.	— / 1	.	— / 2	.	— / 1	.	.	.	— / 1	.	.	.	— / 1	.	.	.	.	.	10	10
27	Padaczka	.	.	.	.	.	0+1 / —	0+1 / —	.	.	.	— / 1	.	.	.	0+2 / —	.	2+1 / —	.	.	.	1+0 / —	0+1 / —	0+1 / —	.	11	1
28	Alkoholizm	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2+0 / —	.	1+0 / —	.	.	.	.	.	.	.	.	.	3	.
29	Pomięszanie zmysłów	.	0+1 / —	.	0+1 / —	1+0 / —	1+0 / —	.	.	.	.	— / 1	.	.	.	.	.	0+1 / —	.	0+1 / —	.	1+0 / —	1+0 / —	1+1 / —	.	11	1
30	Wodogłowie	.	.	.	.	.	.	.	.	.	— / 2	.	.	0+1 / —	.	2+0 / 3	.	.	.	.	.	.	.	2+2 / —	1+1 / —	14	5
31	Różne choroby	5+5 / 1	2+0 / —	3+5 / 2	1+2 / —	1+4 / 3	0+1 / —	4+2 / —	0+2 / —	3+3 / —	1+3 / 2	4+1 / 4	1+4 / 3	5+2 / 4	1+4 / 1	7+2 / 5	1+2 / 2	7+3 / 3	1+0 / 1	7+3 / 4	3+3 / 2	7+1 / 5	1+2 / 2	5+5 / —	0+4 / 6	183	44
32	Powieszenie (samobójstwo)	.	.	1+0 / —	.	2+1 / —	1+1 / —	2+1 / —	.	2+0 / —	.	2+0 / —	.	1+1 / —	.	2+0 / —	.	4+0 / —	.	1+0 / —	.	2+2 / —	.	.	.	26	.
33	Uduszenie	— / 1	— / 2	— / 1	— / 2	1+2 / 4	— / 3	— / 6	— / 2	— / 4	— / 4	— / 1	— / 2	— / 4	— / 3	— / 1	— / 3	— / 4	— / 1	2+0 / 2	0+2 / 1	1+0 / 4	1+0 / 2	2+1 / 3	.	72	60
34	Zaczadzenie	.	.	1+0 / —	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.
35	Oparzenie	— / 1	.	— / 1	— / 1	— / 3	.	1+0 / —	.	— / 1	— / 1	1+0 / —	.	.	— / 1	.	.	.	.	1+0 / 2	.	1+0 / —	0+1 / —	0+1 / —	— / 1	18	12
36	Otrucie	.	.	.	.	1+0 / 1	.	2+1 / —	.	2+0 / —	.	1+1 / —	0+1 / —	2+0 / —	.	.	.	0+1 / —	.	1+0 / —	1+0 / —	0+2 / 1	.	0+2 / —	0+1 / —	21	2

Nr	Nazwa choroby	Styczeń		Luty		Marzec		Kwiecień		Maj		Czerwiec		Lipiec		Sierpień		Wrzesień		Październik		Listopad		Grudzień		Razem	W tem dzieci
		chrześc.	żydzi	chrześc.	żydzi	chrześc.	żydzi	chrześc.	żydzi	chrześc.	żydzi	chrześc.	żydzi	chrześc.	żydzi	chrześc.	żydzi	chrześc.	żydzi	chrześc.	żydzi	chrześc.	żydzi	chrześc.	żydzi		
37	Utonięcie	.	.	.	.	.	— / 1	.	.	.	.	0+1 / 1	.	1+0 / —	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	4	2
38	Upadek z wysokości	.	.	0+1 / —	.	.	.	.	.	1+0 / —	.	.	.	.	.	.	.	2+1 / —	.	.	.	.	.	.	.	5	.
39	Przejechanie	.	.	1+0 / —	.	— / 1	.	.	.	— / 1	— / 1	— / 1	— / 1	.	— / 1	1+0 / —	.	.	.	.	.	.	.	.	.	8	6
40	Rany postrzałowe	1+0 / —	.	2+0 / —	.	.	.	2+0 / —	.	.	.	2+0 / —	.	.	.	.	.	1+0 / —	1+0 / —	1+0 / —	.	1+0 / —	.	.	.	11	.
41	Rany cięte	.	.	.	.	1+0 / —	1+0 / —	.	.	1+0 / —	.	.	.	1+0 / —	.	1+0 / —	0+1 / —	.	.	.	.	1+0 / —	.	.	.	7	.
42	Zapalenie okołotętnicze	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1+0 / —	.	.	.	0+1 / —	.	.	.	2	.
43	Uwiąd starczy	15+20 / —	5+6 / —	12+24 / —	6+7 / —	16+23 / —	6+3 / —	10+21 / —	4+6 / —	11+9 / —	3+8 / —	10+15 / —	4+7 / —	10+14 / —	1+4 / —	11+23 / —	5+3 / —	7+18 / —	4+5 / —	8+15 / —	5+12 / —	10+9 / —	3+7 / —	6+13 / —	5+6 / —	462	.
44	Wątłość noworodków	— / 20	— / 6	— / 33	— / 3	— / 22	— / 5	— / 23	— / 1	— / 33	— / 3	— / 36	— / 17	— / 58	— / 16	— / 28	— / 10	— / 24	— / 6	— / 27	— / 9	— / 24	— / 9	— / 18	— / 10	447	447
45	Drgawki dziecięce	— / 40	— / 9	— / 53	— / 4	— / 33	— / 9	— / 35	— / 6	— / 49	— / 6	0+1 / 78	. / 4	.	.	0+1 / 80	— / 7	— / 50	— / 5	— / 37	— / 4	— / 44	— / 6	— / 30	— / 17	608	606
46	Nieżywo urodzeni	— / 40	— / 15	— / 54	— / 16	— / 43	— / 14	— / 40	— / 9	— / 41	— / 12	— / 56	— / 16	— / 41	— / 24	— / 36	— / 20	— / 35	— / 7	— / 46	— / 13	— / 47	— / 13	— / 41	— / 23	702	702
	Razem	312	106	389	101	323	100	310	79	372	107	646	192	525	200	542	166	546	153	412	127	362	109	267	129		
		418		490		423		395		479		838		725		708		699		539		471		396		6581	4070
		700		790		746		639		704		1153		1021		1081		1092		1020		992		721		10589	7320

Pozycye wyrażone w postaci ułamków oznaczają nad kreską mężczyzn i kobiety, pod kreską zaś dzieci.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Naczelnego redaktora »Przeglądu lek.« zastępuje obecnie w czynnościach redakcyjnych Prof. Dr Franciszek Krzyształowicz (Basztowa 6).

Z różnych stron. VIII międzynarodowy zjazd fizyologów odbędzie się we Wiedniu w dniach od 27 do 30 września.

Mianowani: Fryderyk Froeylich prof. fizyologii w Bonn, Rubaszkin prof. embryologii w Charkowie, Prof. Klemperer dyrektorem zakładu badania raka w Berlinie, A. Gilbert prof. medycyny wewnętrznej w Paryżu.

Zmarli: Prof. Edward Henoch, nestor pedyatryi, były prof. chorób dzieci w Berlinie zmarł w Dreźnie, Dr Hermann Schwartze prof. chorób uszu w Halli, Dr J. H. Farabeuf prof. anatomii w Paryżu, Dr Fr. Recklinghausen prof. anatomii patol. w Strasburgu, Dr Józef Pacyna w Stanisławowie, Dr Szczełkonowcew w gub. Czernichowskiej na cholerę, Dr M. Wasiljew b. prof. chirurgii w uniwers. warszawskim.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Rok XLIX. Kraków, dnia 17. września 1910. Nr 38.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Przypadek niezwykłej wady utworowej kończyny górnej

opisał

Prym. Dr Antoni Krokiewicz.

(Dokończenie).

Zawiązek kośćca pod względem topograficznym da się w kończynie górnej podzielić na 1) część odpowiadającą łukowi barkowemu (zonoskeleton), 2) część odpowiadającą kośćcowi całej kończyny wolnej (chejropterygium). W tej właśnie drugiej części, która nas tu przedewszystkiem obchodzi, kościec kończyny kształtuje się od początku w postaci wyodrębnionych odcinków, które odpowiadają częściom poszczególnym kośćca wolnej kończyny górnej. Wyróżnia się więc:

1) Stylopodium: odpowiada kości ramieniowej (humerus).
2) Zengopodium: odpowiada kościom przedramienia.
3) Autopodium: odpowiada ręce.

W tem »Autopodium« wyróżnić się znów daje:

a) Basipodium: odpowiada naddłoniu (carpus).
b) Metapodium: odpowiada dłoni (metacarpus).
c) Acropodium: odpowiada palcom (phalanges).

Przy przejściu z okresu chrząstkowego w kostny należy pamiętać, że kostnienie przebiega naokoło chrząstki (perichondral) w części trzonowej (diaphysis), śródchrząstkowo (enchondral) w przysadkach (epiphyses). Między częściami przysadkowemi (epiphyses), a trzonem kości (diaphysis) utrzymuje się pierścień chrząstkowy, który ma ważne znaczenie przy wzroście kości na długość. Kiedy ten wzrost kości jest ukończony, następuje w przypadkach prawidłowych skostnienie takiego chrząstkowego pierścienia.

Rozwój w badanym przypadku musiał się według wszelkiego prawdopodobieństwa prawidłowo rozpocząć, przebiegał jednak później — i to już w drugim miesiącu życia płodowego, nieprawidłowo. Wnosi o tem Dr Godlewski stąd, że w 2-gim i 3-cim miesiącu życia płodowego rozpoczyna się w prawidłowym rozwoju kostnienie w »metapodium« i »acropodium« (przyszłe śródręcze i członki palców), jak podaje Kölliker i Schultze[1]): Gdyby tak było, mielibyśmy tu niewątpliwie ślady tych spraw kostnienia. Najprawdopodobiej wogóle zawiązki, począwszy od »basipodium«, nigdy tu nie były wytworzone.

Zonoskeleton i stylopodium musiały mieć zupełnie prawidłowe zawiązki i zupełnie prawidłowy przebieg różnicowania. W obrębie zengopodium (części odpowiadającej przedramieniu) zawiązki dla kości łokciowej i sprychowej mogły się wytworzyć, zdaniem Dra Godlewskiego, zupełnie prawidłowo; natomiast później nastąpiły zaburzenia w dalszem różnicowaniu tych zawiązków. Te zmiany są tem większe, im dalej obwodowo się posuwamy. Części przysadkowe (epiphyses), przytykające do stawu łokciowego zarówno dla kości łokciowej jak i sprychowej, są mocno rozwinięte. Wyrostek dziobiasty (process. coronoideus ulnae), jak fotogram I. wskazuje, silniej rozwinięty, niż zwykle. Także i główka kości sprychowej jest mocno rozrośnięta. Wzajemne ułożenie obu kości przedramienia jest zupełnie nieprawidłowe, toż samo i nieprawidłowe ułożenie kości sprychowej w stosunku do kości ramieniowej (humerus). Takie ułożenie, jakie okazują te kości na fotogramie Nr II., w prawidłowych kończynach nigdy nie występuje. Główka kości sprychowej, zamiast leżeć na główkowatej wyniosłości kości ramieniowej (eminentia capitata humeri) obsunęła się na guz ponadkłykciowy boczny (epicondylus radialis). Stawu między kością łokciową, a sprychową zupełnie w okolicy łokciowej niema; obie te kości są oddalone od siebie (fot. II.).

Wzrost obu kości przedramienia na długość trwał stosunkowo krótko, i według obliczeń Dra Godlewskiego musiał się ukończyć w każdym razie jeszcze przed porodem, chociaż wzrost na szerokość trwał jeszcze długo po porodzie. Część przyrostowa obwodowa kości sprychowej nie jest prawidłowa, ale jej zrost z trzonem (diaphysis) nastąpił. Nieprawidłowość odznacza się tem, że płaszczyzna kończąca kość sprychową nie idzie, jak zwykle, do osi głównej prostopadle, ale ukośnie.

Część przyrostowa (epiphysis) obwodowa kości łokciowej jest 1) skrócona, 2) nie zrośnięta z trzonem (diaphysis). Na fotogramie Nr I. i Nr II. widać mianowicie najbardziej do przodu przed kością łokciową leżący drobny, pazurkowaty odcinek kostny. Odcinek ten, według twierdzenia Dra Godlewskiego nie ma nic wspólnego z kośćmi ręki; jest to tylko część przyrostowa (epiphysis) obwodowa kości łokciowej. Jest ona skrócona i odpowiadałaby tej części kości łokciowej, z której w prawidłowych warunkach

[1]) Schultze (bearbeitet Kölliker): Grundriss der Entwickelungsgeschichte des Menschen. Leipzig 1897. p. 227.

tworzy się wyrostek rylcowy (processus styloideus ulnae); stąd też i ten kształt pazurkowaty.

Według zapatrywania Dra Godlewskiego w danym przypadku sprawa genetyczna przedstawia się następująco:

Pierścień chrząstkowy, który zwykle ulega skostnieniu, musiał w danym przypadku uledz zwyrodnieniu. Wówczas część przyrostowa obwodowa kości łokciowej oddzieliła się od trzonu i dlatego leży w pewnem oddaleniu. Zwłaszcza fotogram Nr. 2, bardzo za tem przemawia. Wypowiedziane twierdzenie, że ten odcinek kostny nie ma nic wspólnego z kostkami śródręcza, udowadnia też Prof. Godlewski tem, iż 1) kość łokciowa i kość sprychowa dosięgają stale jednej długości; otóż płaszczyzna, kończąca tu obie kości leży przed tą pazurkowatą kostką a nie poza nią; 2) kształt tej kostki przypomina wyrostek rylcowy (processus styloideus); 3) w przeciwnym razie kość łokciowa kończyłaby się trzonem (diaphysis), a wówczas trzebaby przyjąć, że się wytworzył trzon, potem był przeskok na przestrzeni części przysadkowej i znów się wytworzyło skostnienie tylko jednej kostki (os triquetrum) śródręcza, co jest zupełnie nieprawdopodobne.

Na jeden jeszcze szczegół należy zwrócić szczególną uwagę. Przy opisie zewnętrznych kształtów badanej przez nas nieprawidłowej kończyny, zaznaczyliśmy, że na końcu tej kończyny nieprawidłowo rozwiniętej widać drobne brodawkowate wyniosłości, dochodzące zaledwie kilku milimetrów wielkości. Wejrzenie zewnętrzne tych tworów nie pozostawia wątpliwości, że są to zawiązki palców, Wystarczy porównać ten obraz z budową kończyny zarodkowej, niewątpliwie każdy dojdzie do przekonania, że zawiązek »acropodium« istniał tu bezwątpienia. Badanie rentgenograficzne nie wykazuje w tych przysadkowatych tworach żadnych części kostnych. Dochodzimy stąd do wniosku, że dopiero faza różnicowania wewnętrznego przebiegała nieprawidłowo, że różnicowanie mianowicie przebiegało w sposób nieskorrelowany, t. zn., że części miękkie zewnętrzne wytworzyły skórę o zwykłej budowie, podczas gdy system kostny zupełnie się wewnątrz nie tworzył.

Przyczyny, dla której wzrost był w obrębie »zengopodium« zahamowany, i dlaczego całe »autopodium« się nie wytworzyło, nie można w danym przypadku nawet przypuszczalnie podać po bliższem rozpatrzeniu.

Z kliniki medycznej Uniwersytetu Jagiell. pod kierownictwem Prof. W. Jaworskiego w Krakowie.

Wpływ kąpieli gazowych na krążenie krwi u ludzi ze zmianami w narządzie krążenia, w szczególności z wadami serca. (Część II.).

Podał

Dr W. Skórczewski.

(Ciąg dalszy).

Uderzenie koniuszkowe serca niejednokrotnie u mych chorych spostrzegalne, podczas kąpieli zachowywało się dość różnie. Najczęściej nie było zmian w jego natężeniu; czasem zmniejszało się, niekiedy ulegało powiększeniu. Przesunięcia na prawo lub lewo nie spostrzegałem. Gdy powiększenie się uderzenia koniuszkowego świadczyć musi o zwiększeniu energii serca i silniejszym jego skurczu, to zmniejszenie świadczyłoby tylko wtedy o zmniejszeniu energii skurczu, gdyby granice płuc nie mogły się ku sercu przesunąć i w ten sposób odsunąć go od klatki piersiowej. Stąd jedynie istotne powiększenie się energii skurczu na zdjętym kardyogramie będzie miało dla nas wartość dla ocenienia pracy serca. Naturalnie wynik ten nie jest żadną ścisłą metodą, pozwala nam jednak na pewną oryentacyę w sile skurczu serca. Uwzględnienie częstości tętna jest rzeczą, samo przez się zrozumiałą, w ten sposób bowiem określić możemy powiększenie się pracy serca. Kardyogramy moje odnoszą się do ciepłot 28⁰ R. i 30⁰ R. Ciepłoty 28⁰ R. dotyczy 15 doświadczeń w tablicy IV, ciepłoty 30⁰ R. 5 doświadczeń. Na zdjętej krzywej mierzyłem wysokość jej przez wykreślenie prostopadłej do podstawy i zmierzenie tej linii; otrzymałem w ten sposób liczby, które podawały w nim wysokość krzywej Przypuszczając, że powiększenie się uderzenia koniuszkowego zdoła wywołać powiększenie krzywej, jeżeli granice płuc zbyt się nie obniżą, chciałem w ten sposób ocenić wzrost pracy serca. I bacznie przypatrując się otrzymanym wysokościom, spostrzeżemy jedynie w trzech razach znaczniejsze podniesienie się wysokości krzywej na 15 kąpieli 28⁰ R. Ponieważ wahanie się tętna jest przy 28⁰ R. nieznaczne, możemy ogólnie powiedzieć, że wybitnego wpływu na zwiększenie pracy serca tutaj spostrzedz nie można, choć mógł on być przez przesunięcie granicy płuc pokryty. Inaczej rzecz się ma przy kąpielach 30⁰ R; tutaj trzy razy spostrzegałem powiększenie się wysokości uderzenia koniuszkowego, raz było bez zmiany, raz obniżone. Jeżeli jeszcze uwzględnimy znaczne przyspieszenie tętna w tychże kąpielach, około 10 uderzeń na minutę, to zwiększenie pracy serca uważać musimy przy takiej kąpieli za znacznie większe, niż krzywa uderzenia koniuszkowego to wykazuje. Przy równoczesnem badaniu ciśnienia krwi i uderzenia koniuszkowego na sfigmogramach (notatka w uwadze) jakiejś równoległości, bardzo wpadającej w oczy, spostrzedz nie mogłem. Szkoda wielka, że zebrane kardyogramy nie pozwalają nam na wnioski w kierunku odwrotnym, to znaczy, czy kąpiel bezwodnikowa działa na serce, zmniejszając jego pracę. Jednak wobec wyżej nadmienionego przesuwania się granic płuc podczas kąpieli byłby to wniosek bezwartościowy. (Tablica IV).

Dalej omówić muszę sprawę zachowania się tętna podczas kąpieli. Różnica dla badającego palca jest tak charakterystyczna, że już po niedługiej obserwacyi spostrzega ją każdy; dotyczy to zwłaszcza kąpieli chłodniejszych, natomiast rzadziej spostrzega się tę różnicę podczas kąpieli ciepłych. Widzimy tutaj równoległość z obniżaniem się liczby tętna. Jestto powiększenie się fali tętna.

Podobne wyniki dają również i krzywe tętna. Krzywe, zebrane z 41 doświadczeń przed, wśród i po kąpielach, zestawiam w tablicy V., starając się w niej uwidocznić szczegóły najważniejsze.

Widzimy tutaj zwiększenie się wielkości tętna w znacznie większym odsetku doświadczeń przy kąpielach chłodnych i obojętnych, niż przy ciepłych. W tym drugim razie stwierdzamy obniżenie się wielkości tętna. Dalej szyb-

TABLICA IV.

Liczba tętna i wysokość krzywych uderzenia koniuszkowego w milimetrach przed, wśród i po kąpieli 28° i 30° R.

(Analogiczne pomiary ciśnienia w tablicy III i II).

		przed kąpielą		z początk. kąpieli		z końcem kąpieli		po kąpieli	
		liczba tętna	wysokość kardyogramu	liczba tętna	wysokość kardyogramu	liczba tętna	wysokość kardyogramu	liczba tętna	wysokość kardyogramu
Kąpiele 28° R.	A. K. 28/IV.	78	2·—	—	—	66	3·5	66	3·—
	A. K. 30/IV.	60	3·—	72	5·—	60	3·—	60	3·—
	A. K. 2/V	60	6·7	54	4·2	60	4·—	60	6·5
	A. K. 4/V.	58	5·5	60	5·2	72	6·—	66	3·8
	A. K. 7/V.	64	6·7	66	7·—	63	7·5	60	5·5
	A. K. 9/V.	53	6·—	45	5·—	60	11·—	60	4·—
	J. M. 29/IV.	66	7·—	—	—	69	8·—	72	9·—
	J. M. 2/V.	63	4·—	66	3·—	69	3·—	—	—
	J. M. 3/V.	60	3·8	60	3·—	69	4·3	60	3·—
	J. M. 6/V.	51	2·—	—	—	—	—	—	—
	J. M. 10/V.	48	4·8	52	4·—	60	3·5	48	1·—
	A. P. 28/IV.	74	9·—	—	—	60	18·5	64	16·5
	A. P. 30/IV.	54	11·—	60	11·—	60	8·5	62	10·—
	A. P. 6/V.	71	8·3	72	8·—	74	8·—	64	6·5
	R. F. 28/IV.	96	0·75	—	—	96	0·75	96	0·75
	K. J. 6/V.	108	3·5	132	1·5	108	4·5	120	4·2
	M. S. 7/V.	90	4·2	78	7·—	96	5·5	84	2·—
Kąpiele 30° R.	R. F. 7/V.	102	3·5	132	4·—	129	6·8	120	3·—
	A. P. 2/V.	74	14·—	74	8·7	84	8·7	84	12·—
	A. P. 3/V.	72	5·—	72	8·—	84	14·—	75	12·—
	A. K. 10/V.	54	9·—	60	6·5	60	7·—	60	10·5
	A. K. 12/V.	48	7·—	55	7·—	62	8·—	49	8·5

TABLICA V.

Zestawienie wyników otrzymanych przez spisywanie krzywych tętna podczas kąpieli.

(Bliższe objaśnienia w tekscie).

Ciepłota kąpieli	Ilość doświadczeń	Powiększenie krzywej tętna spostrzeżono:	Wielkość tętna bez zmiany	Wielk. tętna zmniejszona	Obniżenie zagłębienia tętniczego	Powiększenie fali skurczowej	Zwiększenie stromości tętna	Zwiększenie fal elewacyjnych
23° R.	8	5	2	1	5	3	6	5
24° R.	4	2	1	1	2	1	3	1
25° R.	3	1	1	1	1	2	1	2
26° R.	4	2	—	2	—	1	2	3
27° R.	7	4	—	3	4	5	6	2
28° R.	4	2	1	1	2	1	3	1
29° R.	5	1	1	3	4	2	3	1
30° R.	6	1	2	3	2	—	3	1
Razem	41	19	8	15	20	15	27	16

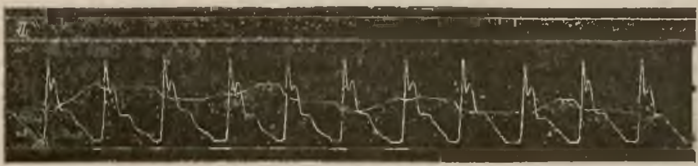
kość powstawania fali tętna w tętnicy, wzrasta i zależnie od tego zwiększa się stromość tętna. Jestto rzeczą zrozumiałą dla krzywych z powiększonem tętnem, natomiast przy kąpielach 30° R. trzebaby przyjąć wpływ zwiększenia energii skurczu serca. Również jasnem byłoby obniżenie zagłębienia tętniczego przy kąpielach 30° R., jako następstwo obniżenia ciśnienia, natomiast obniżenie przy kąpielach 23° R., tak często przezemnie spostrzegane, musimy wytłómaczyć obniżeniem pozornem, zależnem od powiększenia się wysokości tętna. Powiększenie się fali skurczowej spostrzega się dość często na tętnie, w pewnej analogii z powiększeniem się tętna. Wreszcie powiększenie się fal elewacyjnych przy kąpielach chłodniejszych jest znacznie częstsze, niż przy cieplejszych. Dla uwidocznienia podaję krzywe z dwóch doświadczeń przy kąpieli 23° i 30° R wraz z objaśnieniami. (Tablica V i VI). Wyniki tutaj otrzymane potwierdzają jedynie spostrzeżenia moje zebrane u ludzi zdrowych, (I. część pracy), choć tutaj poziom badanego tętna zawsze znajdował się na wysokości serca i wobec tego nie trzeba było uwzględniać obniżenia fali dikrotycznej, zależnego od wysokości ułożenia ręki wobec serca.

Dalej omówić musimy zachowanie się liczby tętna i wpływ kąpieli na tętno przyspieszone i zwolnione. W tablicy pierwszej zestawione są średnie liczby tętna i oddechów, jakoteż wpływ kąpieli na nie. Na średnich tych widzimy bardzo wyraźnie różnicę oddziaływania serca zdro-

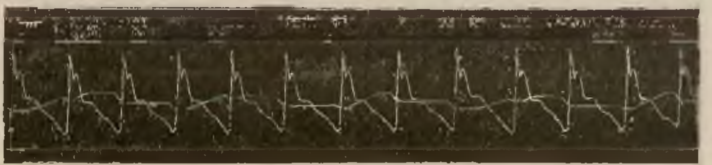
TABLICA VI.



liczba tętna 60. liczba oddechów 24. ciśn. palpacyjne 200 cm.



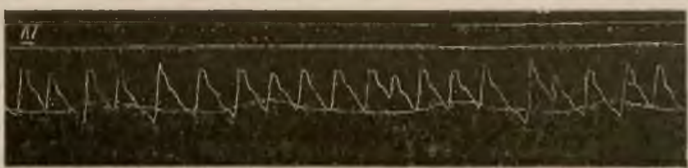
liczba tętna 52. liczba oddechów 22. ciśn. palpacyjne 180 cm.



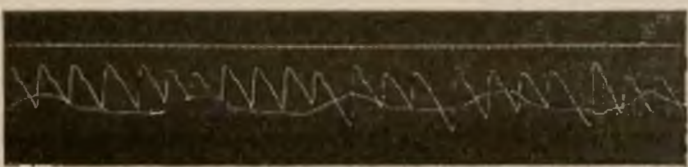
liczba tętna 60. liczba oddechów 24. ciśn. palpacyjne 170 cm.

Krzywe tętna i oddechów chorego A. P. XI. zdjęte dnia 20/IV. przed (I), w czasie (II) i po kąpieli (III) sztucznej bezwodnikowej o ciepłocie 23^0 R. Wyraźne powiększenie się fali tętna podczas kąpieli, powiększenie się fali skurczowej, obniżenie zagłębienia tętniczego, zwiększenie stromości tętna.

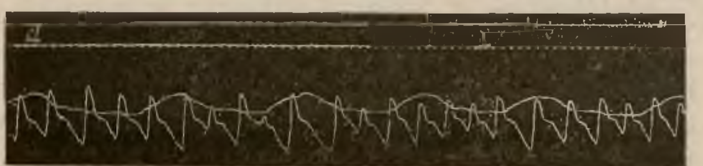
TABLICA VII.



liczba tętna 94. liczba oddechów 18. ciśn. palpacyjne 170 cm.



liczba tętna 90. liczba oddechów 19. ciśn. palpacyjne 140 cm.



liczba tętna 84. liczba oddechów 20. ciśn. palpacyjne 155 cm.

Krzywe tętna i oddechów chorej R. K. II. zdjęte dnia 27/IV. przed (IV), w czasie (V) i po (VI) kąpieli sztucznej bezwodnikowej o ciepłocie 30^0 R. Zmniejszenie się fali tętna, większa stromość fali tętna; nieobniżenie się wzgórka dwubitnego.

wego od oddziaływania serca z narządem krążenia zmienionym, zwłaszcza z mięśniem wyczerpanym lub schorzałym. Gdy kąpiele 24^0 R. u ludzi zdrowych wywoływały średnio obniżenie tętna o cztery uderzenia, ze zwiększeniem tegoż po kąpieli do ośmiu, to u ludzi z narządem krążenia zmienionym średnie dają obniżenie nieznaczne, do dwóch uderzeń, po kąpieli przemijające. Stosunek ten odnosi się również do przyspieszenia tętna podczas kąpieli ciepłej 30^0 R; zamiast dwóch uderzeń u zdrowych, mamy tu aż osiem uderzeń: w obu razach przyspieszenie po kąpieli szybko przemija.

Przyspieszenie tętna pod wpływem pracy jest to objaw w patologii chorób narządu krążenia dobrze znany, i tutaj wytłómaczenie spostrzeżeń w zachowaniu się częstości tętna jest w związku z pracą mięśnia, ilustruje bardzo wyraźnie wyniki, otrzymane przezemnie zapomocą kardyogramów i uzasadnia je niejako doświadczalnie.

(C. d. n.).

Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

Wyniki operacyi raków podług Hildebranda poprawiły się bardzo w ostatnich czasach. Np. operacya raka wargi daje obecnie 80% trwałych wyleczeń przy 1—2% śmiertelności (przed 30 laty 10% wyleczeń, a 6—7% śmiertelności), rak sutka 35% wyleczeń i t. p., rak żołądka wykazywał po doszczętnych operacyach śmiertelność 44% obecnie do 25%, a 15—17% trwałych wyleczeń. Znakomite wprost wyniki osiągnięto obecnie zwłaszcza przy wyłuszczaniu krtani z powodu raka. X.

Zatkanie moczowodów brodawczakami, wiodące do zatrzymania moczu spostrzegał w 2 przypadkach Rumpel. W jednym przypadku rozpoznano nawet przedtem kamień nerkowy i przystąpiono do nacięcia nerki. Przez cięcie wysokie udało się brodawczaki usunąć. (Berl. klin. Wochschr. Nr 24). K.

Przy porażeniu nerwu twarzowego poleca Momburg podane przez Buscha podniesienie kąta ust zapomocą dłuta, przeprowadzonego od łuku jarzmowego do kąta ust i z powrotem pod łuk. (Berl. klin. Woch. Nr 24). R.

Przy ropniach zimnych polecają Calve i Gauvain po wypuszczeniu ropy wstrzyknięcie 2—10 cm^3 zawiesiny: »Rp. Jodoform 5,0. Aeth. sulph. 10,0. Guajacol. Kreozot áa 2,0. Ol. olivar. 100,0«. Gdy ropa zawiera masy serowate: »Camphor. 2,0. Thymol. 1,0. Aether. 100,0. (Lancet. 5. III. 1910). A.

Przy wypadnięciu odbytnicy prowadzi Mummery poprzeczne cięcie między odbytem a kością ogonową i palcem na tępo dostaje się poza kiszkę. Utworzoną w ten sposób jamę tamponuje gazą, licząc na zrosty, które utrzymają potem kiszkę na miejscu. Przez czas gojenia się, t. j. do 4 tygodni, muszą chorzy leżeć spokojnie i dbać o wolny stolec. Niestety o zakażenie przy tym sposobie nie trudno. (Lancet. 5. III. 1910). A.

Przy zapaleniu otrzewnej poleca Bircher wlanie pod koniec operacyi do jamy brzusznej 1—2 flaszek ogrzanej leukofermantyny Mercka. (Med. Klinik. Nr 26). K.

Przy wielkich utratach krwi np. po wielkich operacyach, krwotokach z wrzodu żołądka, przy krwawiączce i t. p., poleca Holz przelanie krwi z osoby drugiej, a to w ten sposób, że łączy się żyłę środkową przedramienia osoby niedokrwistej z tętnicą promieniową dającego krew. (Deutsch. Zeitschr. f. Chir. 104. Z. 5—6). K.

Przy operacyi Freunda niszczy Axhausen tylną ochrzęstną chrząstek żebrowych po wycięciu, doszczętnie przez wypalenie Paquelinem, aby uniemożliwić odrodzenie się chrząstek, a przez to wynik operacyi uczynić trwałym. (Ztbl. f. Chir. Nr 20). K.

Pęknięcie śródotrzewne pęcherza wskutek 4-dniowego zatrzymania moczu u 70-letniego starca, spostrzegał Oehlecker. (Deutsche med. Woch. Nr 24). A.

Po zeszyciu rzepki poleca Baum założyć opatrunek podług Kauscha, t. j. przy zgiętem kolanie, a dopiero od 6-go dnia biernie kolano prostować. (D. Zft. f. Chir. 104. III—IV). K.

Gastrostomię z niezwykłego wskazania wykonał Schlesinger. Chory cierpiał na napady bolu w okolicy żołądka, przyczem zjawiało się tamże silne wzdęcie. Chory ten był już 4 razy bez skutku operowany. Badanie wykazało, że wzdęcia żołądka są skutkiem połykania powietrza. Zgłębnikiem nie udawało się wypuszczać powietrza, a jedynie w uśpieniu powietrze odchodziło. Ze względu na silne bóle (chory nosił się już z myślą samobójstwa) założono otwór w żołądku, który chory w czasie napadu bolu otwiera i wypuszcza nagromadzone powietrze. (Tow. lek. Wiedeń. 24. VI). A.

Zamiast węża Esmarcha do wywoływania niedokrwistości podał Blecker metalową taśmę spiralną, która nie psuje się tak, jak guma. (Münch. med. Woch. Nr 27). K.

Dwa przypadki raka wskutek rentgenizacyi opisał Rosenbach. Jeden na plecach u robotnika w fabryce lamp Röntgena, a drugi w bliznie u 45-letniego mężczyzny po wyleczeniu tocznia. (Arch. f. kl. Chir. 92. I.). K.

Przy wysięku gruźliczym otrzewnej w miejsce laparatomii radzi Floria nakłucie, wypuszczenie płynu i odrazu wprowadzenie zapomocą przyrządu Potaina tyleż centymetrów kubicznych powietrza. Potem chory gorączkuje kilka dni, ale wynik ma być nawet lepszy, niż po laparatomii. (Gaz. d. Osp. 1910. I). A.

Naczynia krwionośne, przechowywane jałowo w odpowiednich płynach nawet przez 30—50 dni, udało się Bodemu i Fabianowi wszczepiać jeszcze skutecznie zwierzętom, co dowodzi nadzwyczajnej zdolności przygajania się tkanki naczyniowej. (Beitr. zur klin. Chir. 66. 1). K.

Przed operacyami brzusznemi należy podawać środek przeczyszczający, podług Girarda, na dwa dni przed operacyą, a nie dzień przedtem jak to się zwykle czyni; przewód pokarmowy powinien bowiem być zupełnie opróżniony i potem się uspokoić. (Kongr. chirurg. franc. Paryż 1909. X.). K.

Leczeniu przeciwzaczynem spraw ropnych odmawia Hirsch wszelkiego znaczenia. Sprawy postępujące nie zostają powstrzymane, a sprawy ograniczone nie leczą się przytem szybciej i lepiej, niż innymi sposobami. (Tow. lek. wiedeńsk. 21. I. 1910). A.

Przy uszkodzeniach barku często jedynie przez prześwietlanie rentgenowskie od góry, uzyskać można dokładne rozpoznanie (np. przy zwichnięciach ku tyłowi). Wspominając o tem przytacza Pfister odpowiedni przykład i zdjęcia. Chorego uważano za symulanta i dopiero zdjęcie od góry wyjaśniło sprawę. (Med. Klin. Nr 5). K.

Dwa przypadki śmierci przy zamroczeniu skopolaminowomorfinowem u starszych ludzi (55 i 72 lat) spostrzegał Rinne. Dawka 0,0012 skopolaminy i 0,03 morfiny w 3 porcyach. (Deut. med. Woch. Nr 3). A.

Przy zesztywnieniach stawów poleca Heeger leczenie śródmięśniowemi wstrzykiwaniami fibrolizyny. Wstrzykiwania robić należy codziennie w pośladki, przyczem płyn ogrzewa się do 45°. Zwykle wystarczy 10—20 wstrzykiwań. W połowie kuracyi zaczyna się leczenie mechaniczne. (Münch. med. Woch. Nr 5). A.

Korzystne działanie śródżylnych wstrzykiwań fibrolizyny przy zwężeniach cewki spostrzegał Trautwein. (Derm. Zblt. XII. 8). A.

W leczeniu nowotworów poleca Müller kombinacyę naświetlań promieni Röntgena z prądami o wysokiem napięciu. W jednym przypadku nowotworów olbrzymich rozmiarów otrzymał w ten sposób wyleczenie i zniknięcie przerzutów w gruczołach. (Ther. d. Geg. 1910, Nr 11). A.

Olbrzymiego raka na plecach, wskutek zdrapywania zranienia, u 45-letniej osoby, obarczonej dziedzicznie co do raka, spostrzegał Biach. Po operacyi trwałe wyleczenie. Österr. Ärzte Ztg. Nr 13). A.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne z dnia 21. czerwca 1910 r.

Bełkowski demonstrował chorego z **porażeniem wstępującem** Landry w postaci poronnej.

Chybczyński demonstrował preparaty drobnowidzowe i hodowlę grzybka, zwanego **sporotrichium de Beurmann.**

Wretowski przedstawił nadesłany do pracowni Dra Serkowskiego **odlew włóknikowy,** wykrztuszony przez chorego, dotkniętego zapaleniem oskrzeli włóknikowem. Odlew ten ma 7 cm długości, grubość zaś w górnej części przenosi nieco grubość pióra gęsiego.

Majzel B. demonstrował preparaty i hodowle **gronkowców** chorobotwórczych i niechorobotwórczych z pracowni naukowej Towarzystwa lekarskiego.

Korybut Daszkiewicz demonstrował preparaty drobnowidowe i hodowle, pochodzące z przypadku **błonicy nosa** u dziecka o niezwykłym przebiegu. Prelegent obserwuje rok rocznie na oddziale swym w Domu wychowawczym u osesków przypadki izolowanej błonicy nosa o przebiegu chronicznym, łagodnym.

Korybut Daszkiewicz wygłosił odczyt pod tytułem: **Przyczynek do nauki o niektórych postaciach zakażeń krwi u dzieci** (zakażenie łańcuszkowcami i pneumokokami). Prelegent podaje opis 3 przypadków, z których jeden dotyczy 7-miesięcznego dziecka z zakażeniem łańcuszkowcami (ze krwi wziętej wprost z żyły wyhodowano streptococcus pyogenes longus i bacillus proteus Zopfii); dwa zaś dotyczą przypadków, gdzie w tychże warunkach wyhodowano ze krwi pneumokoki w kulturze czystej. Wszystkie przypadki zakończyły się wyzdrowieniem. Prelegent uważa za usprawiedliwione przekonanie swe, że wyleczenie w pierwszym przypadku nastąpiło dzięki zastosowaniu surowicy przeciwpaciorkowcowej wieloważnej Tavela, oraz że zakażenia pneumokokami (sepsis pneumococcica) u dzieci nie przebiegają wśród tak ciężkich objawów, jak u dorosłych i mają poważne szanse zejścia pomyślnego.

W dyskusyi zaznacza Zembrzuski Ludwik, że zakażenie pneumokokowe u dzieci nie jest tak rzadkie. Sam często widział po zapaleniu płuc zapalenia stawów z wysiękami, gdzie znajdowano przeważnie pneumokoki. — Guranowski zwraca uwagę, że otitis media pneumokokowa przebiega zupełnie odmiennie od ostrych zapaleń ucha średniego, wywołanych innymi zarazkami. Przebieg napozór łagodny, lecz po skończonej chorobie, w jamie bębenkowej, nagle po pewnym dość długim czasie wystąpić mogą groźne objawy ze strony wyrostka sutkowego i jamy czaszkowej.

Zembrzuski Ludwik wygłosił odczyt pod tytułem: **O pneumokokowem zapaleniu otrzewnej u dzieci.** Przytoczywszy szczegółowo literaturę naszą i obcą, prelegent podaje szczegółowy opis etyologii i symptomatologii danego cierpienia. Leczenie winno być jedynie operacyjne, ale nie wczesne, jak to obecnie przyjętem jest prawie po-

wszechnie w przypadkach zapalenia wyrostka robaczkowego, lecz po wytworzeniu się ropnia otorbionego, czyli przeciętnie po 10—14 dniach trwania choroby. W sprawie danych statystycznych w przypadkach ograniczonego zapalenia otrzewnej autorowie francuscy podają około 20% śmiertelności w przypadkach nieoperowanych, inne statystyki przedstawiają się w świetle nieco gorszem, mianowicie Jensen podaje śmiertelność wogóle w 36% przypadków nieoperowanych, w operowanych spada ona do 25%. Prelegent na 7 przypadków spostrzeganych i operowanych w 3 okresie sprawy, przy znacznem wyniszczeniu chorych, miał 3 przypadki śmiertelne, zależne od rozwoju samego zakażenia. Prelegent na zakończenie wypowiada następujące wnioski: 1) Zakażenie pneumokokowe otrzewnej należy do spraw natury ciężkiej. 2) Mnożące się coraz bardziej spostrzeżenia, dotyczące zapalenia pneumokokowego otrzewnej, oparte na badaniach bakteryologicznych, rugują stopniowo z nauki pojęcie o t. zw. zapaleniach otrzewnej samoistnych, których powstawania nie umiano sobie tłómaczyć. 3) Pożądane jest ścisłejsze spostrzeganie sprawy w początkach samych jej rozwoju dla odróżnienia szczególnie od epityphlitis, a to ze względu na wskazania co do czasu odpowiedniego na zabieg operacyjny.

W dyskusyi Korybut Daszkiewicz zgadza się w zupełności z prelegentem, że przy rozpoznaniu różniczkowem trzeba mieć na uwadze u dziewczynek i zakażenie rzerzączkowe; w każdym odnośnym przypadku trzeba zbadać drogi rodne. — Rzętkowski zapytuje, czy w pneumokokowem zapaleniu otrzewnej wytwarzają się zrosty i jaki jest stosunek sieci do kiszek. — Kiełkiewicz zapytuje, jaka była ciepłota w okresie tworzenia się ropnia.

Zembrzuski odpowiada Rzętkowskiemu, że sieć zwykle jest odchylona ku tyłowi wraz z kiszkami. Zrostów nie spotykał; Kiełkiewiczowi prelegent odpowiada, że w okresie tworzenia się ropnia ciepłota spada, kiedy zaś zbliża się okres przedziurawienia, to wtedy gorączka bywa większa.

Tadeusz Wilczyński.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Sekcya neurologiczno-psychiatryczna.

Posiedzenie z d. 13. lipca 1909 r.

(Sala szpitala małż. Poznańskich).

1. Kol. Przedborski przedstawia przypadek **ostrego postępowego porażenia opuszkowego** (paralysis bulbaris progressiva acuta).

A. C., 38 lat, niedomaga od trzech dni. Choroba rozpoczęła się, jak utrzymuje C., po spożyciu zimnego piwa i kilku jaj na twardo gorączką, niezmiernie utrudnionem łykaniem i wymiotami. Utrudnione łykanie przybrało charakter tak gwałtowny, że chory pozbawiony został możności przyjmowania nawet płynnych pokarmów przez usta.

Stan obecny. C. 38·5°. Tętno 96. Łykanie niemożliwe. Łyk płynu przez pewien czas pozostaje w gardle, poczem powstaje silny napad kaszlu i płyn napowrót wyrzucony zostaje z gardła. Języczek nie zmieniony; ruchy jednakże ku górze i w bocznym kierunku zniesione; mowa nosowa, martwa, bezdźwięczna, przypomina mowę chorych, dotkniętych niedrożnością jamy nosowo-gardłowej. Błona śluzowa gardła przy dotykaniu okazuje znacznie zmniejszoną wrażliwość; odruchy gardłowe zniesione. Nagłośnia nie unosi się ku górze; obie struny głosowe prawdziwe pozostają w linii środkowej, żadnych ruchów przy fonacyi lub oddychaniu nie są zdolne wykonać. Szpara głośniowa silnie zwężona. Wrażliwość błony śluzowej krtani przy badaniu zgłębnikiem okazuje się znacznie zmniejszoną. Przy próbach głębszego oddychania obie struny głosowe jeszcze bardziej zbliżają się ku sobie, szpara głosowa silniej się zwęża, występują gwałtowne napady duszności pod postacią »accès laryngés«, sinica wzrasta.

Na naradzie z kol. Maybaumem i Pańskim przewód pokarmowy zbadano zgłębnikiem żołądkowym, przyczem okazało się, że zgłębnik dochodzi do żołądka, nie wyzwalając żadnych odruchów. Stan gorączkowy 38·6°. Tętno 90. Odżywianie chorego zapomocą zgłębnika.

7. VII. 1909 r. chory wstąpił do szpitala im. Poznańskich. Z dalszego przebiegu zapisać należy: gorączka początkowa opadła prawie zupełnie i przez pierwsze 10 dni nasilenia jej nie było; wymioty zupełnie ustały, natomiast napady duszności stawały się coraz częstszemi i groźniejszemi, wobec czego dla uchronienia chorego przed uduszeniem 10. VII. dokonano tracheotomii. Leczenie nie uległo zmianom. 17. VII. rozpoczęły się objawy lewostronnego zapalenia płuc. 22. VII. Wyraźne objawy dwustronnego włóknikowego zapalenia płuc. 25. VII. śmierć.

Podczas bytności chorego w szpitalu spostrzegano często silne zwolnienie tętna, dochodzące nieraz do 50—60 uderzeń na minutę, oraz przyspieszenia, wynoszące 90 do 110 uderzeń na minutę (podrażn. n. błędnego). Badanie smaku wykazało brak zaburzeń w obrębie nerwu językowo-gardłowego. Brak wzmożonego wydzielania śliny, natomiast mnożyły się objawy przemawiające za porażeniem nerwu twarzowego prawego.

Zajmującem również w spostrzeżeniu naszem jest stopniowy, a ciągły rozwój dwustronnego porażenia nerwów zwrotnych, gdy bowiem początkowo obraz krtani stale przemawiał za istniejącem porażeniem mięśni rozszerzających głośnię (m. crico-arytaen. postic.), w dalszym przebiegu cierpienia przyłączyło się porażenie obu mięśni, zwężających głośnię (mm. thyreo-arytaen. int.) (na obu brzegach wolnych strun prawdziwych powstały półksiężycowe wgłębienia, a szpara głośniowa przybrała postać owalną). Ze strony n. językowego do zgonu chorego żadnych zaburzeń stwierdzić nie zdołaliśmy. Śmierć nastąpiła przy objawach obustronnego zapalenia włóknikowego płuc. Zejście spowodowane zostało prawdopodobnie bezwładem mięśni oddechowych i przepony brzusznej wskutek porażenia n. błędnego.

Rozpoznanie oparte zostało przeważnie na objawach klinicznych.

(Chory był przedstawiony 13. lipca i niżej zaprotokołowana dyskusya tyczy się przebiegu choroby do tej daty; referent zaś skreślił i dalszy ciąg choroby aż do samej śmierci pacyenta).

Dyskusya: Kol. Pański widział chorego, kiedy sprawa przedstawiała się jako ostre cierpienie: mowa była charakterystyczna dla porażenia opuszkowego. Ze strony n. twarzowego objawów żadnych nie było. Rodzina zapewniała, że chory przed zasłabnięciem mówił zupełnie wyraźnie, a mówił dużo. Mowca przypuszcza, że jest to wybroczyna. Co się tyczy rokowania zaznacza, że o ile chory taki będzie karmiony zgłębnikiem, może długo żyć, jeżeli wyłączyć jakieś przypadkowe cierpienie; widział przypadki, gdzie przy karmieniu zgłębnikiem chorzy nawet pracowali.— Kol. Chodźko zwraca uwagę na to, iż rokowania zaciemniają objawy ze strony nerwu błędnego; tętno chorego ulega wachaniom. Śmierć wskutek omdlenia (syncope) nie jest wyłączona. W leczeniu radzi zastosować strychninę. — Kol. Pański. Zachorzenia ze strony n. błędnego z powodu zmian ośrodkowych bywają łatwo znoszone. Więcej obawiać się należy objawów ze strony n. przeponowego. — Kol. Chodźko przytacza przypadek zatrucia ołowiem, gdzie tętno ulegało ciągłym przyspieszeniom i przed śmiercią wynosiło około 160 uderzeń na minutę. (C. d. n.).

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Kurs choleryczny dla policyantów urządza miasto Wiedeń. Lekarze policyjni objaśniać będą służbę policyjną, jak się ma zachować w razie nagłego zasłabnięcia przechodniów. X.

O znacznem powiększeniu się w ostatnich czasach chorób umysłowych na świecie donosi Prof. Helog z Bostonu. Podczas gdy jeszcze przed kilku laty na milion ludzi było 9000 chorych umysłowo, to obecnie ich jest 18.000 nie licząc do tego jeszcze wrodzonych idyotów, których liczba wynosi około 10.000. X.

Z powodu obecnej epidemii cholery w Rosyi przytaczają pisma lekarskie ciekawe dane statystyczne. Pierwsza epidemia cholery w r. 1829—1837 pochłonęła w Rosyi 234.000 ofiar, druga w r. 1847—59 kosztowała ją 1,033.000 umarłych, trzecia w r. 1865—72 327.000, wreszcie czwarta w r. 1892—96 227.000; co stanowi 37—45% śmierci zapadłych na cholerę.

Prócz cholery w ciągu lat 1902—1906 chorowało w Rosyi na ospę 483.944 ludzi, na odrę 1,403.301, na płonicę 1,653.306, na koklusz 1,967.887, na dur brzuszny 1,674.628, na dur plamisty 313.007, na czerwonkę 1,472.080, wreszcie na dławiec 1,182.698.

W sprawie obecnej epidemii ogłoszono 22. sierpnia następujący biuletyn: W ciągu tygodnia zachorowało w Baku 243 (zmarło 88), w Czernihowie i gubernii 91 (35), w Kostromie z gub. 787 (269), w Omsku 30, w powiecie warnawińskim 291 (139) (badania stwierdziły zakażenie wody w Wietłudze), w gubernii mohylowskiej 114 (52), w gub. nowgorodzkiej 40 (26), w pow. pawłogrodzkim 64 (34), w gub. podolskiej 121 (51), w Rostowie 45 (11), w Samarze z gub. 2189 (983), w Jarosławiu z powiatem 126 (67), w gub. tambowskiej 679 (343), w Tyflisie 170 (69), w Symbirsku z gub. 780 (370), w Kerczu 31 (11), w Staropolu 23 (12), w Kijowie 80 (14), w gub. kijowskiej 358 (26), w Kursku 997 (320), w Penzie z gub. 262 (112), w Symperopolu z gub. taurydzką 784 (383), w Karsie 259 (113), w Ufie z gub. 1298 (697), w gub. wołogodzkiej 97 (57), w pow. homelskim 11 (5), w Niżnim Nowogrodzie 40 (25), w gub. 615 (245), w Odesie 40 (26), w Charkowie z gub. 481 (343). Od początku epidemi zachorowało w pow. babrowskim 777 (347), w Moskwie 66 (37), w gub. niżegorodzkiej 1800 (699).

Zdrowie Nr 9).

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 4. IX. do 10. IX. 1910 zgłoszono przypadków: błonicy 5 † — (w tem obcych 2 † —), krztuśca 2, płonicy 5 † 1 (1 † —), odry 4, duru brzusznego 3 † — (1 † —), czerwonki 4 † 1 (— † 1), gorączki połogowej 1 † 1 (1 † 1). Dr Janiszewski.

Wiadomości bieżące.

Kraków. W ubiegłym tygodniu odbyła się inspekcya szpitala św. Łazarza, dokonana przez inspektora szpitali krajowych, Dr Müllera. Inspekcya ta, podjęta po paroletniej przerwie, trwała, jak się dowiadujemy, kilka dni, a przeprowadzona była bardzo szczegółowo. Zapisujemy fakt dokonanej inspekcyi, wiążąc z nim nadzieję dalszych prac rekonstrukcyjnych w tym drugim co do wielkości szpitalu krajowym i przyspieszenia robót już postanowionych. Jak wiadomo, prace rekonstrukcyjne zostały w r. b. przez Wydział krajowy rozpoczęte od przekształcenia i rozszerzenia oddziału chirurgicznego kosztem około 200 tysięcy koron. Rozumiemy, że koniecznych zmian w szpitalu krakowskim nie można dokonać odrazu; jednakże ze względu na opłakane braki, dające się od szeregu lat dotkliwie we znaki w naszym szpitalu, jest możliwie najszybszy tok rekonstrukcyi ze wszech miar pożądany i w tym względzie stwierdzenie obecnego stanu szpitala i przypomnienie o nim Sejmowi w sprawozdaniu Inspektora może wywrzeć wpływ bardzo dodatni, przyspieszając przedewszystkiem przebudowę i dobudowę tych pawilonów, bez których o prawidłowym dalszym rozwoju szpitala nie może być mowy.

Warszawa. Ze stanowiska naczelnego lekarza szpitala Jana Bożego ustąpił w Warszawie Dr Bronisław Taczanowski po 42-letniej pracy tamże. X.

— Rosyjskie ministerstwo spraw wewnętrznych wydało okólnik do naczelnych lekarzy szpitalnych w sprawie sekcyi osób zmarłych w szpitalach. § 1. orzeka, że sekcya może być dokonana tylko za zezwoleniem lekarza naczelnego w przypadkach bezwarunkowej konieczności dokładnego ustalenia rozpoznania choroby. § 2. ogranicza to zezwolenie, gdyż dodaje, iż nie może być dane, o ile w ciągu 24 godzin od chwili śmierci zwróci się do lekarza ktokolwiek z rodziny z piśmienną lub ustną prośbą o niewykonanie sekcyi. — Słusznie narzekają w sferach lekarskich, że rozporządzenie to wyrządza wielką krzywdę nauce.

Z różnych stron. VI. Zjazd balneologów austryackich odbędzie się w dniach od 7—10 października b. r. w Salcburgu; dotąd zgłoszono 54 wykłady, dotyczące najnowszych zadań na polu balneologii.

— W program 82. zjazdu niem. przyrodników i lekarzy, odbyć się mającego w Królewcu od 18—25 września b. r., wstawiono następowo sprawę leczenia kiły przetworem Hata-Ehrlicha. Przemawiać mają: Neisser, Alt i Schreiber, Pick, Blaszko i Miekley. Podobno przybyć ma na zjazd i sam Ehrlich.

— W szpitalu miejskim w Odesie zabronił gen. Tołmaczew wstrzykiwań przetworu Ehrlicha »606«, uważając go za bezpożyteczny.

— W Hindostanie (Indye angielskie) zachorowało na dżumę od 5—25 czerwca 8361 ludzi, a zmarło 6982.

Mianowani: Dr Karol Kopp profesorem nadzw. dermatologii, Dr Wilhelm Herzog prof. nadzw. chirurgii w Monachium, Dr Józef Jolly prof. ginekologii w Berlinie, Dr Robert Heinz prof. farmakologii w Erlangen. Dr Fryderyk Fröhlich profesorem fizyologii w Bonn, Dr G. Ferreri profesorem rino- i laryngologii w Rzymie, Dr Dom. Le Monaco prof. chemii fizyologicznej w Rzymie, Angelo Ceconi prof. patologii, G. Vicarelli prof. położnictwa, G. Gradeniego prof. otyatryi w Turynie, Dr Philippsow prof. dermatologii w Palermo, Dr Petrén prof. medycyny wewnętrznej, a Dr Ahlström prof. okulistyki w Lund, Doc. Rubaszkin prof. embryologii i histologii w Charkowie. Prof. Tandler dyrektorem I. katedry anatomii w Wiedniu, Doc. pryw. ginekologii w Fryburgu Dr Karol Hegar otrzymał tytuł profesora. — Habilitowali się: Dr M. Truffi w Pawii dla dermatologii, Dr Buglia w Neapolu dla fizyologii, Dr Peruzzi w Padwie dla pedyatryi.

Zmarli: Dr J. Mniszek Tchórznicki, znany higienista-lekarz szkół miejskich w 61 r. ż. w Warszawie.

Dr Gustaw Moynier, prezydent międzynarodowego komitetu Czerwonego Krzyża w Gent. — Dr Mayer Zygmunt, profesor histologii uniwers. niem. w Pradze.

Redaktor odpowiedzialny:

Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Kursy dla lekarzy praktyków na wydziale lekarskim Wszechnicy lwowskiej w r. 1910 od 5 do 23 Grudnia.

Wszelkich wyjaśnień udziela prof. Raczyński, Lwów, klin. dzieci.

Program wykładów.

Anatomia patologiczna:

Doc. Dr Nowicki: Diagnostyka patologiczno-anatomiczna na zwłokach, 6 godzin tygodniowo.

Doc. Dr Hornowski: Najprostsza metody badania i rozpoznawania preparatów patologicznych mikroskopowych w praktyce lekarskiej, 3 godziny tygodniowo.

Bakteryologia:

Prof. Dr Kucera: Bakteryologia i serologia lekarska ze szczególnem uwzględnieniem metod diagnostycznych, 12 godz. tyg.

Farmakologia:

Prof. Dr Popielski: O środkach sercowych przeciwgorączkowych i narkotycznych, 2 godziny tygodniowo.

Medycyna wewnętrzna:

Prof. Dr Gluziński: Klinika chorób wewnętrznych, 6 godz. tyg.

Prof. Dr Wiczkowski: Diagnostyka chorób wewnętrznych na materyale szpitala powsz. ze współudziałem Dra W. Ziembickiego, kierownika pracowni chemiczno-bakteryologicznej w dziale chemii i bakteryologii, Dra M. Selzera w dziale diagnostyki czynnościowej chorób narządu pokarmowego i Dra Sabata w dziale roentgenologii klinicznej, 6 godzin tygodniowo.

Prof. Dr Bądzyński: Kliniczne badania moczu, 2 godz. tyg.

Prof. Dr Rencki: Haematologia kliniczna, 3 godz. tygodniowo.

Prof. Dr Marischler: Pogląd na obecny stan nauki o chorobach nerkowych z demonstracyami, 2 godz. tygodniowo.
Doc. Dr Franke: Diagnostyka i terapia chorób narządu krążenia, 2 godziny tygodniowo.

Chirurgia:

Prof. Dr Rydygier: Klinika chirurgiczna, 6 godz. tygodniowo.
Prof. Dr Ziembicki: Ćwiczenia operacyjne na materyale oddziału chirurgicznego w szpitalu powszechnym, 12 godz. tyg.
Prof. Dr Schramm: Demonstracye i ćwiczenia praktyczne z zakresu chirurgii wieku dziecięcego, 6 godzin tygodniowo.
Prof. Dr Barącz: Kurs operacyi brzusznych z uwzględnieniem wskazań (na zwłokach), 5 godzin tygodniowo.
Prof. Dr Herman: O wskazaniach do zabiegów chirurgicznych w niektórych cierpieniach wewnętrznych, 3 godz. tygodn.

Położnictwo i choroby kobiet:

Prof. Dr Mars: O postępie w położnictwie i ginekologii w ostatnich dziesiątkach lat, 6 godzin tygodniowo.
Prof. Dr Bylicki: Antyseptyka położnicza i sposoby badania miednicy z ćwiczeniami na ciężarnych, 2 godz. tyg.
Prof. Dr Kośmiński: Pogląd na obecny stan nauki położnictwa operacyjnego, 3 godziny tygodniowo.
Prof. Dr Sołowij: Leczenie gorączki połogowej, 1 godz. tyg.

Okulistyka:

Prof. Dr Machek: Rozpoznanie i leczenie chorób ocznych, 6 godzin tygodniowo.
Prof. Dr Szulisławski: Operacye na zewnętrzuych częściach oka, 2 godziny tygodniowo.
Prof. Dr Bednarski: Ćwiczenia we wziernikowanin oka, 2 godziny tygodniowo.

Dermatologia:

Prof. Dr Łukasiewicz: Rozpoznanie i leczenie chorób skórnych i wenerycznych, 5 godzin tygodniowo.

Paediatrya:

Prof. Dr Raczyński: Klinika chorób dziecięcych, 6 godzin tygodniowo. Choroby przewodu pokarm. i żywienie dzieci, (Asyst. Dr H. Progulski), Stosowanie leczn. tuberkuliny (Asyst. Dr Matylda Lateiner).

Neurologia:

Prof. Dr Halban: Symptomatologia chorób nerwowych, 5 godzin tygodniowo.
Doc. Dr Orzechowski: O lokalizacyi w układzie nerwowym z przedstawianiem chorych i preparatów oraz z uwzględnieniem patologii anatomicznej układu nerwowego, 2 godz. tyg.

Laryngologia i otologia:

Prof. Dr Jurasz: a) Klinika chorób uszu gardzieli i krtani (tylko dla wprawnych w badaniu dróg oddechowych), 2 godz. tyg. b) Co każdy lekarz z laryngo-rinologii wiedzieć powinien? (dla mniej wprawnych), 4 godziny tygodniowo.
Doc. Dr Zalewski: a) Klinika chorób usznych (tylko dla wprawnych w badauiu ucha), 2 godziny tygodniowo. b) Co każdy lekarz otologii wiedzieć powinien (dla mniej wprawnych w badaniu ucha), 4 godziny tygodniowo.

Medycyna sądowa:

Prof. Dr Sieradzki: Ćwiczenia w badaniu i orzekaniu sądowo-lekarskiem, 2 godziny tygodniowo.

Rok XLIX. Kraków, dnia 24 września 1910. Nr 39.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z kliniki chirurgicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego.
(Dyrektor Prof. Dr B. Kader).

W sprawie operacyjnego otwierania wyrostka sutkowego i ucha środkowego

napisał

Dr Z. Radliński,
pierwszy asystent kliniki.

Za podstawę tej pracy posłużyły mi przypadki schorzeń ucha środkowego i wyrostka sutkowego, spostrzegane i operacyjnie leczone w klinice chirurgicznej prof. Kadera za czas od r. 1900/1 do końca r. 1908/9 — ogółem 85 przypadków [1]).

Dozwoliły one prof. Kaderowi i mnie wypracować nieco odmienne sposoby postępowania operacyjnego w porównaniu z dotychczasowymi zabiegami typowymi. Przedstawienie naszego postępowania z uwzględnieniem stanowiska naszej kliniki co do wskazań operacyjnych — jest celem tej pracy.

Odmienność postępowania naszego dotyczy sposobu odsłonięcia wyrostka sutkowego, wykonania antrotomii i operacyi doszczętnej, oraz postępowania przy zakrzepach zatoki esowatej. Metoda operacyi doszczętnej, opracowana przezemnie, umożliwia w sposób pewniejszy, niż dotychczasowe, uniknąć uszkodzenia nerwu twarzowego; podaję również postępowanie na wypadek jego uszkodzenia.

Pod względem wskazań operacyjnych poddaję cały odnośny materyał kliniczny systematyzacyi, a mianowicie ujmuję go w następujące cztery grupy:

I. Pierwszą grupę stanowią przypadki, gdzie w przebiegu lub wkrótce po ostrem zapaleniu ucha środkowego wystąpiły powikłania ze strony wyrostka sutkowego w ostrej zapalnej formie, z wysoką ciepłotą, z żywą bolesnością na wyrostku i najczęściej obrzękiem okolicy wyrostka. Przypadki te obejmiemy ogólnem mianem przypadków ostrych. Były one i są u nas traktowane jak przypadki nagłe i w razie chociażby parodniowego tylko trwania objawów operowane są zaraz po przybyciu do kliniki. Przez niektórych otyatrów uważane za dopuszczalne leczenie zachowawcze przez kilka — do 8 dni — (Gerber) uważamy za przeciwwskazane, pomimo niewątpliwie stwierdzonej samoistnej uleczalności zapaleń wyrostka sutkowego.

Radykalizm ten opieramy na następujących podstawach. Po pierwsze, jeżeli w jamach wyrostka sutkowego sprawa zapalno-ropna już powstała, nigdy nie mamy pewności w jakich warunkach anatomicznych ona przebiegać będzie. Przedewszystkiem nie wiemy, czy w danym przypadku niema wrodzonej nadmiernej cienkości lub szczelin warstw kostnych, oddzielających sprawę ropną od opon dołu czaszkowego średniego lub tylnego, od zatoki esowatej lub wreszcie od opuszki żyły szyjnej (bulbus venae jugularis). Badania anatomiczne Körnera dają pod tym względem nader cenne wskazówki, ostrzegające przed nadmiarem konserwatyzmu. Jeżeli prawidłowe grubsze pokłady kostne, stanowiące warunek ograniczenia się sprawy, nie istnieją, wtedy już w paru dniach, i co najważniejsze, bez szczególnie groźnych oznak poprzedzających, rozwinąć się mogą sprawy zewnątrzoponowe, a stąd i wewnątrzoponowe lub zakrzepowe w kanale żylnym zatoki, ze wszystkiemi trudno już dającemi się opanować następstwami. Po drugie, o ile ostre zapalenie ucha środkowego z ostrem zapaleniem jam wyrostka sutkowego samo ustąpi, a w wyrostku sutkowym powoli i dalej już bez objawów sprawa zapalna, pozornie wygasła, się posuwa, może nagle dojść do powstania zakrzepu w zatoce esowatej (Voss). Wreszcie pamiętać należy o pozostałościach zapalnych po wygaśnięciu stanu ostrego w wyrostku sutkowym, na tle których, przy istnieniu przedziurawienia błony bębenkowej i wrastaniu nabłonka płaskiego do jamy bębenkowej z przewodu słuchowego zewnętrznego, rozwinąć się może perlak (cholesteatoma spurium) (Ostmann). Otwarcie jam wyrostka sutkowego zapobiega tym doraźnym i następowym powikłaniom.

W sprawie leczenia zachowawczego zapaleń wyrostka sutkowego zapomocą zastoju żylnego według Biera, stosowanego przez niektórych otyatrów ostatniej doby, nadmienię, że podniesione wyżej względy nakazują nam zachować sceptycyzm i przyłączyć się raczej do grupy przeciwników tego sposobu, niż do jego zwolenników.

II. Drugą grupę można scharakteryzować jako podostrą i to nietyle na podstawie przebiegu samego zapalenia wyrostka sutkowego, jak, z tego względu, że to schorzenie powstaje w przebiegu podostrego zapalenia ucha środkowego. Najtypowiej obraz kliniczny zarysowuje się w tej grupie w ten

[1]) Wszystkich przypadków schorzeń wymienionych spostrzegaliśmy 105, z tych jednak operacyjnie leczonych i szczegółowo opracowanych — 85.

sposób, że w przebiegu podostrego zapalenia ucha środkowego z przedziurawieniem błony bębenkowej i wypływem ropnym z ucha, nie mającego na razie cech, wymagających zabiegu doszczętnego, a więc bez próchnienia ścian czy to jamy bębenkowej, czy to uchyłku nadbębenkowego (atticus), bez martwicy kostek słuchowych, a więc w przypadkach, nadających się do leczenia zachowawczego wewnątrzusznego, powstaje chwilowe utrudnienie odpływu wydzieliny z ucha i to zatrzymanie wydzieliny wywołuje przedostanie się jej do jam wyrostka sutkowego i rozwój tamże sprawy zapalno-ropnej. Najczęstszym powodem do zatrzymania odpływu wydzieliny jest w tych razach niepomyślne usadowienie się samoistnie powstałego przedziurawienia błony bębenkowej w górnych jej częściach i czasowe zatkanie przedziurawienia czy to zgęstniałą wydzieliną, czy przez obrzęk przewodu słuchowego. O ile zapalenie jam wyrostka sutkowego powstało, i o ile ogranicza się do sprawy śluzowo-ropnej na samej śluzówce tych jam bez wybitnej bolesności okolicy wyrostka i bez podniesienia ciepłoty, — należy na razie leczyć wyczekująco, po zapewnieniu odpływu wydzieliny przez powiększenie otworu w błonie bębenkowej. Jeżeli jednak sprawa się przeciąga na kilka tygodni, jeżeli wydzielina ropna, zamiast słabnąć, wzmaga się, i co najważniejsza, jeżeli podnosić się zaczyna ciepłota, wówczas występuje wskazanie do zabiegu operacyjnego: wydłutowania jam wyrostka sutkowego. Wskazanie to może wystąpić odrazu i nagle w przypadkach, gdzie ciepłota się wzmaga szybko, lub gdzie choćby jednorazowo, ale wysoko się podniosła; wyczekiwać w tych razach, zdaniem mojem, już nie wolno. Silniejsze podniesienie ciepłoty świadczy o silniejszem napięciu i ciśnieniu wydzieliny ropnej w jamach ucha i wyrostka, a co za tem idzie, o grożącem przejściu sprawy na części sąsiednie, do dołów czaszkowych, do błędnika, w otoczenie kanałów żylnych, i wymaga przez to samo wkroczenia niezwłocznego. Przewlekanie się sprawy przy dobrych warunkach odpływu dowodzi, że poza ropieniem śluzówki powstało ropienie okostne i stąd, z próchnienia ścian jamy wyrostka, wynika wskazanie do operacyi (Ostmann).

III. Trzecią grupę, u nas dość jeszcze znaczną, stanowią przypadki ostre, powstające jako ciąg dalszy spraw chorobowych, wymagających z natury swej leczenia operacyjnego i albo nie leczone zupełnie i zaniedbane, albo przez niefachowców leczone zachowawczo bez odpowiednich wskazań i oceny sprawy. Rozumiem tu te przypadki, w których przewlekłe ropienie z ucha środkowego, mające za przyczynę bądź to perlak, bądź postępujące próchnienie ścian uchyłka nadbębenkowego lub jamy bębenkowej doznaje powikłania w postaci ostrego zapalenia w jamach na razie tylko wyrostka sutkowego.

Sprawy chorobowe stanowiące tu podstawę cierpienia często przygotowują grunt szczególnie niepomyślny dla dalszego przebiegu raz powstałego ropienia. Mianowicie zarówno perlak, jak postępujące próchnienie są często powodem zniszczenia albo ścieńczenia ścian kostnych, oddzielających jamy wyrostka sutkowego od dołów czaszkowych, od zatoki esowatej. Na tem tle często w razie przyłączenia się zapalenia ropnego w jamach wyrostka szybko i groźnie — w innych przypadkach podstępnie i powoli — występują ciężkie powikłania w postaci ropni zewnątrzoponowych, ropni mózgu, zakrzepu w zatoce esowatej z jego rozpadem ropnym. Zupełnie słusznie przypadki tego rodzaju mają złą renomę. Znaczna część niepomyślnych zejść spostrzeganych u nas, dotyczyła przypadków tej grupy. Z drugiej strony stanowi ta grupa właśnie źródło najciekawszych spostrzeżeń. Pod względem jakości wskazanego zabiegu stanowi ta grupa przejście od poprzednich grup do ostatniej, czwartej.

IV. Czwarta grupa zarówno co do wskazań operacyjnych, jak i rodzaju samego zabiegu zajmuje osobne miejsce. Mam tu na myśli przypadki, dające wskazania do t. zw. operacyi doszczętnej, a więc te ropienia przewlekłe śródusza, w których bezsilnem okazało się zarówno leczenie zachowawcze, jak i drobne wewnątrz-uszne zabiegi operacyjne, np. usunięcie kostek słuchowych, łyżeczkowanie ścian jamy bębenkowej i uchyłka nadbębenkowego. Jak to w charakterystyce trzeciej grupy zaznaczyłem, przyczyną tych uporczywych ropień bywa przeważnie albo postępujące próchnienie ścian jamy bębenkowej, uchyłka nadbębenkowego i wyrostka sutkowego, albo perlak (cholesteatoma).

Podział powyższy, niejednokrotnie nie mający podstaw anatomicznych i — być może — nieraz dzielący jednorzędne, a jednoczący odmienne pod względem otyatrycznym przypadki, dla nas chirurgów ma znaczenie oryentacyjne, o ile chodzi o zabiegi w wyrostku sutkowym. W rzeczy samej przypadki grupy pierwszej i drugiej wymagać będą samego tylko otwarcia jam wyrostka sutkowego, operacyi podanej przez Schwartzego, »acute Aufmeisselung« otyatrów niemieckich (antrotomia). Pierwsza grupa od drugiej różni się tem, że w drugiej objawy zapalenia, powstające po przedziurawieniu błony bębenkowej, a więc przy istniejącym odpływie ropy, mogą rozwijać się powolniej, wśród mniej niepokojących objawów, i interwencya chirurgiczna na wyrostku wskazana się staje w razie przewlekania się sprawy lub wystąpienia objawów o większem nasileniu, przyczem rozstrzygającą rolę odgrywa zwykle przebieg ciepłoty. Przypadki tej grupy, o ile nie zostały zoperowane w okresie należenia do niej, podczas długotrwałych podgorączkowych wzniesień ciepłoty, przechodzą po jej samoistnym spadku do grupy czwartej, do rzędu przypadków wymagających operacyi doszczętnej wskutek postępującego próchnienia ścian jamy bębenkowej i jam wyrostka sutkowego.

Przypadki trzeciej grupy mają wskazanie operacyjne przeważnie urozmaicone, ponieważ poza sprawą w samych jamach wyrostka sutkowego, uchyłku nadbębenkowym i jamie bębenkowej, mamy często przed sobą powikłania ze strony otoczenia, opon mózgowych, zatoki esowatej. Toteż w zasadzie należąc do przypadków, wymagających t. zw. operacyi doszczętnej, dają przypadki tej grupy pole do całego szeregu wtórnych wzgl. pomocniczych zabiegów już to na dołach czaszki, już to na układzie żylnym: zatoka poprzeczna. esowata, żyła szyjna.

Wreszcie czwarta grupa, grupa typowej operacyi doszczętnej, pod względem wskazań operacyjnych może być z równem niemal prawem, jak odpowiednie zabiegi na wyrostku robaczkowym, nazwana grupą operacyi »à froid«, na zimno.

Dla uniknięcia późniejszych powtarzań i łatwiejszego uwydatnienia właściwości naszego postępowania operacyjnego przytaczam tu niektóre szczegóły anatomo-topograficzne terenu operacyjnego.

Obnażony wyrostek sutkowy przedstawia trójkąt, którego górną granicę stanowi t. zw. linia skroniowa (lin. temporalis) t. j. przedłużenie ku tyłowi górnego brzegu wyrostka jarzmowego kości skroniowej; tylną granicą jest szew między częścią sutkową kości skroniowej a kością potyliczną; przednią granicę stanowi tylna ściana przewodu słuchowego kostnego i jej przedłużenie w dół, aż do zaokrąglonego dolnego końca wyrostka. Linia skroniowa przebiega około 3/4 cm ponad górnym obwodem przewodu słuchowego zewnętrznego. Linia ta niezawsze bywa zaznaczoną na kości w postaci chropowatej smugi — często wypada ją sobie oznaczyć tylko w myśli w kierunku podanym powyżej. Linii tej, jak wiadomo, w zasadzie nie należy przekraczać ku górze przy zabiegach na wyrostku sutkowym, ponieważ ponad nią łatwo zdarzyć się może otwarcie średniego dołu czaszkowego. Umyślne przekroczenie tej linii ku górze zdarza się jednak dość często, ponieważ samo tylko obnażenie opony twardej bez uszkodzenia jej niema żadnego znaczenia i jest nieszkodliwe, a odsłonięcie leżącego tu właśnie odcinka opony twardej bywa częstokroć konieczne w razie przypuszczalnych powikłań — ropni zewnątrzoponowych. Tylna anatomiczna granica wyrostka sutkowego nie stanowi tylnej granicy terenu operacyjnego; ta granica terenu operacyjnego leży ku przodowi od tylnej granicy wyrostka na przednim obwodzie przypuszczalnego położenia zatoki esowatej. Ale tu właśnie nie mamy, jak wiadomo, żadnych stałych punktów i oznak oryentacyjnych, któreby nam dawały zupełnie ścisłe wskazówki. Tylko w pewnym stopniu możemy się tu kierować ogólnym kształtem wyrostka sutkowego. Mianowicie wyrostek płaski i szeroki pozwala przypuszczać, że zatoka zajmuje położenie częściej się zdarzające i uchodzące za prawidłowe, t. j. powyżej 1 cm. od tylnej ściany przewodu słuchowego kostnego. Natomiast, jeżeli wyrostek jest wązki, jeżeli już powierzchowne jego warstwy są zbite, twarde i wreszcie, jeżeli powierzchnia przedniej połowy wyrostka sutkowego opuszcza się w głąb ku tylnej ścianie przewodu słuchowego kostnego i tworzy z nią kąt tępy, zamiast prawidłowego, mniej więcej prostego, — są to wskazówki pozwalające przypuszczać, że zatoka leży bardziej ku przodowi (Gerber, Ostmann). Tam gdzie wskazówki te istnieją, zatoka niemal zawsze leży bardziej ku przodowi (Sinusvorlagerung), natomiast przy zewnętrznie prawidłowo wyglądającym wyrostku nie zawsze spotykamy ją w dogodnem, prawidłowem położeniu; leży ona i w tych razach nieraz również więcej ku przodowi. Wynika stąd, że obok znajomości cech przebiegu zatoki, zawsze trzeba w pobliżu zatoki dłutować w kości ostrożnie, by zatoki nie uszkodzić przypadkowo. Samo tylko obnażenie zatoki, tak samo jak opony twardej, niema na ogół znaczenia; często obnażamy ją celowo dla przekonania się zarówno o stanie jej ściany zewnętrznej, jak i o stanie leżącej poza nią opony twardej móżdżku. Uszkodzenie zatoki i wynikający stąd krwotok mimo gwałtowności swojej nie przedstawia bezpośredniego niebezpieczeństwa. Nad krwotokiem zawsze można zapanować przez uciśnięcie tamponem z gazy; ale w razach tych staje się czasami niemożliwem dokończenie operacyi. Szczególnie jeżeli zatoka leży bardziej ku przodowi t. j. w tych razach, w których ulega ona najłatwiej uszkodzeniu, może uciskający tampon z gazy tak zacieśnić pole operacyjne, że dokończenie zabiegu, choćby tylko w postaci dotarcia do jamy sutkowej (antrum mastoideum) staje się na razie niewykonalne. Skaleczenie zatoki zdarza się wogóle rzadko. Ostmann pisze, że jemu nie zdarzyło się to ani razu; wśród naszych przypadków zdarzyło się to parę razy, ale nigdy nie miało ani poważniejszych następstw, ani nie zmusiło do przerwania operacyi. Przy znajomości anatomii i ostrożności zawsze niemal uniknąć można tego skaleczenia.

Naturalną przednią granicę terenu operacyjnego stanowi tylna ściana przewodu słuchowego kostnego. Na granicy jej przejścia w górny obwód leży wzgórek kostny — t. zw. kolec nad przewodem (spina supra meatum). W razie wąskiego, kończystego kształtu tego kolca, on sam jako całość, w razie zaś bardziej płaskiej i szerszej budowy — jego środek, ma wielkie znaczenie oryentacyjne. Jest on wskaźnikiem położenia kolanka nerwu twarzowego (geniculum nervi facialis), ponieważ leży on, względnie jego



Rys. 1. Cięcie skórne przy operacyach na wyrostku sutkowym, podane przez prof. Kadera. Zdjęcie z natury podczas operacyi.

punkt środkowy, niemal zawsze z matematyczną ścisłością na poziomie dolnej ściany dojścia do jamy (aditus ad antrum), w której przebiega nerw twarzowy, łukowato ku dołowi się przeginając. Zwykle jest on tutaj przykryty tylko cienką warstwą kostną, niejednokrotnie bywa nawet obnażony, o ile przez próchnienie lub perlak kość zniszczała. Stosunek spina supra meatum do nerwu twarzowego jest wyzyskany przy opisanej niżej odmianie zabiegu doszczętnego.

Zabieg operacyjny, zarówno antrotomię jak operacyę doszczętną, rozpoczyna odsłonięcie kostnego terenu operacyjnego. Znacznem udogodnieniem jest tu cięcie, obmyślone i stosowane przez prof. Kadera od r. 1899 zamiast zwykłego łukowego cięcia zausznego, używanego dotychczas powszechnie.

Cięcie to rozpoczyna się w górnym końcu przyczepu małżowiny i w rowku za nią schodząc w dół łukowato dochodzi do wierzchołka wyrostka sutkowego,

na wierzchołku zawraca łukowato ku tyłowi i ku górze, okrążając wierzchołek. W ten sposób powstaje trójkątny płat, w którego polu leży cały wyrostek sutkowy i po części okolica tuż poza wyrostkiem (patrz rys. 1). W linii cięcia dochodzi się do kości i zapomocą częściowo skrobaczki (raspatorium), częściowo noża cały płat oddziela się o ile można z okostną od kości i odchyla ku górze (rys. 2). W ten sposób cały wyrostek jest odsłonięty i udostępniony; przy zupełnej ruchomości płatu, umocowanie go za koniec w górze do pokrywającego głowę kompresu zapomocą kulociągu lub szwu tymczasowego czyni zbytecznem zarówno uciążliwe rozciąganie rany hakami, jak i stosowanie jakichkolwiek automatycznych rozszerzadeł, tylokrotnie proponowanych.

Cięcie opisane ma pewne podobieństwo do cięcia podanego przez Küstera. Autor ten podał cięcie płatowe



Rys. 2. Płat skórno-okostny odchylony ku górze; cały wyrostek sutkowy odsłonięty.

w kształcie litery U z podstawą u góry, o równolegle do siebie przebiegających liniach podłużnych, wytwarzając płat skórno-okostnowo-kostny ze skóry i oddłutowanej powierzchownej blaszki kostnej wyrostka sutkowego. Po uniesieniu płatu ku górze otwiera Küster jamy wyrostka i oczyściwszy je przykłada płat na miejsce. Pod warstewką kostną powstaje jama o twardych kostnych ścianach trudno wypełniająca się tkanką ziarninową a następnie bliznowatą. Tej niedogodności unikamy płatem skórno-okostnowym, który będąc podatnym ma skłonność jamę wypełnić i do dna jej się przystosować przez wciągnięcie tkanką bliznowatą. W razie istnienia zatoki ropnej ku dołowi od wierzchołka wyrostka sutkowego cięcie może w swem ramieniu przedniem być przedłużone ku dołowi i otworzyć tę zatokę. W razie potrzeby odsłonięcia kości potylicznej, np. z powodu zmian w zatoce poprzecznej, przedłuża się tylne ramię cięcia poziomo ku tyłowi, wzdłuż linea semicircularis superior os. occip.

Po odsłonięciu wyrostka sutkowego postępuje się odmiennie w zależności od tego, czy mamy na celu tylko otwarcie jam wyrostka, czy zabieg doszczętny.

W pierwszym przypadku wykonując antrotomię, dłutujemy wyrostek w granicach następujących: ku tyłowi nie więcej nad 1 ctm. od kolca nad przewodem (spina supra meatum); ku dołowi zdłutowujemy w cienkich warstewkach całą zewnętrzną ścianę wyrostka; ku górze sięgamy prawie do linii skroniowej (lin. temporalis). Ku przodowi większość chirurgów posuwa się tylko tak daleko, jak sięgają zropiałe komórki, względnie jak wymaga dobry dostęp do antrum. Pozostaje przytem zwykle nietknięta tylna ściana przewodu słuchowego kostnego, w postaci cienkiej przegrody pomiędzy jamą wydłutowaną, a przewodem słuchowym. W klinice naszej zdłutowujemy zwykle częściowo lub całkowicie tylną ścianę przewodu słuchowego kostnego, odsunąwszy poprzednio zapomocą raspatoryum ku przodowi przewód skórny. Robimy to dlatego, że droga ta zapobiega uszkodzeniu nerwu twarzowego i w celu otrzymania możliwie płaskiej jamy kostnej bez wystających brzegów, przez co umożebniamy łatwiejsze i szybsze wypełnianie częściami miękkiemi i zaciągnięcie blizną jamy kostnej. Rozległość usunięcia tylnej ściany przewodu kostnego zależną jest naturalnie od głębokości antrum i od tego, czy i o ile błona bębenkowa i kostki słuchowe są zachowane, względnie o ile można liczyć na powrót tych części do stanu prawidłowego. W razach dalej idącego zniszczenia tych części, zabiera się całą tylną ścianę aż do poziomu nerwu twarzowego.

Często już po zdjęciu paromilimetrowej blaszki, która odpowiada zewnętrznej warstwie korowej wyrostka, natrafiamy na zropiałe lub wypełnione ziarniną komórki, wzgl. na jamę ropną, powstałą ze zlania się komórek o zniszczonych ścianach w jedną jamę z leżącą głębiej jamą sutkową (antrum). Jeżeli nie natrafiamy odrazu na ropę ani na ziarninę, a tylko na istotę gąbczastą wyrostka sutkowego, posuwamy się dalej w głąb, wytwarzając lejkowaty otwór, którego wierzchołek kierujemy w głąb i ku przodowi, przyczem w przypadkach mniej topograficznie jasnych trzymamy się ściśle tylnej ściany przewodu słuchowego kostnego i usuwamy ją wraz z przylegającą częścią wyrostka sutkowego w miarę postępowania w głąb, tak że ściana ta wskazuje poniekąd drogę ku jamie sutkowej (antrum), jakem to już zresztą nadmienił.

Na tylnym obwodzie jamy dłutowanej stawiać należy dłuto możliwie pod ostrym kątem do powierzchni kości (»płasko«), aby uniknąć skaleczenia zatoki esowatej. W ten sposób linie działania dłuta idą wzdłuż stycznej (tangens) do obwodu zatoki, i nawet w razie niespodziewanego odsłonięcia zatoki, odsłonimy ją tylko, a nie skaleczymy, ponieważ od działającego w kierunku stycznej dłuta ściana zatoki zawsze się odsunie, a nie naderwie. Trzymając się granic wyżej podanych i posuwając się w głąb i ku przodowi przeważnie nawet nie obnażymy zatoki.

O tem, żeśmy weszli do jamy sutkowej (antrum) — a zdarzy się to zwykle w głębokości około 1 cm. — musimy się przekonać zapomocą wprowadzenia główkowatego zgłębnika, haczykowato zagiętego na końcu. Zgłębnik wprowadzony do jamy (antrum) i skierowany ku przodowi, przesunie się z łatwością przez wejście do jamy (aditus ad antrum)

do uchyłka nadbębenkowego (recessus epitympanicus, atticus) i ta właśnie możliwość dalekiego posunięcia zagiętego zgłębnika ku przodowi przekonuje, że otwartą została jama sutkowa (antrum), a nie która z komórek po drodze. W razie braku błony bębenkowej lub znacznego w niej otworu możemy dodatkowo rzecz sprawdzić przez wprowadzenie drugiego zgłębnika do przewodu słuchowego zewnętrznego i dalej do jamy bębenkowej: tam, w górnej części tej jamy, oba zgłębniki się spotkają i dadzą odpowiednie wrażenie dotykowe.

Jeszcze właściwszem i łagodniejszem, niż próbowanie z zgłębnikiem, czy jesteśmy już w antrum, jest często stosowane u nas ostrożne przestrzykiwanie za pomocą strzykawki, na stożek której nałożony jest drenik gumowy. W razie, jeżeli błona bębenkowa jest przedziurawiona, płyn wstrzyknięty do antrum wylewa się z przewodu słuchowego zewnętrznego. Naturalnie nie można przytem płynu wciskać pod większem ciśnieniem, a tylko bardzo łagodnie; również nie nadaje się ten sposób tam, gdzie błona bębenkowa nie jest przedziurawiona.

Po otwarciu jamy sutkowej wyskrobujemy łyżeczką jej ściany, oraz, o ile można, ścianę górną wejścia do jamy, (aditus ad antrum). Ściany dolnej wejścia nie należy silniej skrobać, ponieważ tuż pod nią leży nerw twarzowy, który może nie mieć osłony kostnej i przez silniejsze skrobanie łyżeczką może być uszkodzony: nie należy zatem ostrza łyżeczki zwracać w obrębie wejścia do jamy (aditus) ku dołowi i zwłaszcza silniej niem w dół naciskać. Uszkodzenia nerwu twarzowego w ten sposób należą do rzadkich na szczęście, ale typowych przy trepanacyi w przypadkach ostrych. Po usunięciu zropiałej zawartości i resztek ścian komórek w obrębie wyrostka sutkowego, oraz niekiedy nawet wyrostka jarzmowego (proc. zygomaticus) zapomocą dłuta lub ostrej łyżki, oraz po przekonaniu się, że zarówno w kierunku ku zatoce esowatej, jak i ku górze ku oponie dołu czaszkowego średniego nie wiedzie ani zawierający ropę kanał kostny lub szczelina, ani też niema w tych miejscach kości o barwie nieprawidłowej, szarej lub czarnoszarej — co zresztą w przypadkach ostrych rzadko się zdarza — uważamy właściwy zabieg za skończony.

Modelując ostatecznie jamę operacyjną należy starać się otrzymać jak najbardziej płaskie nie lejkowate zagłębienie w kości dla możliwie łatwego i szybkiego przygojenia się płatu skórno-okostnego prof. Kadera; w tym celu zdłutowuje się teraz wszystkie zbyteczne wystające brzegi kostne.

Po drobiazgowem sprawdzeniu, czy nie pozostały gdzie w ranie oddłutowane odłamki i wióry kostne i po ich usunięciu szczypczykami i wypłukiwaniem, tamponujemy jamę wyrostka paskiem gazy przeciwgnilnej i koniec jego wyprowadzamy w dół przez część rany niezaszytą. Zauszną część rany i górną część tylnego ramienia cięcia zaszywamy zawsze (patrz rys. 3). W ten sposób widoczna zauszna część blizny jest bardzo nieznaczna, ponieważ rana goi się tu doraźnie, a tylko na końcu wyrostka sutkowego, zwykle w obrębie owłosienia, pozostaje mała część rany, przeznaczona do zagojenia się przez ziarnkowanie. Przy tym sposobie unika się szpetnej zaklęsłej blizny za uchem, powstającej zawsze przez wciąganie brzegów rany skórnej w głąb ku jamie kostnej przy innych sposobach postępowania. Miękki i podatny płat dobrze się do jamy kostnej przystosowuje, wyściela ją dokładnie i umożebnia szybsze zagojenie.

Pierwszy opatrunek trzymamy niezmieniony (nie licząc ewent. zmian powierzchownych warstw opatrunku) zwykle przez 6—7 dni, poczem zaczynamy powoli wyciągać pas gazy i od tego dnia przez codzienne pociąganie obluzowujemy tampon tak, iż 8-go lub 9-go dnia może być zupełnie wyjęty. Po wyjęciu tamponu, gazy już więcej zwykle nie wprowadzamy, a tylko mały sączek gumowy 5—6 mm grubości, idący ku górze aż do poziomu jamy wyrostka. Sączek ten wypycha ziarnina stopniowo na zewnątrz, tak iż po 3—4 tygodniach od operacyi sam przez się ulega on wydaleniu i rana się zamyka. Jak mało znaczną jest blizna po stosowaniu cięcia prof. Kadera i leczeniu rany w sposób opisany,



Rys. 3. Na rysunku widać zarówno zaszytą, jak i otwartą dla tamponu z gazy część rany, po umocowaniu na miejscu płatu trójkątnego.

widać z rysunku 4 i 5, pomimo, że w tym wypadku było zrobione dodatkowe cięcie ku dołowi.

W ten sam mniej więcej sposób kształtuje się postępowanie operacyjne w przypadkach podostrych z tą różnicą, że tu częściej warunki rany i stan kości prowadzą nas do zatoki esowatej, albo opony twardej ku górze i zmuszają do zbadania tych miejsc. Bliżej zajmę się opisem odpowiedniego postępowania przy zabiegu operacyjnym w przypadkach zaniedbanych, w których najczęściej się spotykamy z powikłaniami tego rodzaju.

Zabieg operacyjny doszczętny ma na celu podług trafnego ujęcia Kochera, zamienienie szeregu jam ropiejących o zawiłych kształtach na jedną wspólną jamę o dobrych warunkach odpływu w myśl zasad chirurgii ogólnej. Dążymy więc do tego, aby ropiejącą jamę bębenkową, uchyłek nadbębenkowy, wejście do jamy sutkowej, samą jamę sutkową i przylegające komórki zamienić w jedną wspólną jamę o zdrowych i gładkich ścianach. Małżowina uszna wraz z idącym od niej w głąb przewodem słuchowym skórnym stanowiłaby właściwie przeszkodę w o-

sięgnięciu tego celu, gdyby dzięki Stackemu, Körnerowi, Pansemu i innym nie została ustalona możliwość wyzyskania tego przewodu skórnego dla szybszego pokrycia przynajmniej części wytworzonej jamy zdrowym naskórkiem.

Sam zabieg doszczętny na kości bywa dokonywany dotychczas dwoma sposobami, Zaufala lub Stackego, różniącymi się od siebie odwrotnym porządkiem aktów operacyjnych. Zaufal naprzód otwiera jamę wyrostka sutkowego i stąd posuwa się stopniowo przez usuwanie zewnętrznej ściany wejścia do jamy i uchyłka nadbębenkowego do jamy bębenkowej. Odwrotnie, gdyż od strony jamy bębenkowej zaczyna Stacke; od strony górnej ściany przewodu kostnego zdłutowuje on zewnętrzną ścianę uchyłka nadbębenkowego, wprowadza do wejścia do jamy (aditus ad antrum) swój zgłębnik — ochraniacz, mający zabezpieczyć nerw twarzowy w dolnej i wewnętrznej ścianie wejścia do jamy (aditus) i za jego kierunkiem zdłutowuje zewnętrzną ścianę wejścia do jamy i samej jamy sutkowej (antrum).

porażenie w 12 przypadkach, przyczem następowało to zawsze przy operacyi doszczętnej (206), a ani razu przy zabiegu w przypadkach ostrych, — przy zwykłem otwarciu wyrostka sutkowego (438).

Skłoniło mnie to do opracowania na zwłokach sposobu operacyjnego, któryby w większym niż dotychczasowe stopniu zapobiegał uszkodzeniu nerwu twarzowego. Sposób ten jest w ostatnich 2 latach stale i z powodzeniem stosowany u chorych naszej kliniki.

Zaczynamy od zakreślenia sobie terenu operacyjnego na zewnętrznej powierzchni kości (rys. 6), po obnażeniu całego wyrostka sutkowego z cięcia płatowego prof. Kadera. Małżowinę uszną odciągamy ku przodowi i wraz z nią oddzieloną od kości tylno górną część przewodu słuchowego chrząstkowego (wzgl. skórnego). Przez przedni obwód przewodu słuchowego kostnego prowadzimy ku górze w myśli linię pionową, której przebieg stanowi styczną do kolistego otworu przewodu; linię tę możemy sobie zazna-



Rys. 4.



Rys. 5.

Sposób ten jest technicznie trudniejszy i wskazany być może, w czem zgadzam się z Ostmannem, chyba w przypadkach znacznej wązkości wyrostka sutkowego i położenia zatoki esowatej bardziej ku przodowi, oraz znacznego stwardnienia kości.

Opisane sposoby, czyniąc zadość ostatecznemu celowi zabiegu doszczętnego, mają tę niedogodną stronę, że zmuszają do operowania w miejscu, gdzie grozić może uszkodzenie nerwu twarzowego, w warunkach trudnego i ciasnego dostępu (Stacke), albo w już zmienionych przez dłutowanie i utrudniających oryentowanie się warunkach topograficznych (Zaufal).

Pomimo coraz bardziej rozpowszechnionych pomiędzy chirurgami i otyatrami wiadomości anatomicznych, pomimo ścisłego trzymania się przepisu, że na wyrostku sutkowym operować powinien tylko ten, kto dokładnie praktycznie poznał topografię na zwłokach i szereg operacyi na zwłokach wykonał, — spotykamy się z tem tak ciężko kaleczącem powikłaniem wciąż, nawet w najbardziej fachowo prowadzonych klinikach specyalnych. Charakterystyczne są tu liczby podane przez Körnera z jego kliniki. Na 643 operacyi na wyrostku sutkowym zdarzyło się uszkodzenie nerwu i jego

czyć lekkiem zazębieniem kości dłutem. Jest to przednia granica. Za górną granicę uważamy linię skroniową lub, o ile jej na kości nie znać, zaznaczamy na kości ku tyłowi poziome przedłużenie górnego brzegu nasady wyrostka jarzmowego. Tylna granica pozostaje ta sama, co i w przypadkach ostrych — otwierania samej jamy sutkowej (antrum). Dlatego położenia jej określić nie można, — zależy ono od zewnętrznego kształtu wyrostka, jego szerokości i w związku z tem będącego przypuszczalnego położenia zatoki esowatej. Zazwyczaj leży ona o $1-1^1/_2$ cm poza tylnym obwodem przewodu słuchowego kostnego (patrz wyżej). Naprzód idziemy ku jamie sutkowej. Po otworzeniu jamy sutkowej wprowadzamy przez wejście do jamy (aditus) do uchyłka nadbębenkowego zgłębnik zagięty (rys. 7) i całą zewnętrzną ścianę wejścia do jamy sutkowej i uchyłka nadbębenkowego w granicach od zewnątrz zaznaczonych zdejmujemy stopniowo dłutem, zaokrąglając naturalnie kąt pomiędzy pionowo się przecinającemi liniami granicznemi przednią i górną. O ile w zakresie przedniej linii prowadzimy dłuto pionowo w głąb, o tyle od górnej granicy odchylamy się w miarę posuwania się w głąb cokolwiek na dół, aby bez potrzeby nie odsłonić opony twardej

średniego dołu czaszkowego, opuszczającego się dość często poniżej linii skroniowej. Przy lekko skośnem ku dołowi położeniu dłuta nie uszkodzimy opony, ponieważ kierunek taki wypadnie zawsze stycznie ku wypukłości opony i pozwoli jej cofnąć się od urazu dłutem.

Teraz zaczyna ważną rolę odgrywać »kolec nad przewodem«, wzgl. jego punkt środkowy, jako odpowiadający ściśle położeniu nerwu twarzowego.

Otóż przy przejściu od otworu, wiodącego do jamy sutkowej, do zdejmowania zewnętrznej ściany wejścia do jamy (aditus) i uchyłka nadbębenkowego (atticus) od początku nigdy nie schodzimy niżej »kolca nad przewodem« i na jego poziomie prowadzimy dłuto pionowo w głąb ku dnu wejścia do jamy (aditus).

Po zdjęciu w opisanych granicach warstw powierzchownych kości i posuwając się dalej w głąb przez stopnych sposobach operowania, że jej krawędź zewnętrzną stanowi dotychczas nietknięty pasek warstwy korowej wyrostka wzgl. tylnej ściany przewodu słuchowego aż do *spina supra meatum*. Dopiero teraz dla zniszczenia podziału jamy kostnej na przednią t. j. przewód słuchowy i tylną t. j. otwór ku antrum, zaczynamy uderzeniami dłuta, skierowanemi silnie skośnie ku górze znosić tę ostrogę, bacząc, by idąc w głąb i ku górze nie uszkodzić nerwu twarzowego. Teraz jest to już łatwiejsze, niż poprzednio, ponieważ: 1) cienkość tej ostrogi pozwala na bardzo lekkie uderzenia młotka o dłuto, co wyłącza posunięcie się dłuta dalej niżbyśmy chcieli; 2) kierunek uderzeń dłuta staje się prawie stycznym do kanału nerwu twarzowego, a więc znów takim, przy którym może wprawdzie nastąpić otwarcie kanału i odsłonięcie nerwu, ale nie przecięcie go poprzeczne. Naturalnie nie mówię tu o tych rzadkich niepra-



Rys. 6. Kość skroniowa lewa. Zaznaczone na niej: linia skroniowa i linia pionowa, styczna z przednim obwodem przewodu słuchowego kostnego. Zaznaczony również przystosowany do tych linii kontur dłutowania wyrostka.



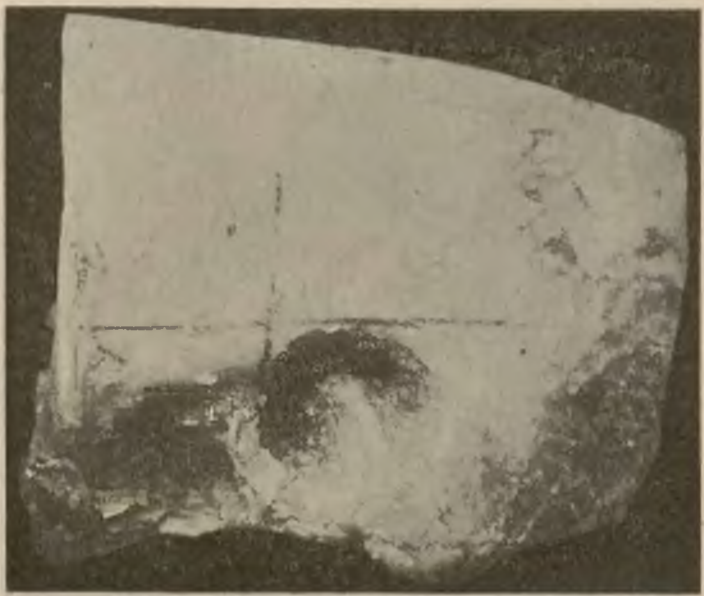
Rys. 7. Kość skroniowa lewa. Do otwartej jamy sutkowej wprowadzony zagięty zgłębnik, idący przez wejście do jamy (aditus) do uchyłka nadbębenkowego (atticus). Koniec zgłębnika widoczny w przewodzie słuchowym kostnym.

pniowe wbijanie dłuta coraz głębiej naokoło zakreślonego terenu i kierując dłuto, jak podano wyżej, przy ostrożnej próbie wyważania dłutem otrzymujemy nagłe uruchomienie się bloku kostnego, stanowiącego całą zewnętrzną ścianę wejścia do jamy sutkowej (aditus) i uchyłka nadbębenkowego (atticus). O tem, że cała ściana jest wyjęta, przekonywamy się przez udaną próbę wyjęcia dotychczas leżącego zgłębnika bez wyciągania go ku tyłowi, a tylko przez wyjęcie wprost ku zewnątrz. W ten sposób uzyskujemy odrazu szerokie połączenie pomiędzy jamą sutkową i uchyłkiem nadbębenkowym względnie jamą bębenkową bez dotykania się miejsca, gdzie może grozić uszkodzenie nerwu twarzowego. Już z tak uzyskanego dostępu możemy usunąć kostki słuchowe, a więc najczęściej najpierw kowadełko i zaraz po niem młotek, o ile są zachowane.

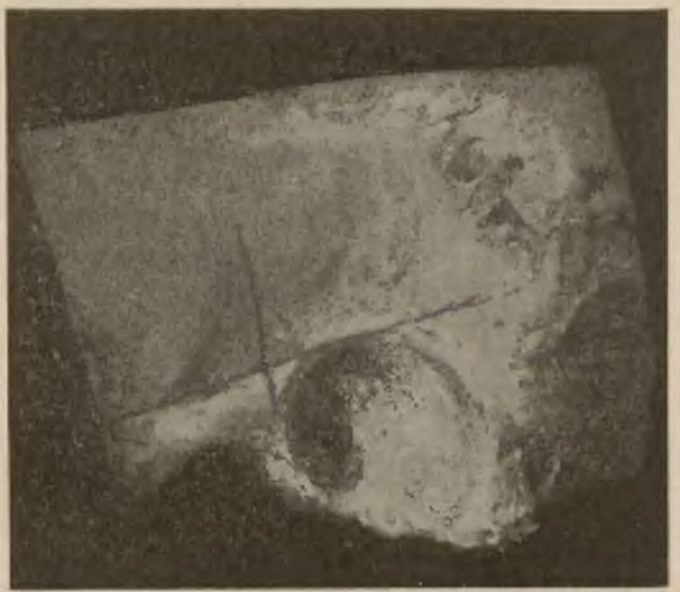
Przy tym sposobie operowania bardzo wybitnie zaznacza się ta przegroda kostna pomiędzy jamą, wiodącą do jamy sutkowej i przewodem słuchowym kostnym (rys. 8), którą nazwiemy »ostrogą« (»Sporn« autorów niemieckich). Jest ona tu o tyle wyższa od ostrogi, powstającej przy inwidłowych położeniach nerwu twarzowego, przy których przebiega on nie jak zwykle pionowo w dół od kolanka zewnętrznego ku otworowi rylcowo-sutkowemu (for. stylomastoideum), w płaszczyźnie odpowiadającej błonie bębenkowej, ale bardziej ku zewnątrz, tworząc lekko łukowate wygięcie. W przypadkach prawidłowego położenia nerwu wogóle nie dosięgniemy go przy tem postępowaniu, o ile nie posuniemy się głębiej, poza zewnętrzny brzeg dolnej ściany wejścia do jamy (aditus ad antrum), widoczny w głębi rany. Zniesienie wspomnianej ostrogi, tak, by powstała z dwóch jam jedna i otworzenie prócz jamy sutkowej innych komórek całego wyrostka sutkowego z zamianą na jedną jamę o gładkich ścianach, oraz wygładzenie pozostających gdzieniegdzie nierówności — stanowi zakończenie właściwej operacyi kostnej, po której jeszcze ostrą łyżeczką oczyszczamy z ziarniny jamę bębenkową i jamę sutkową, i usuwamy resztki błony bębenkowej. W głębi jamy po dokładnem osuszeniu udaje się teraz często widzieć okienko owalne (foramen ovale) wzgl. szczelinę — zagłębienie — w śluzówce, ku niemu wiodącą wraz z znajdującem się w niej strzemionkiem; dalej ku tyłowi i wyżej — niekiedy cokolwiek bielszą od otaczającej kości wyniosłość zewnę-

trznego kanału półkolistego. (rys. 9). Strzemionko naturalnie, o ile samo nie wypadło, pozostawiamy nietknięte.

W przypadku perlaka mogą stosunki anatomiczne uledz bardzo wybitnej zmianie przez zniszczenie kości, co z jednej strony ułatwia operacyę, ponieważ zamiast dłuta możemy używać tylko łyżeczki, z drugiej strony zaciera stosunki topograficzne tak, że tylko ostrożność, nieużywanie siły i pewna zdolność do oryentowania się przestrzennego uchroni od uszkodzeń opony, zatoki i nerwu. Ułatwienie zabiegu bywa nieraz tak znaczne, że po zbiciu powierzchownej warstwy kostnej zastajemy jamę o kształcie mniej więcej kulistym — wskutek równomiernego szerzenia się perlaka we wszystkich kierunkach — jamę, odpowiadającą zupełnie wymaganiom, stawianym zabiegowi doszczętnemu, a więc zastajemy jakby już wykonany przez samą sprawę chorobową zabieg doszczętny; rozpoczynamy wtedy zabieg w ten sposób, że albo obwodowy koniec nerwu twarzowego wszczepiano bocznie w nerwy wyżej wymienione, albo też nerwy te przecinano i zeszywano koniec przyśrodkowy przeciętego nerwu z obwodowym końcem n. twarzowego. Całe, obecnie już obfite piśmiennictwo tej sprawy znajdujemy w pracy japońskich autorów Ito i Soyesima. Wyników na ogół nie można nazwać zadawalającymi. Do operacyi przeszczepiania nerwu przystępuje się późno, w dłuższy czas po uszkodzeniu nerwu, a więc w czasie, kiedy obwodowy koniec nerwu twarzowego uległ zwyrodnieniu, a zaopatrywane przezeń mięśnie zanikowi, i kiedy stanowi on po zeszyciu tylko drogowskaz dla wrastania włókien nerwu zdrowego, z nim zeszytego. Powrót czynności następuje wskutek tego albo późno, niekiedy nawet po 6 miesiącach i dłużej, albo nie następuje wcale. Dalej przy bocznych wszczepieniach występują w razie zapotrzebowania



Rys. 8. Kość skroniowa lewa. Jama sutkowa otwarta; zdłutowane zewnętrzne ściany wejścia do jamy (aditus ad antrum) i uchyłka nadbębenkowego (atticus) z pozostawieniem ostrogi.



Rys. 9. Kość skroniowa lewa. Operacya doszczętna wykończona na kości przez zdjęcie dłutem ostrogi i komórek wyrostka sutkowego w kierunku ku cyplowi.

od zdłutowania zewnętrznej, często już również przeżartej blaszki kostnej, i zakończamy usunięciem perlaka łyżeczką. Niekiedy natomiast wytwarza perlak przy szerzeniu się jamę o nieprawidłowych kształtach i rozgałęzieniach. W tych razach niepodobna nieraz przeistoczyć terenu zajętego przez perlak w jamę kulistą o gładkich ścianach i wypada ograniczyć się do wyczyszczenia łyżką poszczególnych zatok i uchyłków.

Konieczność liczenia się zawsze z możliwością operacyjnego uszkodzenia nerwu twarzowego przy operacyach na wyrostku sutkowym była przyczyną, iż usiłowałem oprócz powyższej zapobiegawczej opracować jeszcze taką metodę postępowania, któraby możliwie najlepiej już powstałemu uszkodzeniu zaradziła.

Dotychczasowe przypadki uszkodzenia nerwu twarzowego przy operacyach usznych, jak wogóle w obrębie wyrostka sutkowego, o ile były poddawane leczeniu, leczono zapomocą wszczepiania obwodowego końca n. twarzowego w n. podjęzykowy (n. hypoglossus), albo dodatkowy (n. accessorius Willisii), jako w nerwy wyłącznie ruchowe i dające się tu użyć dzięki blizkiemu sąsiedztwu. Postępowano ruchu mięśni twarzy współruchy w okolicy, unerwionej normalnie przez nerw do szczepienia użyty (język — przy n. podjęzykowym, m. kapturowy i mostkowo-obojczykowo-sutkowy przy n. dodatkowym). Wreszcie po zupełnem przecięciu nerwów użytych do przeszczepienia występują porażenia ruchowe połowy języka i wspomnianych mięśni szyi i karku, co prawda nie mające większego znaczenia.

Przy szwie nerwów dotychczas najlepsze wyniki osiągnięto przez bezpośredni szew nerwu przeciętego możliwie rychło po uszkodzeniu. Wzgląd ten sprawił, iż podjąłem usiłowania, by dowieść możliwości bezpośredniego szwu n. twarzowego w miejscu uszkodzenia — w kanale Fallopiusza.

Do osiągnięcia tego celu są konieczne: odpowiednia do szwu grubość nerwu, odpowiednie udostępnienie uszkodzonego miejsca i właściwe instrumentaryum.

Co do grubości nerwu twarzowego wiemy, że po wyjściu z otworu rylcowo-sutkowego (for. stylo-mastoideum) przedstawia on pień, nadający się zupełnie dobrze do szwu. Zupełnie tę samą grubość (1 mm i więcej) ma on w kanale. Jest to grubość wystarczająca do założenia szwu. Możnaby nawet powiedzieć, że wobec tej grubości dziwnem

poniekąd wydaje się częste kaleczenie tego nerwu, ponieważ zobaczyć, że dochodzimy do sznura tej grubości, wyglądającego bardzo charakterystycznie, jest wcale nie trudno, — naturalnie przy dobrem oświetleniu dna rany i dobrem osuszeniu z krwi — i to począwszy od miejsca, gdzie on wychodzi z pod kanału półkolistego zewnętrznego. Dalej pod dnem wejścia do jamy sutkowej (aditus ad antrum) tworzy ten nerw »kolanko zewnętrzne« i opuszcza się zwykle pionowo w dół. Na tej przestrzeni da się on również wszędzie obnażyć i zobaczyć aż do otworu rylcowo-sutkowego (for. stylo-mastoideum).

Najczęstszem miejscem uszkodzenia jest właśnie odcinek nerwu, położony pod dnem wejścia do jamy sutkowej (aditus ad antrum), w kolanie kanału. Uszkodzenie zdarza się również poniżej na przestrzeni wyżej wspomnianej. Drugiem z częstych miejsc uszkodzenia jest okolica otworu rylcowo-sutkowego. Uszkodzenie zdarza się tu w tych razach, kiedy się odдłutowuje dolny cypel wyrostka sutkowego i rysa w kości wywołana dłutem, sięgnie ponad podstawę cypla i przejdzie przez kanał powyżej jego dolnego końca.

Co do udostępnienia uszkodzonego miejsca nerwu, to moje próby na świeżych kościach skroniowych, zawierających nerw twarzowy w kanale, dowiodły, że potrzeba do tego zdłutować przednio-dolną połowę cypla wyrostka sutkowego oraz tylną połowę dolnej ściany przewodu słuchowego kostnego. Za daleko ku przodowi tu posuwać się nie należy, aby nie otworzyć stawu żuchwowego. W każdym razie wystarcza tu takie zdłutowanie dolnej ściany, jakie się wykonuje celem udostępnienia uchyłka podbębenkowego (recessus hypotympanicus) (Kretschmann przyt. u Gerbera), a nawet mniejsze, gdyż chodzi tu tylko o jak najszersze ukształtowanie wejścia do lejka kostnego, aby umożliwić dość delikatny zabieg w jego głębi. Zdłutowywania kości nie należy posuwać zbyt głęboko, aby przypadkowo raz jeszcze nie uszkodzić nerwu twarzowego. Po udostępnieniu miejsca, gdzie nerw twarzowy został uszkodzony, należy na przestrzeni około $^1/_2$ cm w górę i w dół wyosobnić jego końce z kanału.

Wielkie ułatwienie stanowi tu ta okoliczność, że szew na nerw twarzowy wypadnie nakładać w parę dni po pierwszej operacyi, a więc wtedy, kiedy kość już znacznie mniej krwawi, wskutek zakrzepów w drobnych naczyniach kostnych, powstałych pod tamponadą rany.

Po udostępnieniu końców przeciętego nerwu następuje szew. Do szwu zalecam i w próbach moich używałem cienkiego jedwabiu, ponieważ katgut nie bywa dość cienki i nie daje się nawlec do odpowiednich igieł. Igieł należy używać takich samych, jak te, które Stich podał do szwu naczyniowego. Są to igły bardzo małe, t. zw. tępe, t. j. o przekroju okrągłym, mocno wygięte, mające uszka zwykłe, a nie karabinowe. Małe imadło Sticha lub małe o wązkich chwytach imadło prof. Kadera służą do prowadzenia igły. Małe szczypczyki zębate, choćby takie jak niezakrzywione szczypczyki okulistów do tęczówki (Iris-pincette), do trzymania końców nerwu przy szwie. Rys. 10 i 11 przedstawiają fotografię preparatu z nerwem twarzowym przeciętym w okolicy kolana zewnętrznego i zeszytym. Na rys. 10 widać jak końce nerwu twarzowego są z kanału kostnego wypreparowane i przez nie przewleczona jest nitka (dla wyraźnego obrazu użyłem nitki czarnej). Rys. 11 przedstawia końce tegoż nerwu zbliżone przez zawiązanie nitki. Co do samego typu szwu nerwowego, to naturalnie warunki dopuszczają tu tylko jeden typ, mianowicie bezpośrednie przekłucie końców. O którymkolwiek ze stosowanych do szwu



Rys. 10.



Rys. 11.

Kość skroniowa prawa po operacyi doszczętnej. W głębi rany kostnej widać przecięty nerw twarzowy. Na rys. 10 jest on wzięty na szew; na rys. 11 — szew jest zawiązany.

nerwowego innych sposobów, jak to szwie otoczkowym, okołonerwowym tu mowy być nie może. Zresztą przy stosowaniu igły »tępej« kaleczenie włókien nerwowych w pniu przekłuwanym sprowadza się do minimum — włókna rozsuwają się przed igłą. Przyleganie powierzchni przekroju nerwu do siebie po szwie zapewnia ten sposób w stopniu dostatecznym.

Pomysł mój bezpośredniego szwu nerwu twarzowego i wypróbowanie go na zwłokach odnosi się do jesieni roku 1908; od tego czasu w klinice krakowskiej nie zdarzyło się ani razu operacyjne uszkodzenie tego nerwu przy zabiegu na wyrostku sutkowym, któreby mi pozwoliło zastosować szew na chorym. Myśl ta widocznie jednak zajmowała innych chirurgów, gdyż w maju 1909 ogłoszony został przez Sydenhama przypadek operowany w podobny sposób z wynikiem pomyślnym. Sydenham, podkreślając swoje pierwszeństwo, podaje, że dokonał połączenia nerwu twarzowego. uszkodzonego przy operacyi usznej, bezpośrednio w miejscu uszkodzenia; ponieważ końce nerwu nie dały się zupełnie zbliżyć wskutek zniszczenia, połączył je kawałkiem silkwormu, włożonego do kanału nerwu twarzowego pomiędzy końce. Wynik dobry. Sydenham podaje, że szew podjął w miejscu uszkodzenia, a nie zapomocą łączenia z sąsiednimi nerwami, aby nie wywoływać dodatkowej, szpecącej blizny na szyi.

Po Sydenhamie ogłosił w czerwcu tegoż roku Marsh 2 przypadki również operowane w podobny sposób. Marshowi udał się szew końców za pomocą katgutu chromowego. Wynik dobry. W ten sposób została dowiedziona wykonalność na chorym szwu nerwu, przezemnie na zwłokach opracowanego. Na trzy wypadki — trzy powodzenia.

Chcę tu jeszcze podnieść, że za najodpowiedniejszą chwilę do operacyi uważam trzecią lub czwartą dobę po operacyi pierwszej. Objawy porażenia już są wtedy wyraźne i pewne, a jama kostna pooperacyjna nie krwawi i nie ma jeszcze na jej powierzchni warstwy ziarniny, którąby trzeba zeskrobać i wywołać krwawienie.

Nie polecam tego szwu nerwowego dla przypadków, gdzie zniszczenie nerwu twarzowego i jego porażenie wystąpiły wskutek sprawy chorobowej przed operacyą uszną. Niemożność ścisłego określenia, gdzie znajduje się uszkodzenie jest powodem tego zastrzeżenia. Dla tych przypadków nadal pozostanie wszczepianie do nerwów sąsiednich.

Przechodzę do opisu postępowania, stosowanego w naszej klinice w przypadkach przewlekłych zaniedbanych. Zabieg operacyjny w tych przypadkach przedstawia się następująco.

Cięcie zwykłe płatowe, odsłonięcie całego wyrostka. Trepanacya jamy sutkowej (antrum). Już tu niekiedy nastąpi odsłonięcie ściany zatoki esowatej i możność obejrzenia jej. Dalej, jak przy operacyi doszczętnej, zdejmujemy sposobem wyżej opisanym zewnętrzną ścianę wejścia do jamy sutkowej (aditus ad antrum) i uchyłka nadbębenkowego (atticus) i tu, posuwając się ku górze, ku linii skroniowej, obnażamy oponę twardą ponad stropem jamy bębenkowej (tegmen tympani) i ocenić możemy jej stan. Po wykonaniu aktów, wchodzących do planu zabiegu doszczętnego, przystępujemy do dokładniejszego zbadania stanu opony twardej i ściany zatoki przez stopniowe usuwanie pokrywających je warstewek kostnych, dłutem lub zapomocą kleszczy kostnych Lucra.

Dłuta lepiej tu jednak unikać, aby nie wpędzić odłamka kostnego pomiędzy kość i oponę twardą, co jak poucza przypadek, opisany przez Heinego, może prowadzić do przedziurawienia opony zakażonym odłamkiem i śmiertelnego rozlanego zapalenia opon. Dalej wstrząśnienie przy robocie dłutem w bezpośredniem sąsiedztwie zmienionej chorobowo zatoki lub opony może wywołać rozszerzenie się sprawy przez naruszenie już powstałych, ale kruchych granic ropnia, względnie przez uruchomienie części skrzepu. Przy odsłanianiu opony twardej o istnieniu ropnia zewnątrzoponowego przekonywamy się bezpośrednio: po zdjęciu ostatniej pokrywającej ją blaszki kostnej ukazuje się ropa. Zdjęcie kostnego pokrycia ropnia o ile możności najdalej we wszystkich kierunkach i tamponada kończą zabieg, o ile uznamy, że sprawa ropna nie poszła głębiej, pod oponę lub nawet do mózgu.

Stajemy przed zagadnieniem, często trudnem do rozstrzygnięcia, ponieważ ropnie mózgowe płatu skroniowego przeważnie nie dają objawów, a zwłaszcza objawów ogniskowych. Na razie musimy się więc przy zabiegu kierować głównie objawem, podanym przez Bergmanna: stanem opony twardej. O ile opona mózgowa stanowi tylko ścianę ropnia zewnątrzoponowego, to jej zabarwienie nie ulega wybitniejszej zmianie, chyba tylko pokrywająca ją ziarnina nadaje jej właściwe cechy. Natomiast w razie obecności ropnia pod oponą lub w mózgu zabarwienie opony zmienia się, staje się szaro-czarnem lub szaro-zielonem. Niekiedy rozpoznanie ropnia wewnątrzoponowego ułatwia istnienie przetoki w oponie, z której wypływa ropa. Wiemy jednak że nawet w razie braku widocznych zmian w oponie, może istnieć ropień zarówno wewnątrzoponowy jak i mózgowy. Dopiero dalsze spostrzeganie przypadku, w którym doszło na razie do odsłonięcia zdrowej opony, może o tem przekonać. Wykraczałoby po za ramy tej pracy przytaczanie zarówno symptomatologii, jak dalszego postępowania operacyjnego w tych przypadkach. Co do ropni zewnątrzoponowych w okolicy zatoki esowatej (abscessus perisinuosus), to odszukanie ich trudności nie przedstawia, ponieważ dążąc ku zatoce łatwo na nie trafić. Wiodą one przez zniszczenie kości niekiedy do tego, że zatoka jest odsłoniętą już w chwili otwarcia jamy ropnej w wyrostku sutkowym, jamy dużej, powstałej ze zlania się jamy sutkowej i komórek. Do jamy takiej dochodzimy już po zdłutowaniu powierzchownej warstwy kości wyrostka sutkowego. Tylną ścianę takiej jamy, miękką i podatną, stanowi opona twarda obnażona w okolicy zatoki, a nawet przed nią i poza nią. Ścisłe określenie przebiegu samej zatoki na odsłoniętym odcinku opony może niekiedy stanowić nawet trudność. Do obnażenia zatoki esowatej dojdziemy przeważnie zapomocą warstwowego usuwania pokrywającej ją kości i po obnażeniu przekonywamy się o obecności lub braku ropnia okołozatokowego (w rowku esowatym — sulcus sigmoideus). Ropień taki należy jaknajszerzej odsłonić i tu także stan opony będzie ważnym przy ocenie, czy prócz ropnia zewnątrzoponowego niema głębiej wewnątrzoponowo lub nawet w móżdżku, zbiornika ropy.

(Dokończenie nastąpi).

Z kliniki medycznej Uniwersytetu Jagiell. pod kierownictwem Prof. W. Jaworskiego w Krakowie.

Wpływ kąpieli gazowych na krążenie krwi u ludzi ze zmianami w narządzie krążenia, w szczególności z wadami serca. (Część II.).

Podał

Dr W. Skórczewski.

(Ciąg dalszy).

Oddzielnie omówić chciałbym z jednej strony wyniki doświadczeń nad tętnem przyspieszonem, z drugiej strony nad tętnem zwolnionem.

Z 37 przyspieszeń tętna (86 do 126), spostrzeganych w ciepłotach od 23^0 do 30 R., można zauważyć, że stosują się do nich te same prawidła, co i do tętna prawidłowego. Jedynie zwolnienie tętna, występujące przy kąpieli zimnej, jest większe, niż średnie wogóle przy kąpieli zimnej spostrzegane, a przyspieszenie mniejsze, niż spostrzegana średnia. 16 spostrzeganych zwolnień tętna (54 do 65) zachowuje się dość nie równomiernie, tak, że nie mogłem sobie wyrobić zdania co do sposobu oddziaływania: typ oddziaływania bywał przeważnie taki sam, choć wahania stosunkowo mniejsze niż średnie, poprzednio otrzymane dla wszystkich chorych. Zbyt mało mamy tutaj doświadczeń, aby wypowiedzieć zdanie, odnoszę jednak wrażenie, że obniżenie przy chłodnych kąpielach następuje trudniej, a przyspieszenie przy gorętszych nie jest tak wyraźne. Nim przejdę do omawiania poszczególnych wyników, chciałbym zaznaczyć, że i teraz w liczbie oddechów nie znalazłem zmiany wyraźniejszej, natomiast pogłębienie oddychania jest bardzo znamienną i często spostrzeganą cechą, występującą podczas kąpieli.

Zajmująco przedstawia się strona kliniczna mych doświadczeń; chciałem bowiem wyzyskać stosowane kąpiele i stwierdzić tak ogólnie przyjmowany wpływ ich na serce kąpielami, stosowanemi w warunkach klinicznych, przy dyecie pożywnej białej i usunięciu lekarstw.

Materyał mój składał się z 14 chorych, w czem główną część stanowią wady zastawkowe (12 chorych); dalej należy tu jedna chora z chorobą Basedowa i zapaleniem przewlekłem mięśnia sercowego i jeden chory z przewlekłem zapaleniem nerek. Przechodzę odrazu do omawiania poszczególnych przypadków, podając historyę choroby i w krótkości spostrzeżenia, z zestawienia mych doświadczeń wynikające.

Niedomykalność zastawki dwudzielnej stwierdziłem u 5 chorych:

I. T. S. lat 19, uczeń gimnazyalny, chory przychodni. W dziecięctwie przechodził ospę, odrę, płonicę, często chorował na zapalenie gardła. Kołatania serca od trzech lat po zmęczeniu, jakoteż kłucia w okolicy koniuszka. Od roku ciążenie w dołku.

Stan obecny: Za uchem lewem podłużne blizny pooperacyjne. Łopatka lewa niżej ustawiona (od czasu operacyi). W szczytach zmian nie ma, uderzenie końca serca macalne w V. międzyżebrzu na wewnątrz od l. sutkowej lewej. Stłumienie serca: od l. mostkowej lewej do górnego brzegu IV. żebra, jeden palec na wewnątrz od l. sutkowej lewej. Szmer skurczowy piłujący nad końcem. Drugi ton nad płucną zaakcentowany; tętno 74 równe, miarowe. Wątroba jedynie w linii środkowej macalna trzy palce nad pępkiem. Odruchy wzmożone, mocz bez zmian. Plwocina nie zawiera komórek barwikonośnych.

Rozpoznanie: Insufficientia valvulae mitralis.

TABLICA VIII.



Kardyogram chorego A. P. 3/V. zdjęty przed, podczas i po kąpieli 30^0 R. sztucznej. Kardyogram zdejmowany co dwie minuty równocześnie z chronometrem. Liczba tętna znaczona powyżej, wysokość kardyogramowej fali poniżej krzywej ($^1/_2$ naturalnej wielkości).

Od dnia 5. IV. do 19. IV. zastosowano 10 kąpieli gazowych o ciepłocie od 23^0 do 30^0 R. 20. IV. Po 10 kąpielach bicia serca niema, bóle głowy ustąpiły, kaszel mniejszy. Bóle kłujące w rozmaitych miejscach klatki piersiowej niepokoją chorego. Stan obecny: Słabe drżenie skurczowe wyczuwalne. Serce jak poprzednio, wątroba w dołku podsercowym nie macalna, w lewej sutkowej nieco macalna.

3. V. Chory czuje się lepiej, bicia serca nie występują, kłucia słabsze. Stan przedmiotowy bez zmian.

Obserwacye poszczególnych kąpieli wykazują co następuje: Ciśnienie palpacyjne przed kąpielą waha się między 130 a 155 cm. sł. wody, liczba tętna utrzymuje się zazwyczaj około 70, wahając się w granicach 62 do 92. Działanie kąpieli na ciśnienie, jak również na tętno, nie odbiega od stwierdzonych uprzednio wyników.

II. L. dziennika 223, l. łóżka 15. R. K. l. 40 wolna, wyrobnica.

12. IV. Prócz ropienia gruczołów szyjnych i pachwinowych, jakoteż ropienia w stawie kolanowym lewym żadnych chorób nie przebywała. W 19 roku życia odjęto chorej kończynę dolną lewą z powodu ropienia w stawie kolanowym po półtorarocznem trwaniu tej choroby. Już wtedy pojawiały się kołatania serca. Od 4 lat występują one znacznie częściej samoistnie, zjawiała się napadowa duszność, bóle tępe w boku lewym, bóle kłujące w okolicy końca serca, ściskające u podstawy, tępe w podsercowym dołku. Nogi nie brzękły.

Stan obecny: Wzrost średni, odżywienie nieznacznie podupadłe. Kikut kończyny lewej, odjętej powyżej kolana.

Wargi nieco blade. Narząd oddechowy zmian nie okazuje. Okolica serca nieznacznie wypuklona. Uderzenie koniuszkowe w linii pachowej przedniej w II. międzyżebrzu na większej przestrzeni, unoszące. Wymiary opukowe serca od l. mostkowej lewej, III. żebra do linii pachowej przedniej lewej. Głośny, długi, piłujący szmer skurczowy, najgłośniejszy nieco na wewnątrz od uderzenia koniuszkowego. Ton drugi nad tętnicą płucną zaakcentowany. Liczba tętna 80 do 88, od czasu do czasu tylko przerywane. W narządach jamy brzusznej zmian nie stwierdzono. Badanie moczu zmian żadnych nie wykrywa. Ilość moczu waha się między 800 a 1.000 cm.^{3} w 5 pierwszych dniach pobytu w Klinice.

Rozpoznanie kliniczne: Insufficientia valvulae mitralis.

Od 13. IV. do 29. IV. zastosowano 10 kąpieli gazowych sztucznych trwających po 10 minut o ciepłocie od 23^0 do 30^0 R., powoli wzrastającej. Łóżko. Dyeta biała mięszana.

1. V. Przedmiotowo znaczna poprawa, objawy sercowe wszystkie zmniejszyły się tak co do częstości, jak i natężenia, nie znikły jednak zupełnie. Bóle tępe w boku prawym ustąpiły. Sił więcej. Przedmiotowo wymiary serca bez zmian. Drżenie skurczowe obecnie wyczuwalne. Drugi ton nad tętnicą płucną silnie zaakcentowany. Tętno rzadziej przepuszczające. Waga ciała przez miesiąc podniosła się z 44 na 46 kg.

Obserwacya przed kąpielą wykazała ciśnienie palpacyjne stale dość wysokie, między 160 a 180 cm. sł. wody, liczba tętna zazwyczaj powyżej 80, między 76 a 100. Obserwacya liczby tętna i ciśnienia w kąpieli, nie odbiega od ogólnej zasady. Obniżenie w liczbie tętna jest dość znaczne, jak u ludzi zdrowych.

III. L. dz. 251. L. 13. M. S. lat 56, żona strażnika, 10 razy rodziła. Od dawnych lat bicie serca po zmęczeniu. Przed rokiem wystąpiła duszność z powiększeniem się brzucha i obrzękami nóg, podobnież przed pół rokiem; objawy te ustępowały po zapisanem lekarstwie. Przed czterema tygodniami kłucie w boku prawym z plwociną obfitą i kaszlem; kłucie to utrzymuje się dotychczas. Obecnie skarży się chora na bicie serca, występujące także w spokoju, bóle kłujące w okolicy końca serca i ściskanie w środkowej części klatki piersiowej, ciążący ból w dołku podsercowym przy chodzeniu; mocz oddaje chora co godzinę.

Stan obecny: prawy płat gruczołu tarczowego powiększony. Żyły nie napełnione. Odgłos opukowy od kąta prawej łopatki w dół nieco krótszy, tamże słyszalne tarcie opłucne średniej grubości. Granica na XI żebrze mniej ruchoma. Uderzenie końca serca widzialne w VI międzyżebrzu, pół palca na zewnątrz od l. sutkowej lewej, niezbyt wyraźne, macalne. Wymiary opukowe serca: od przyczepu VI żebra po stronie prawej mostka, dolnego brzegu V żebra, przekraczające l. sutkową lewą. Cichy podmuch skurczowy, słyszalny nieco lepiej powyżej końca i gdy chora siedzi. Drugi ton nad tętnicą płucną nieco lepiej słyszalny. Tętno nierówne, niemiarowe, nitkowate, liczba uderzeń 66.

Wątroba niemacalna, stłumienie jej sięga w linii środkowej ciała 2 palce powyżej pępka. Zmian w innych narządach nie spostrzeżono. Mocz prawidłowy; ilość dzienna 800 cm.

Rozpoznanie. Insufficientia valvulae mitralis. Myocarditis. Pleuritis sicca dextra.

Od d. 23. IV. do 11. V. zastosowano 10 kąpiel o ciepłocie 28^0 do 30 R.

16. V. po kąpielach sił więcej, bóle głowy ustąpiły, kłucie w boku prawym również. Kołatanie serca i duszność mniejsza. Mocz oddaje chora rzadziej. Ciepłota prawidłowa.

Stan obecny: Odgłos opukowy po stronie prawej w dole wyjawniał, tarcia brak, szmery pokryte przez gwizdy, furczenia i rzężenia suche; po lewej szmery zaostrzone. Uderzenie koniuszkowe bez zmian: stłumienie na prawo do l. mostkowej lewej. Podmuch skurczowy wyraźniejszy. Zaakcentowanie 2-go tonu nad tętnicą płucną. Wątroba nie macalna.

Obserwacya wśród kąpieli wykazuje ciśnienia palpacyjne nizkie, około 100 mm. sł. rtęci; ciśnienie obniża się podczas kąpieli, choć nieznacznie, (doświadczenia, wykonane przyrządem Straussa). Tętno około 80, nierówne i niemiarowe. (W przypadku tym stosowałem kąpiele ciepłe z powodu obawy, aby zimna kąpiel nie wywołała zaostrzenia sprawy zapalnej na opłucnej. W czasie bowiem mych doświadczeń stosowałem u jednej chorej ze zmianami na zastawkach tętnicy głównej i zmianami opłucnej (pleuritis sicca), najprawdopodobniej gruźliczemi, dwie kąpiele chłodne ze znacznem pogorszeniem stanu zdrowia. U M. S. zejście zapalenia opłucnej było zupełnie pomyślne).

IV. L. dz. 221. L. 13. W. F. lat 50, wdowa, bez zajęcia. Mąż przebył kiłę; chora poroniła w trzecim miesiącu ciąży. Przed ośmiu laty gościec stawowy. Od tego czasu miewa chora kołatanie serca. Od czterech lat przy większem chodzeniu obrzmiewają stopy. Przed pięciu miesiącami dwukrotny pobyt w szpitalu z powodu obrzęku nóg i brzucha. Obecnie skarży się chora na kaszel, z obfitą plwociną, kołatanie serca, niezbyt silne, samoistne i po zmęczeniu, na bóle kłujące w okolicy końca serca, rznące i ściskanie u podstawy serca. Stolec zaparty.

Stan obecny: Wzrost średni, odżywienie podupadłe. Wargi sine. Gruczoły szyjne nieco powiększone. Szczyt prawy niżej ustawiony, wdech tamże zaostrzony, wydech słyszalny. Po stronie lewej z tyłu w dole granica płuc mniej ruchoma. Szmery oddechowe zaostrzone, furczenia i gwizdy. Uderzenie koniuszkowe w VI. międzyżebrzu na 1 palec na zewnątrz od l. sutkowej lewej widzialne, niezbyt znacznie unoszące. Wymiary opukowe serca od l. sutkowej lewej, 4 żebra do l. mostkowej lewej, którą nieco przekracza. Cichy szmer skurczowy nad końcem serca, drugi ton nad tętnicą płucną zaakcentowany. Tętno około 76, nierówne, niemiarowe. Wątroba na 2 palce niżej łuku żebrowego w linii sutkowej prawej, na 2 palce powyżej pępka w linii środkowej ciała. Sledziona pod łukiem macalna. Mocz bez zmian.

Rozpoznanie: Insufficientia valvulae mitralis. Myocarditis. Induratio apicis pulmonis dextri.

Od dnia 6. IV. do 20. IV. stosowano 10 kąpieli gazowych o ciepłocie od 24^0 do 30^0 R.

22. IV. po 10 kąpielach osłabienie mniejsze, bóle głowy ustąpiły. Kaszel zmniejszył się znacznie, ale przedwczoraj powrócił. Bicia serca i duszność ustąpiły. Jedynie bóle kłujące utrzymują się. Stolec zaparty.

Przedmiotowo: Slad sinicy na wargach. Szmery oddechowe zaostrzone. Tętno bez zmiany. Wymiary opukowe serca na prawo nieznacznie węższe. Szmer skurczowy wybitniejszy. Wątroba wyczuwalna na pół palca poniżej łuku żebrowego w linii sutkowej. Śledziona równo z łukiem.

2. V. stan bez zmiany. Chora opuszcza klinikę. Waga ciała podniosła się o 2 kilogr.

Ciśnienie palpacyjne wahało się między 132 a 150 cm. sł. wody, liczba tętna między 70 a 92 uderzeń na minutę, tętno było bardzo nierówne i niemiarowe. Obserwacye wpływu ciśnienia u tej chorej, nie odbiegają od spostrzeżeń u ludzi zdrowych, natomiast liczba tętna zachowuje się o tyle odmiennie, że na 6 kąpieli chłodniejszych, aż trzy razy spostrzegamy przyspieszenie tętna (5, 8, 9, uderzeń), a przy kąpielach cieplejszych liczby te są znacznie wyższe: 18, 30, 6, 16, uderzeń na minutę.

Również podać muszę przypadek niedomogi mięśnia sercowego, w którym wskutek złego stanu chorej musiałem stosowania kąpieli zaprzestać. Chora ta wzięła 4 kąpiele zrazu z niewielką poprawą, poczem wystąpiło po-

gorszenie, zmuszające do podawania energiczniejszych środków.

V. L. Dz. l. L. 12. 12. IV. M. G. lat 56 służąca. Od 5 lat duszność przy chodzeniu i kołatanie serca, Od 3 lat pogorszenie w stanie serca i duszność. Od jesieni kaszel i dreszcze, obrzęki nóg, powiększenie się brzucha; znaczny upadek sił.

Stan obecny: Wzrost mały, budowa drobna, odżywienie podupadłe, podściółka tłuszczowa zanikła, skóra zwiotczała, mało sprężysta. Na kończynach obrzęki. Żyły szyjne nieco napełnione. Duszność znaczna. Odgłos opukowy nad płucami jawny, granice płuc obniżone o jedno żebro, szmery oddechowe zaostrzone z rzężeniami średniobańkowemi wilgotnemi; gdzieniegdzie gwizdy. Uderzenie końca serca w VII międzyżebrzu w linii pachowej przedniej widzialne, na większej przestrzeni unoszące. Stłumienie serca od linii mostkowej lewej, dolnego brzegu V. żebra do l. pachowej przedniej lewej. Nad sercem długi szmer skurczowy, drugi ton nad aortą i tętnicą płucną dość głośny. Tętno drobne, nierówne, około 88 uderzeń na minutę. Naczynia o przebiegu krętym. W jamie brzusznej płynu nie wykazano. Wątroba macalna na palec poniżej pępka. Sledziona (badana przez opukiwanie) większa. Mocz skąpy, wysycony, 300 do 500 cm. na dobę, bez białka i cukru.

Rozpoznanie: Insufficientia valvulae mitralis. Adynamia musculi cordis (dextri).

3. IV. do 18. IV. 4 kąpiele o ciepłocie 24^0 do 25^0 R., zrazu z polepszeniem nieznacznem, następnie z pogorszeniem stanu ogólnego, jako też kaszlu. Kąpiele przerwano, a podano digalen, który już po 24 godz. usunięto z powodu zwolnienia tętna. Chora, leczona do 15. V. środkami sercowymi ma się stale jednako, polepszenia stwierdzić nie można. Miesiąc później śmierć.

Ciśnienie palpacyjne wahało się u tej chorej pomiędzy 120 a 130 cm. sł. wody, podczas kąpieli 24^0 C. nieco się podwyższało (2, 5, 8, 12 cm.) liczba tętna 80 do 92, miała również nieznaczną skłonność do podwyższania się; jeden raz podwyższona o 6, dwa razy bez zmiany, raz obniżona o 6.

Duszność w kąpieli raz malała, raz bez zmiany, raz zwiększyła się wskutek kaszlu; przy zwiększeniu się duszności powiększenie się liczby oddechów, zresztą obniżenie.

Przechodzimy do zwężenia ujścia żylnego lewego, które spostrzegałem w 4 przypadkach. Z tych trzy są to kliniczne czyste zwężenia, czwarty nasuwa przypuszczenie wady skombinowanej (insuff. et stenosis valvulae mitralis).

VI. L. Dz. 220. L. 2. 5. IV. 1910. J. W. lat 15, syn wyrobnika. Przed ośmiu laty przebywał zimnicę, przed trzema płonicę. Od dwóch lat miewa kołatanie serca. Od roku pogorszenie po przejściu zapalenia oskrzeli. Chory skarży się na kołatanie serca połączone z dusznością, kaszel, bóle kłujące u koniuszka serca, parzące, jakoteż ból ciążący w dołku podsercowym. Przez pięć tygodni przebywa w szpitalu z poprawą. Od kilku dni rozwolnienie.

Stan obecny: Wzrost odpowiednio do wieku mały; odżywienie liche, wargi nieco blade, migdałki przerosłe. Skąpe świsty i furczenia przy zaostrzonych szmerach oddechowych w dole z tyłu klatki piersiowej. Uderzenie końca serca na zewnątrz od l. sutkowej w VI. międzyżebrzu, widzialne na większej przestrzeni, unoszące. Szmer przedskurczowy wyczuwalny. Wymiary opukowe serca: od linii środkowej ciała, dolnej granicy III. żebra, przekracza linię sutkową lewą. Długi głośny szmer przedskurczowy, kończący się głośnym tonem skurczowym nad końcem serca, drugi ton nad tętnicą płucną silnie zaakcentowany. Tętno 80 do 100, równe, miarowe, małe. Wątroba bolesna macalna, półtora palca niżej łuku żebrowego w linii sutkowej prawej, a 4 palce nad pępkiem w linii środkowej ciała. Sledziona o brzegu grubym wystaje nieco z pod łuku. Jelita cienkie przy obmacywaniu tkliwe.

6. IV. badanie moczu zmian nie wykrywa.

8. IV. badanie śluzowej plwociny wykazało obecność komórek barwikonośnych.

Badanie stolców płynnych stwierdza dość znaczną obfitość śluzu w postaci ziarenek, równomiernie rozmieszczonych wśród masy stolca.

10. IV. Badanie krwi wykazało 80% H. b. hemometrem Sahlego; plasmodyów zimniczych ani w preparatach świeżych, ani w barwionych nie znaleziono.

Rozpoznanie: Stenosis ostii venosi sinistri. Enteritis chronica. Stosowano kąpiele bezwodnikowe od 6. V. do 21. V. od 25^0 do 30 R. z powoli wzrastającą ciepłotą.

23. IV. po 10 kąpielach chory czuje się lepiej. Duszność ustąpiła, również bóle kłujące i parzące, kołatania serca rzadsze, nie występują wśród snu i spokoju. Ból ciążący nad pępkiem utrzymuje się.

Stan obecny: Sił więcej, wejrzenie i cera lepsze. Wymiary serca na prawo do linii mostkowej lewej. Osłuchiwanie jak poprzednio. Wątroba dochodzi (opukiwanie) na 1 palec powyżej pępka, w linii sutkowej i środkowej ciała, brzeg nie macalny. Sledziona bez zmian. Szmery oddechowe zaostrzone. Liczba tętna koło 80 do 90. Podano kodeinę 2%, chininum muriat. 0,5, co wieczór.

29. V. Stan wątroby bez zmian. Podano digalen. 10. V. Odstawiono digalen z powodu zwolnienia tętna, 44 uderzeń na minutę. 12. V. podano napar naparstnicy 1,50 : 200. Zmniejszeniu wątroby nie stwierdzono.

Ciśnienie palpacyjne waha się przed kąpielą między 120 a 150 cm. sł. wody, zazwyczaj obniża się wśród kąpieli (9 obniżeń); liczba tętna 84—108, zazwyczaj około 100 uderzeń na minutę, obniża się przy chłodniejszych kąpielach (trzy razy na 4 kąpiele), już przy kąpielach 27^0 przyspiesza się.

VII. L. Dz. 241. L. 22. R. F. lat 31, żona wyrobnika.

20. IV. Od siedmiu lat miewa kołatania serca, w ostatnich czasach częstsze i z dusznością, od marca silne krwioplucie (pobyt w szpitalu). Prócz powyższych dolegliwości doznaje bólów w okolicy prawej połowy serca, ściskania u podstawy, bólu ciążącego w dołku podsercowym, od czasu do czasu wymiotów. Przy dłuższej rozmowie chora okazuje pewne cechy nieprawidłowe, mianowicie chora wyobraża sobie, że mąż ją chce otruć, wsypuje jej do jedzenia truciznę, gdy się tylko odwróci, jedzenie bywa w domu gorzkie i t. p.

Stan obecny: Chora bardzo spokojna, odpowiada na pytania logicznie, choć wolno i z ociąganiem. Wargi nieco blade. Narząd oddechowy bez zmian. Uderzenie końca serca w V. i VI. międzyżebrzu na wewnątrz od l. sutkowej lewej na większej przestrzeni unoszące. W międzyżebrzach powyżej widoczne tętnienie przedskurczowe. Opukowe granice serca: linia mostkowa lewa, czwarte żebro i linia sutkowa lewa. Nad końcem serca słychać cichy szmer rozkurczowy, głośny przedskurczowy, kończący się tonem skurczowym. Drugi ton nad tętnicą płucną zaakcentowany. Tętno 80—90, czasem przepuszcza. Wątroba macalna w linii środkowej 3 palce nad pępkiem. Sledziona nieco zwiększona (opukiwanie). Mocz bez zmian.

Rozpoznanie: Stenosis ostii venosi sinistri.

Stosowano 10 kąpieli o ciepłocie od 23^0 do 30^0 R. od dnia 21. IV. do 7. V.

10. V. Podmiotowa poprawa o tyle, iż ból ciążący w dołku ustąpił, jak również duszność i bóle głowy. Kołatania serca bez zmiany. Bóle parzące rzadsze.

Stan obecny: Chora wygląda lepiej; stan serca bez zmiany. Drugi ton nad tętnicą płucną silnie zaakcento-

wany. Tętno 88, równe, miarowe. Wątroba w linii środkowej nie macalna. Waga ciała wzrosła z 50 na 51 kgr.

Ciśnienie palpacyjne waha się między 140 a 155 cm. sł. wody, 85 a 120 mm. sł. rtęci, podczas kąpieli metodą podmiotową obniżenia prawidłowe, metodami graficznemi nawet przy 30_0 R. obniżenie słabe, dwa na cztery. Liczba tętna waha się między 70 a 102, zazwyczaj koło 90, obniża się i przyspiesza wyraźnie, zależnie od ciepłoty kąpieli.

VIII. L. Dz. 222. L. 14. d. 16. IV. M. W. lat 30, wolna. Gośćca stawowego nie przebywała. Skąpe krwioplucie przed sześciu laty. Kołatania serca od czterech lat, od dwóch lat w połączeniu z dusznością. Chora skarży się prócz tego na bóle głowy, bóle kłujące przy końcu serca, piekące u podstawy.

Stan obecny: wzrost średni i odżywienie podupadłe. Na wargach ślad sinicy, żyły szyjne nie napełnione. W płucach w dole z tyłu, nieco rzężeń średniobańkowych wilgotnych. Uderzenie koniuszkowe w V. międzyżebrzu w linii sutkowej lewej na większej przestrzeni widzialne, unoszące. Drżenie bardzo słabo wyczuwalne (?). Wymiary opukowe serca od linii mostkowej prawej, górnego brzegu III. żebra do linii sutkowej lewej. Cichy szmer rozkurczowy, nad końcem ton skurczowy, drugi ton nad tętnicą płucną zaakcentowany; tętno około 50 uderzeń na minutę, od czasu do czasu przerywane. Wątroba macalna na cztery palce niżej łuku w linii sutkowej prawej, 1 palec nad pępkiem w linii środkowej ciała, a śledziona na palec niżej łuku żebrowego.

8. IV. Badanie moczu zmian nie wykrywa; w plwocinie rdzawej komórki o typie komórek barwikonośnych.

Od d. 6. IV. do 20. IV. zastosowano 10 kąpieli bezwodnikowych trwających przez 10 minut o ciepłocie 23^0 do 29_0 R. powoli wzrastającej.

14. IV. Zaakcentowanie tonu skurczowego nad końcem serca, krótki szmer rozkurczowy i chropawy przedskurczowy.

Rozpoznanie: Stenosis ostii venosi sinistri.

22. IV. po 10 kąpielach chora czuje się lepiej, osłabienie minęło, kaszel, bóle głowy, bóle piekące u podstawy serca ustąpiły, kołatania serca znacznie rzadsze, bóle kłujące utrzymują się.

Stan obecny: Chora wygląda znacznie lepiej, sinicy brak, duszności niema. Wymiary serca na prawo do linii środkowej ciała zmniejszone. Osłuchiwaniem jak $^{14}/_4$, jedynie zaakcentowanie tonu skurczowego nad końcem serca i drugiego tonu nad tętnicą płucną znacznie wybitniejsze. Wątroba na 2 palce niżej łuku żebrowego w linii sutkowej prawej i 3 palce ponad pępkiem w linii środkowej ciała. Śledziona wystaje z pod łuku.

Do 6. V. bez leczenia wątroba na 1 palec niżej łuku w linii sutkowej prawej, a 3 palce nad pępkiem w linii środkowej ciała. Podano digalen.

9. V. odstawiono digalen z powodu zwolnienia tętna (30 uderzeń). 12. V. podano napar naparstnicy 1, 50:180, 16. V. Wątroba w linii sutkowej o $^1/_2$ palca wyżej. Chora czuje dziwną ociężałość, twierdzi, że podczas kąpieli czuła się lepiej, była znacznie rzeźwiejsza.

Ciśnienie palpacyjne, utrzymujące się przed kąpielami między 140 a 180 sł. w., opadało i podnosiło się według ogólnych zasad powyżej wyłuszczonych; tętno stale zwolnione między 54 a 66 uderzeń na minutę, przy kąpielach chłodniejszych nietylko nie opada, ale podnosi się, przy obojętnych to opada (2) to podnosi się (2), przy cieplejszych zazwyczaj się podnosi (2 na 3 k.) Wogóle wahania są tutaj dość znaczne. Skłonność do obniżania się tętna jest mniej zaznaczoną, czego nie kładłbym jednak na karb wyczerpania mięśnia sercowego, ponieważ przyspieszenie przy kąpielach cieplejszych nie jest znaczne, jakby w tym ostatnim przypadku spodziewać się należało. Wszystkie te kąpiele można uważać za spostrzeżenia tętna zwolnionego (bradycardii), tak często spotykanego w przebiegu zwężeń ujścia żylnego lewego.

IX. L. Dz. 242. L. $17^1/_2$. 22. IV. K. J. lat 24, wolna, bez zajęcia. W dziecięctwie, jak podaje, nie chorowała. Przed 5 laty kołatania serca przy zmęczeniu, przed 3 gościec stawowy w stopach. Przed 2 laty krwioplucie, połączone z kłuciem w boku prawym. Od roku kołatanie serca bardzo częste, występujące w spokoju, we śnie połączone z dusznością. Przed 3 tygodniami przemijające po leku obrzęki nóg. Obecnie skarży się chora na znaczną duszność przy chodzeniu i biciu serca, na kaszel, kołatania, bóle rżnące w linii środkowej ciała, w głębi piersi, na bóle ciążące w górnej części brzucha, przy ruchach i po jedzeniu.

Stan obecny: Wzrost średni, odżywienie liche. Skóra sucha, kończyny chłodne. Na uszach, nosie, wargach i kończynach sinica. Naczynia żylne szyjne napełnione. Gruczoł tarczowy duży, zbity. W narządzie oddechowym zmian nie stwierdzono. Uderzenia serca widzialne i macalne w V. i VI. międzyżebrzu, na większej przestrzeni unoszące. Unoszenie się skurczowe lewej połowy klatki piersiowej. Szmer przedskurczowy wyczuwalny. Wymiary opukowe serca od linii mostkowej prawej i III. żebra do połowy odległości między linią sutkową, a pachową przednią lewą. Szmer przedskurczowy kończący się głośnym tonem skurczowym i szmer rozkurczowy, stwierdzalny nad końcem. Nad tętnicą płucną ton drugi silnie zaakcentowany.

Tętno około 100, drobne, nitkowate, równe, miarowe. Wątroba na 2 palce niżej łuku w linii sutkowej prawej, na 2 palce wyżej pępka w linii środkowej ciała. Śledziona (opukiwanie) większa.

W innych narządach zmian nie spostrzeżono. Badanie moczu zmian nie wykryło.

Rozpoznanie: Stenosis ostii venosi sinistri (insufficientia?) Adynamia musculi cordis.

Od 22. IV. do 10. V. zastosowano 10 kąpieli bezwodnikowych trwających po 10 minut, o ciepłocie od 23^0 do 30^0 R. powoli wzrastającej.

11. V. po 10 kąpielach chora czuje się znacznie silniejsza, duszność mniejsza, kołatanie serca nieco rzadsze, bóle parzące ustąpiły, ból w dołku bez zmiany,

Stan obecny: Sinica pojawia się jedynie przy ruchach, tętno równe, większe, lepiej napięte, około 90 uderzeń na minutę. Uderzenia końca serca w V. międzyżebrzu na 1 palec poza linią sutkową lewą. Zresztą wymiary serca i obraz osłuchowy bez zmian. Wątroba sięga tak w linii sutkowej, jak i środkowej ciała, do pępka. Waga ciała wzrosła przez trzy tygodnie z 43 na 46 klg.

12. V. podano napar naparstnicy 1,50:200.

14. V. chora na kategoryczne żądanie własne opuszcza klinikę. Wątroba na palec niżej łuku żebrowego, (obserwacya lekarza dyżurnego). Po dwóch dniach chora wraca z prośbą o przyjęcie z powodu pogorszenia stanu zdrowia. Odmówiono.

Ciśnienie palpacyjne wahało się przed kąpielami między 130 a 145 ctm. sł. wody; podczas kąpieli 26^0 i 27^0 R. nieznaczne obniżenia i podwyższenia. Przy 30^0 (jedno doświadczenie turgotonografem) nieznaczne podwyższenie. Liczba tętna stale między 86 a 100, mało się obniża lub podwyższa, bardzo znacznie przy ciepłych kąpielach. Tętno zrazu nitkowate, z końcem obserwacyi klinicznej powiększa się wyraźnie. Sinica podczas kąpieli tak na nogach, jak i na wargach ginie na czas dość nie długi. Stoi to niewątpliwie w związku z pogłębieniem oddychania. Znikanie wyraźnej sinicy podczas kąpieli spostrzegałem u tej chorej dwa razy.

Dalsze dwa przypadki dotyczą zmian na zastawkach tętnicy głównej w postaci niedomykalności tejże zastawki.

(C. d. n.)

Piśmiennictwo bieżące.

Dermatologia i syfilidologia.

Fraenkel i Grouven. **Doświadczenie z przetworem Ehrlicha »606«.** (Münch. m. Woch. 1910. 34). Autorowie stosowali ten przetwór w różnych przypadkach kiły; w świeżej robiono jedno wstrzykiwanie (52 przypadki), dwa (17), a nawet trzy (6), tak że ilość podanego środka wynosiła 0,45 do 2,4 gr. u jednego chorego. Z początku robiono wstrzykiwania w klinice stałej, później u chorych przychodnich podskórnie i nie zauważono żadnych objawów szkodliwych. W niektórych przypadkach spostrzegano zaczerwienienie skóry, rozszerzające się od miejsca wstrzyknięcia na całą powierzchnię skóry, objawy te jednak znikały po paru dniach. Z 11 przyp. nacieków pierwotnych w dwóch wstrzykiwanie w ilości 0,3—0,4 gr. nie zapobiegało wystąpieniu wysypki, która pojawiła się, ale w znacznie mniejszym stopniu niż zazwyczaj. W niektórych przypadkach objawy drugorzędne znikały powolnie, mimo powtórzenia wstrzykiwania. W jednym przypadku jeszcze w dwa miesiące po wstrzyknięciu stwierdzono w guzkach liczne krętki. W innym przyp. trzy wstrzykiwania (0,3, 0,4, 1,0) wykonane co dwa tygodnie usunęły wysypkę gruzełkową-pełzającą dopiero po dwóch miesiącach. W przypadkach z kliniki psychiatrycznej stwierdzono szybkie (po paru tygodniach) znikanie odczynu Wassermanna, nie spodziewano się naturalnie ustąpienia zmian anatomo-patologicznych. Z trzech przypadków łuszczycy spostrzegano w jednym szybkie znikanie zmian, w dwóch innych żadnego wyniku nie zauważano mimo dużych dawek (0,6—0,7). Polepszenie znaczne a nawet usunięcie zmian widzieli autorowie w jednym przypadku choroby Duhringa, pęcherzycy złośliwej i liściastej i przypadku liszaja czerwonego.

Krzyształowicz.

Alt. **O technice wstrzykiwań przetworu Ehrlich-Hata** (Münch. m. Woch. 1910. 34). Autor ogłosił pierwszy wyniki leczenia przetworem »606«, od tego czasu liczba przypadków leczonych przez niego znacznie się wzmogła, nigdy jednak nie przekroczył dawki 0,5 gr. u ludzi bardzo silnych dlatego, że wtedy ciepłota dochodziła do 39,5° C., występowała nieregularna czynność serca, pobudzenie do wymiotów i odurzenie. Dalej przestrzega przed rozczynami kwaśnymi, które już w małych dawkach działają niekorzystnie na czynność serca. Rozczyny alkaliczne nie są boleśniejsze, a jedynie u dnowych zdają się zwiększać bole przez wzmożone wydzielanie kwasu moczowego. Na mocy badań wydzielania się arszeniku przychodzi do wniosku, że po wstrzykiwaniach zawiesiny mniejsza ilość arszeniku jest czynną niż po użyciu rozczynów alkalicznych. Mimo nie stwierdzenia w danej chwili wydzielania się arszeniku, nie można twierdzić, ze go niema, bo może znajdować się nie wessany skład, który po drugiem wstrzykiwaniu może wywołać zatrucie. Unika się tego przy wstrzykiwaniach śródżylnych, ale wtedy działanie jest wprawdzie szybsze, ale mniej trwałe, co można wnioskować z szybkiego powrotu odczynu Wassermanna. Sądzi zatem, że w przyszłości technika rozwinie się w ten sposób, iż najpierw wstrzyknie się do żyły, a w 4 tygodnie potem w mięśnie lub podskórnie.

Krzyształowicz.

Michaelis L. **Stosowanie podskórne przetworu Ehrlicha.** (Münch. med. Woch. 1910. 33). M. wstrzykiwał podskórnie ten przetwór między łopatkami, a miejsce po wstrzyknięciu miesił dla usunięcia płynu. Szybkość działania jest bezsprzecznie większa niż po wstrzykiwaniach miąższowych, co autor tłómaczy większą płaszczyzną wessania. Najważniejszą korzyścią jest to, że chory nie doznaje przeszkód w chodzeniu i siedzeniu, co bywa prawie zawsze po wstrzykiwaniach miąższowych, a po podskórnem wstrzyknięciu obrzęk jest niebolesny lub go wcale niema.

Krzyształowicz.

Blaschko. **Uwagi krytyczne o leczeniu przetworem Ehrlicha.** (Berl. klin. Woch. 1910. 35). Ze względu na tę okoliczność, że nietylko w kołach laików ale i lekarzy panują niewłaściwe opinie o znaczeniu tego środka, uważa B. za właściwe zwrócić uwagę, że dotąd nie doszliśmy jeszcze przez wprowadzenie do leczenia arsenobenzolu do rozwiązania problemu, ale stoimy na początku zadania, chociaż genialny czyn Ehrlicha wskazał nam nowe i ważne problemy, które autor omawia.

Krzyształowicz.

Kromayer. **Teoretyczne i praktyczne roztrząsanie sprawy przetworu Ehrlicha.** (Berl. klin. Woch. 1910. 34). Ze względu na dotychczasowy brak pewności, czy »606« działa na kiłę silniej niż rtęć, nie możemy tej ostatniej zupełnie usunąć, być może bowiem, że w przyszłości leczenie kombinowane obu tymi środkami da najlepsze wyniki. W przypadkach, w których dotychczasowe leczenie zawodzi, albo nie prowadzi do celu, albo istnieją zagrażające życiu zmiany, arsenobenzol jest wskazany do tego stopnia, że nie użycie go chce uważać autor za »błąd sztuki«. Stąd byłoby wskazane fabryczne wytwarzanie tego przetworu i dostarczanie go wszystkim lekarzom. W przypadkach nacieków pierwotnych należy rozpoczynać leczenie zaraz z początku, bo nie jest wykluczona możność i nadzieja leczenia poronnego kiły przy stosowaniu tego przetworu.

Krzyształowicz.

Isaac H. **Wyniki leczenia przetworem Ehrlicha.** (Berl. kl. Woch. 1910. 33. — Ivanyi M. (Wien. med. Woch. 1910. 36). — Mondschein. (Wien. med. Woch. 1910. 36).

Is. przytacza 27 historyi chorób przypadków leczonych tym przetworem, z ktorych wynika, że »606« działał nader szybko bez pozostawiania śladów, tak na zmiany patologiczne jak i na krętki.

Z 84 przyp. leczonych przez Iv. wstrzykiwaniami podskórnemi arsenobenzolu (0,3—0,6), zasługuje na uwagę jeden przypadek daleko posunięty porażenia postępującego, w którym nastąpiło po wstrzykiwaniu (0,5) pozorne wyraźne polepszenie już w kilku dniach; wkrótce jednak stan chorego bardzo się pogorszył. W przypadku znacznie posuniętego uwiądu rdzenia nastąpiła znaczna poprawa po dawce 0,5 gr. Wreszcie autor opisuje przypadek białkomoczu przy kilakach skóry i drugi cukromoczu, w których wstrzykiwanie nietylko nie działało szkodliwie, ale nawet spowodowało usunięcie tych objawów.

M. wskazuje na leczone przez siebie ciężkie przypadki kiły przetworem Ehrlicha z bardzo szybkim i pomyślnym wynikiem. W jednym przypadku towarzyszący kile złośliwej wysięk opłucnowy i skrobiowatość nerek nie doznały pogorszenia. Dwa przypadki uwiądu rdzenia poprawiły się po wstrzykiwaniu (6 dni spostrzegane!). Autor zwraca także uwagę, że istniejąca w jednym przypadku wada serca nie pogorszyła się po wstrzykiwaniu.

Krzyształowicz.

Prof. Ehrlich P. **Czy wstrzykiwanie śródżylne »606« przedstawia jakieś niebezpieczeństwa?** (Münch. m. Woch. 1910. 35). Nawiązując do śmiertelnego przypadku Fraenkla i Grouvena po wstrzykiwaniu śródżylnem arsenobenzolu, zastanawia się E. nad przyczyną śmierci w tym przypadku i przychodzi do przekonania na mocy doniesień powyższych autorów i obrazu sekcyjnego, że nie samo wstrzykiwanie śródżylne, ale istniejąca nadczułość chorego jest przyczyną nieszczęśliwego zejścia. Doniesienia z różnych stron dowodzą autorowi, że chorzy z daleko posuniętemi zmianami centralnego układu nerwowego tworzą osobną grupę, która przez wstrzyknięcie jest narażona na niebezpieczeństwo, — a nawet przypuszcza, że w przyszłości grupa ta będzie wyłączona od leczenia tym przetworem. Podobne dwa przypadki utraciły życie po wstrzykiwaniu, jeden miąższowem, drugi podskórnem. Tymczasem wstrzykiwania śródżylne, stosowane już przez wielu autorów (Iversen, Alt, Schreiber, Weintrand, Neisser), nie wyrządzały żadnej szkody, chociaż dawka dochodziła do 1,0 gr. Stosowanie dawek

0,3—05 gr. drogą krwi zdaje się nie przedstawiać żadnego niebezpieczeństwa, a przeciwwskazanie stanowią ciężkie schorzenia mózgu, miażdżyca tętnic i zboczenia w czynności serca, szczególnie dusznica bolesna. Jako przykład stawia przypadek Schultza, który u chorego bardzo wyniszczonego z objawami kiły późnej wstrzyknął do żyły 0,45 z b. dobrym wynikiem. Z dotychczasowych doświadczeń wynikałoby, że najsilniej i najdłużej działają wstrzykiwania miąższowe. Myśl Iversena (wstrzyk. najpierw śródżylne, później miąższowe) wypowiedzianą i przez innych, należy uważać za szczęśliwą, bo najpierw działamy szybko, nagle, a później jeszcze przez pewien czas powolniej. Krzyształowicz.

H. Sowade. **Wartość atoksylu i arsacetyny w leczeniu kiły.** (Archiv f. Derm. u. Syph. 1910, T. 101). Z nowszych przetworów arszenikowych dwa głównie zwróciły na siebie baczniejszą uwagę, atoksyl i arsacetyna. Co do atoksylu, to ten mimo pewnych swych zalet przy leczeniu kiły stracił na wartości, odkąd opisano dość liczne przypadki oślepnięcia z powodu zaniku nerwu wzrokowego, a nawet śmierci przy użyciu tego przetworu. Arsacetyna również nie dorównuje ani rtęci, ani jodkowi potasu; usuwa wprawdzie zmiany kiłowe, szczególniej trzeciorzędne i objawy kiły złośliwej, ale działa od jodu i rtęci powolniej, nie chroni od nawrotów choroby, które pojawiają się szybciej, wreszcie i przy użyciu tego także przetworu opisano dwa przypadki oślepnięcia, trzeci zaś taki przypadek spostrzegał autor po podaniu 5·9 gr. Arsacetyna więc nie przewyższa, a nawet nie dorównuje starej metodzie leczenia; jest jednak nabytkiem o tyle cennym, iż kiedy jodu i rtęci w pewnych przypadkach użyć nie można, arsacetyna przychodzi z pomocą. Dr H. L. Weber.

F. Pinkus. **Wpływ leczenia rtęcią na wagę ciała.** (Archiv f. Derm. u. Syph. T. 101, 1910). Nie wdając się w pytanie »dlaczego?«, stwierdza P. na podstawie badania 734 chorych (kobiet), iż pod wpływem leczenia rtęcią zmniejsza się waga ciała; na 100 bowiem chorych stwierdzono ubytek 18 klgr, porównawcze zaś badania na chorych, leżących w szpitalu w tych samych warunkach, nie leczonych jednak rtęcią, wykazują na 100 chorych przybytek 95 klgr. Nieznaczny ubytek ustępuje po zaprzestaniu leczenia w krótkim czasie szybkiemu i znacznemu przyrostowi wagi ciała, gdyż według statystyki przyrost ten wynosił średnio 4 klgr na jedną chorą w przeciągu kilkunastu dni. Dr H. L. Weber.

Bettmann. **Syphilis d'emblée.** (Archiv f. Derm. u. Syph. T. 100, 1910). B. przytacza w swej pracy szereg przypadków, poczerpniętych z piśmiennictwa i dwa spostrzegane przez siebie, gdzie mimo dokładnych badań nie można było wykryć stwardnienia pierwotnego, a wystąpiła u danych osobników wysypka i inne zmiany przyrody kiłowej. Na podstawie tych spostrzeżeń sądzi B., że» Syphilis d'emblée« istnieje rzeczywiście. Przyczyna, że zmiany pierwotnej w pewnych przypadkach wykryć nie udaje się, leży może w tem, że albo zmiana ta jest bardzo mała (mikroskopijna), albo tworzy się w głębi pod skórą, albo wreszcie, że krętki dostawszy się pod nabłonek, zostają natychmiast uniesione prądem krwi, czy limfy i znowu albo tworzą zmianę pierwotną n. p. w najbliższych gruczołach, albo krążąc we krwi, wywołują zmiany t. zw. drugorzędne bez zmiany pierwotnej. W przypadkach, opisanych przez B. gruczoły limfatyczne, albo były powiększone, albo też niezmienione; zmiany drugorzędne występowały średnio po 2—3 miesiącach od czasu przypuszczalnego zakażenia, w trzech tylko przypadkach zmiany te wystąpiły dziwnie wcześnie, bo po 37, 30, a nawet w jednym przypadku B. w 20-tym dniu po zakażeniu. Dr H. L. Weber.

Friedlaender. **Wartość próby Wassermanna dla rozpoznania kiły.** W. Fischer. **W sprawie próby Wassermanna.** (Arch. f. Derm. u. Syph. 1910, T. 100). Fr. przytacza w swojej pracy szereg tablic, mających wykazać, jak wielką wartość ma próba Wassermanna przy rozpoznawaniu kiły. I tak tablica I. wskazuje, iż na 448 chorych, zgłaszających się na klinikę (ambulatoryum 3-miesięczne kliniki Lassara), u których z jakiegokolwiek powodu przypuszczano wprawdzie kiłę, wywiady jednak i badanie chorego stanowczych dowodów kiły nie dostarczyły — w 34 przypadkach próba W. wypadła dodatnio. W tablicy II. przytacza Fr. szereg przypadków guzów, zmian podobnych do gruźliczych, blizn mało charakterystycznych i t. d., gdzie tylko na podstawie dodatniego wyniku próby W. można było kiłę rozpoznać. Wreszcie twierdzi Fr., że obecnie można już, badając surowicę w przypadku nie wykazującym zresztą żadnych zmian, odpowiedzieć na pytania, czy badany miał kiłę, lub nie, czy jest wyleczony, lub nie, czy może zarazić, czy może się żenić.

Mniej różowo zapatruje się na próbę W. Fischer, dochodząc na podstawie szeregu badań do następujących wniosków: 1) Próba W. ma w pewnych granicach wartość przy rozpoznawaniu kiły. 2) Zastosowanie jej jako wskaźnika w leczeniu, czy rokowaniu kiły jest, jak dotąd zupełnie illuzoryczne. Dr H. L. Weber.

Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

Wybitne zwolnienie gojenia się złamań kości spostrzegał Canal u zwierząt, którym przedtem usunął gruczoły przytarczyczne. (Gaz. d. Osp. 1909, Nr 93). A.

Tłuszczaka od mięsaka łatwo, podług Tansiniego, odróżnić po tem, że tłuszczak okazuje wybitne przeświecanie, podobnie jak torbiele i wodniaki. (Gaz. d. osp. Nr 89). A.

Skórę do operacyi odkaża Herff w następujący sposób: Bez poprzedniego mycia wytarcie miejsca operacyi i okolicy przez 5 minut aceton-alkoholem a potem wysmarowanie płynem: Benzoe. Res. Damar aa 10,0. Aeth. ad 100,0 z dodatkiem tymolu (0,5) lub 20% rozczynu alkoholowego jodu i jodku potasu. (Zblt. f. Chir. Nr 1). A.

Zmniejszenie krwotoku operacyjnego zwłaszcza przy operacyach na głowie i szyi stara się osiągnąć Anschütz przez wywołanie zastoju żylnego w kończynach. (Zblt. f. Chir. Nr 1). A.

Leczyć padaczkę poleca Birkner w ten sposób: po otwarciu czaszki zamiast wycięcia ośrodka, wywołującego drgawki, wykonuje B. jego miesienie palcem przez 3—5 minut, przez co wywołuje się, zdaniem B., zanik kory w tem miejscu (?). (Zblt. f. Chir. Nr 1). A.

Przy bolesnych cierpieniach stawowych poleca Cohen okłady z rozczynu siarkanu magnowego. (I. Am. Med. As. 1909, Nr 23). A.

W pijawkach wykazać można, według Steffenhagena i Andrejewa, wessane drobnoustroje nieraz i do 3 miesięcy. (Zjazd mikrobiolog. Berlin. Maj 1910). A.

Po wycięciu żebra z powodu ropniaka opłucnej radzi Beck (N. York) sączkować jamę gazą, a nie drenami, albowiem dreny nie zapobiegają rozkładaniu się wydzieliny i nie wyciągają tak doszczętnie wydzieliny jak gaza, lecz tylko ułatwiają mechanicznie odpływ ropy. (Rf. Münch. med. Woch. Nr 6). A.

Niepewne szwy po operacyi radzi König zabezpieczać przez pokrywanie linii szwów nieuszypułowanymi płatami, np. na brzuchu płatem okostnej z kości goleniowej, szwy pęcherza płatem z pochewki mięśnia prostego, szwy cewki kawałkiem żyły i t. p. (Deut. med. Woch. Nr 4). A.

Nadmanganianu potasu używa Blumm z dobrym skutkiem do leczenia jam ropni. Po nacięciu ropnia i wypuszczeniu ropy zasypuje całą jamę wspomnianym środ-

kiem. a na to leje rozcieńczony ocet drzewny. Wywiązuje się przytem tlen. Opatrunek po 24 godzinach; rana pokryto jest wtedy brunatnymi strzępami. Po wymyciu ich opatrunek zwykły. Gojenie bardzo szybkie. (Münch. med. Woch. Nr 6). A.

Przy uporczywej rwie kulszowej poleca Carnot założenie wyciągu tak, jak przy złamaniu uda. Obciążenie około 3 kg. Wyciąg z początku przez kilka dni zakłada się na stałe (chory leży), a potem przez dwa tygodnie tylko na noc. (Pres. med. 1909, Nr 55). A.

Przy krwawiączce dla przyspieszenia krzepnięcia krwi i możności wykonywania operacyi radzi Denk podawać przez kilka dni 3—6 grm mleczan wapniowy (calcium lacticum). Krzepnięcie, występujące później niż w 3 minuty uważać należy już za nieprawidłowe. (Tow. lek. Wiedeń, 18. II. 1910). A.

Przy znieczulaniu rdzeniowem stowainą dodaje Poenaru do stowainy 2 krople rozczynu: 15 kropli kupnej adrenaliny z jedną kroplą zgęszczonego kwasu mlecznego, a 2 cm³ płynu mózgowordzeniowego, albowiem przekonał się, że złe znieczulenia pochodzą ze stratów, jakie tworzy stowaina w alkalicznym płynie mózgowordzeniowym; należy też unikać tego przez zakwaszanie. (Wien. klin. Woch. Nr 6). K.

Utrata zębów ma podług Neunera ważny wpływ na zdatność do wojska. Zdatny jest jeszcze ten, który utracił kilka zębów, ale mówi wyraźnie i dobrze gryzie i trawi. Natomiast utrata 3 zębów siecznych koło siebie lub także kła, upośledza już bardzo mowę i człowiek taki zdatny jest jedynie do obrony krajowej. Stale zaś i zupełnie niezdatny jest człowiek, który utracił wiele zębów, trawi źle, lub też brakuje mu kilku zębów trzonowych, a przednie są w złym stanie. (Münch. med. Woch. Nr 9). A.

W czasie wojny oznacza się kolorowemi odznakami zranionych a to celem łatwego poznania po pierwszem zaopatrzeniu, czy zraniony ma lekką czy ciężką ranę i do jakiego rodzaju transportu się nadaje. Macpherson z Londynu, omawiając tę sprawę na międzynarodowym Zjeździe w Peszcie, zachęcał do zwołania międzynarodowej ankiety, którаby ustaliła znaczenie kolorów, dotąd bowiem kolory mają w różnych armiach różne znaczenie, co w razie wojny może dać powód do przykrych pomyłek, gdy np. nieprzyjaciel ma się opiekować zranionymi. A.

Przy przeroście sterczu, gdy chory na wycięcie gruczołu się nie zgadza, lub gdy z operacyą spieszyć się jeszcze nie należy, poleca Desnos leczenie zapomocą radu, który wprowadza się w zgłębniku na 20—120 minut. W ten sposób leczył D. 16 chorych i tylko u 3 nie uzyskał skutku. Gruczoł wprawdzie się przytem nie zmniejsza, ale jednak mięknie i przypadłości ustępują. (Assoc. franc. darol. 1909, 9. X.). A.

Przy leczeniu radem (maść radiolowa i proszek radiolowy, kompresy radiolowe, gaza radiolowa i wstrzykiwania wody emanowanej) otrzymał Caan w 50% złośliwych nowotworów, nie nadających się już do operacyi, wcale znaczną poprawę. (Beitr. z. klin. Chir. 65. III). K.

Zagajanie się przetok po operacyach pęcherza moczowego osiąga Burmeister przez zalepienie otworu dermagummitem i ceratką. (Beitr. z. klin. Chir. 65. III). K.

Uśpienie śródżylne podług Küttnera nie jest obojętne dla ustroju, bo w następstwie jego tworzą się nieraz zatory płucne. (Beitr. z. klin. Chir. 65. III). K.

Uśpienie śródżylne sposobem, podanym przez Burkharda, uważają Clairmont i Denk na podstawie tych doświadczeń na zwierzętach na razie za zanadto niebezpieczne. (Wien. klin. Woch. Nr 8). K.

Atypowe bujanie nabłonka wywołują (prócz czerwieni szkarłatowej), podług Meyera, także wstrzykiwania pod ciśnieniem parafiny, sadzy i t. p. (Ziegl. Beitr. z. path. A. 46. III). A.

Zwężenie międzyżebrzy po stronie lewej występuje podług Przewalskiego często przy raku przełyku, a po stronie prawej, przy raku żołądka, co promieniami Röntgena stwierdzić można. (Forts. md. Geb. d. Rönt. XIV. 3). A.

Nad mięszanem uśpieniem przeprowadzał badania Madelung i przekonał się, że przy poprzedniem wstrzyknięciu morfiny i skopolaminy oszczędza się bardzo chloroformu, eteru, gazu rozweselającego, natomiast przy stosowaniu uśpień eterem i chloroformem nie zyskuje się nic na ilości zużytych środków usypiających. (Arch. für exp. Pathol. u. Pharm. 62. V.). A.

Wskazania do leczenia radem są podług Eichholza następujące: 1) przewlekłe sprawy zapalne, gośćcowe i dnawe kości i stawów, wysięki i nerwobole, 2) zołzy, krzywica, gruźlica, blednica, niedokrwistość, cukrzyca, stwardnienie tętnic, 3) nieżyty błon śluzowych, 4) nowotwory, 5) choroby skórne, 6) osłabienia starcze. Przeciwwskazania: ostre choroby, ciąża, zapalenie nerek, krwotoki, wrzód żołądka i t. p. Podczas leczenia trzeba często badać mocz co do białka. (Berlin. klin. Wochs. Nr 23). A.

Uśpienie ogólne od strony odbytnicy poleca bardzo Dumont. Jest ono bardzo dogodnem, a nie niebezpieczne, jeżeli zachowuje się przytem pewne ostrożności. Używa się do tego cierpienia eteru i to jedynie par eterowych, a więc usypia się zapomocą przyrządu, który zabiera wszystek kondensacyjny eter, n. p. Dudley Buxtona. Uśpienie zaczyna się zwykle drogami oddechowemi, a potem przechodzi do uśpienia od strony odbytnicy. Uśpienie to jest oczywiście przeciwwskazanem przy cierpieniach kiszek. (Zblt. f. Chir. Nr 42, 1909). A.

Przy wielkich przepuklinach brzusznych w bliznach po operacyi radzi Grekow wszczepiać w ubytki mięśnie, n. p. krawiecki. G. wykonał to nawet w jednym przypadku obustronnie. (A. f. kl. Chir. 91. IV.). K.

Celem leczenia żylaków poleca Scharff wstrzykiwać w nie rozczyn sublimatu 3—5 ‰. (Berl. klin. Wochs. 13). A.

Wysięki i przesięki, wytwarzające się w doświadczeniach po stosowaniu różnych drażniących środków można podług Chariego i Januschka wstrzymać w rozwoju przez równoczesne podskórne wprowadzanie soli potasowych. (Wiener klin. Wochs. Nr 12). A.

Opadnięcie odbytnicy leczy Beresnegowsky w ten sposób, że z mięśnia pośladkowego wielkiego tworzy z obu stron płaty, które łączy koło odbytu. (Arch. f. kl. Chir. 91. III.). K.

Przy porażeniach dolnej gałązki nerwu twarzowego, lub też i całego nerwu, gdzie plastyka i połączenie nerwu twarzowego z innym nie daje wyniku, poleca Jianu za radą Jonescu wszycie części mięśnia mostkowo-obojczykowego, cw. żwacza (mosseter) do kąta ust. (D. Zft. für Chir. 102). A.

Do operacyi na nerce nacina Eckehorn jedynie skórę, a dalej posuwa się już na tępo w głąb, przez co nie potrzeba zupełnie podwiązek. (Hygiea. V. 1909). A.

Mięsaki, nie nadające się do operacyi, leczy Coley zapomocą wstrzykiwań naprzemian w guz i śródmięśniowo toksyn drobnoustrojów, zwłaszcza paciorkowców róży i prątka krwawego. C. jednak radzi postępować bardzo ostrożnie, bo zdarzają się zejścia śmiertelne bezpośrednio w następstwie tego leczenia. Opierają się temu leczeniu zupełnie mięsaki barwikowe. (The Pract. XI. 1909). A.

Do odkażania skóry poleca Zabłudowski 5% rozczyn tanniny w alkoholu (95%), którym myje się ręce przez 2 minuty. (Zblt. f, Chir. 8). K.

Odkażanie rąk jedynie zapomocą 5-minutowego wycierania ich wacikami, zmaczanemi w silnym wyskoku, polecają Kutscher, Loew, Grekow i t. p. Celem ochronienia skóry należy po operacyach wysmarować ręce gliceryną. K.

Odkażanie skóry nalewką jodową znajduje coraz więcej zwolenników. Poleca ją też Unger, przekonawszy się o jej skuteczności na wielkim materyale operacyjnym. (Berl. klin. Wochs. Nr 22). K.

Przy opatrywaniu raka macicy, nie nadającego się do operacyi, poleca Boesch w miejsce mocno gryzącego chlorku cynku gazę cynkopirynową Knolla, zakładaną na 12—24 godzin. (Kor. f. Sch. A. Nr 3). A

Przy wrzodach rentgenowskich, nie chcących się goić, dobre usługi podług Savilla oddaje operacya Hiltona, polegająca na przecięciu nerwów, biegnących do okolicy chorej zapomocą dwóch cięć półkolistych, z których jedno biegnie nad wrzodem, a drugie przez wrzód. Cięcia te tamponuje się potem gazą. Bol ustępuje zaraz po zabiegu i gojenie się postępuje raźno. (Lancet 18. XII.). A.

Zapobiegawczo przeciw zakażeniu kiłą polecają Neisser i Siebert następującą maść: »Rp. Sublimat. 0,3, Natr. chlorat. 1,0, Tragacant. 2,0, Amyl. 4,0, Gelatin. 0,7. Alcohol. 25,0, Glycerin. 17,0, Aq. destil. ad 100,0. (Jahreskurse f. arztl. Fortbildunng Nr 4). A,

Krem alsolowy poleca Lewitt przy wielu cierpieniach skórnych, zwłaszcza swędzących. (Ther. d. Geg. II.). A.

Przy ciężkim krztuścu polecają Weil i Mouriquand wdychiwania tlenu, które mają zapobiegać zapaleniu płuc, a w razie jego wybuchu skracać przebieg. (Presse med. 27. XI. 1909). A.

Przyrządy „glaseptic“ do rozpylań leków, zwłaszcza w laryngo- i rynologii, odznaczają się tem, że są całe ze szkła, przez co dają się dokładnie odkażać, a ze względu na małe rozmiary można je nosić przy sobie (firma Parke, Davis-Londyn). A.

Ułożenie na brzuchu poleca Bossi do leczenia przejściowych białkomoczów w ciąży, które zdaje się, biorą początek z ucisku z jednej strony macicy, a z drugiej kręgosłupa (lordosis) na moczowody i naczynia nerkowe. Przy ułożeniu na brzuchu znika ten ucisk, a przez to i białko z moczu. (Zblt. f. Gyn. 1910, 308). A.

„Eumictine“. Zachwalana w »Therapeutische Monatsberichte«, jako lek przeciwwiórowy moczopędny, a mająca rzekomo zawierać santatol, salol i heksametylentetraminę zawiera podług badań Sugvera trochę tylko salolu, olejek santałowy w lichym gatunku, a zupełnie nie zawiera urotropiny. X.

Wrodzony brak główek kości łokciowej u robotnika, który doznał w tej okolicy urazu, uznali lekarze za złamanie główki, bo obraz był rzeczywiście łudzący i dopiero zapomocą promieni Röntgena stwierdził Hofman, że chodzi tu o wadę wrodzoną. Dowodzi to, jak potrzebne są nieraz promienie rentgenowskie, zwłaszcza przy orzeczeniach o uszkodzeniach wskutek wypadku, gdzie chorzy rozmyślnie podają nieraz fałszywe wywiady. (Med. Klinik, Nr 26). K.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Sekcya neurologiczno-psychiatryczna.

Posiedzenie z d. 13. lipca 1909 r.

(Sala szpitala małż. Poznańskich).

(Ciąg dalszy).

2. Kol. Kopciński przedstawia przypadek **okresowej psychozy**, z ruchami samorodnymi, trudnymi do określenia.

H. K., dziewczyna 17-letnia. Dwoje jej rodzeństwa umarło w wieku dziecięcym, jak się wyrażają rodzice, »na głowę«; jedno z nich — w drgawkach. Chora do 7 lat rozwijała się prawidłowo, chodziła do szkoły, umiała czytać i pisać. W 9. roku chora zaczęła krzyczeć po nocach, widziała ogień, mówiła, że jej chcą poucinać palce. Po jakimś czasie zrobiła się bardzo cicha, nie chciała mówić, przyjmować pokarmów. Stan depresyi przeszedł znów w silne podniecenie: chora biła otaczających, darła ubranie. Od tego czasu stany podniecenia i depresyi zmieniają się ciągle, trwając po parę miesięcy. Po przybyciu do Kochanówki od dnia 16. I. do 25. I. r. b. była chora podniecona: skakała po łóżku, przybierała rozmaite nienaturalne postawy: chowała głowę między nogi, leżała długi czas, wsparta na kolanach i łokciach. Na pytania nie odpowiadała; nie oryentuje się w otoczeniu. 25. I. podniecenie zaczęło się zmniejszać, a 15. II. chora jest zupełnie spokojna. Na pytania jednak nie odpowiada, wymienia jedynie swoje imię. Względem otoczenia zupełnie obojętna. W końcu marca chora, będąc dalej zupełnie spokojna, zaczęła się trochę interesować tem, co się koło niej dzieje: wita się z lekarzem, siadając na łóżku, kiedy ten przychodzi i podaje mu rękę; spełnia wszystko, czego od niej zażądają. Na pytania odpowiada twierdzącym lub przeczącym ruchem głowy. W maju udaje się z chorej wydobywać po parę wyrazów; odpowiada, ale zawsze jednem słowem i po namyśle. Stan umysłowy odpowiada, o ile sądzić można z badania chorej, która prawie nic nie mówi, umysłowi 6—7-letniego dziecka.

Z chwilą, kiedy chora zaczęła się uspokajać, zauważyliśmy u niej ciągłe ruchy samorodne: kręci głową, jedną stopę zakłada za drugą; palce u rąk i nóg — w ciągłym ruchu: kiedy jeden się wyprostowywa, drugi się kurczy; przytem chora często mruży oczy, ziewa lub uśmiecha się. Być może, iż ruchy te były i wtedy, kiedy chora była niespokojna, bliżej ich jednak nie spostrzegano, wszystko bowiem składało się wtedy na karb podniecenia — zresztą i obserwacya była utrudniona. Określić, do jakich ruchów wyżej opisane należy zaliczyć — nie podejmuję się: miały one pewne cechy podobne i do ruchów pląsawiczych i do atetozy i »tic«, jednak tylko pewne cechy i ani do tych ani do owych zaliczyć ich nie było można. Obecnie spostrzegamy u chorej zaledwie nieznaczne ich resztki.

Zwraca uwagę ułożenie ciała i chód chorej: ramiona wysunięte naprzód, nogi rozstawione; chodzi również z rozstawionemi nogami powoli i ciężko, kołysząc się z boku na bok. Należy zaznaczyć, że odruchy kolanowe u chorej przez dłuższy czas (około $1\frac{1}{2}$ miesiąca) były zniesione. Poza tem ze strony somatycznej i układu nerwowego nic osobliwego nie spostrzegaliśmy.

Na pierwszy rzut oka chora może sprawiać wrażenie idyotki. Jednakże prawidłowy rozwój do 8-go roku życia i obecny stan jej umysłu przy dokładniejszem zapoznaniu się z jej inteligencyą zdają się wyłączać to rozpoznanie. Zmiana stanów podniecenia i depresyi czyniłaby najprostszem przypuszczenie psychozy maniakalno-depresyjnej, przy której pewną prostotę objawów tłumaczyłby doskonale wiek dziecinny chorej. Pozostają jednak niewytłómaczone ruchy samorodne i znikanie odruchów ścięgnistych. Jeżeli skojarzymy z ruchami, spostrzeganymi u chorej, pewne właściwości samej psychozy, a mianowicie: zastraszające omamy, a szczególnie widzenia ognia, dezoryentacyę w czasie podniecenia i stan depresyi więcej z charakterem osłupienia (stupor) niż właściwej depresyi — to możemy przypuścić u naszej chorej psychozę pląsawiczą. Wollenberg opisuje 8 przypadków psychoz pląsawiczych z podobnymi objawami psychicznymi. Znikanie odruchów kolanowych byłoby przy takiem przypuszczeniu także zrozumiałe. Rozumie się, że rozpoznanie takie uczynić można tylko jako przypuszczenie, ponieważ ruchy samorodne nie są charakterystyczne i nie były spostrzegane przez cały okres podniecenia — nie wiadomo, czy się wtedy wzmagały i jaki miały charakter. (Streszczenie własne).

Dyskusya. Kol. Klozenberg zauważa, że z opisu i z tego, co można obecnie u chorej zauważyć, ruchy przypominałyby raczej »tic convulsif.« — Kol. Pański. Ruchy chorej nie przypominają pląsawiczych. Czem wytłumaczyć

brak przez pewien czas odruchów kolanowych u chorej?— Kol. Chodźko. Obecne ruchy są bardzo małe. Wogóle podczas całego pobytu w szpitalu ruchy nie odpowiadały żadnym ze znanych charakterystycznych ruchów samorodnych. — Kol. Klozenberg. Czy nie można tutaj rozpoznawać »maladie de tic«, która ma wszak również równoważnik psychiczny. — Kol. Chodźko obserwując chorą przez cały czas w szpitalu, nie zauważył przymusowych ruchów. Psychoza przy »tic convulsif« ma inny charakter: nie spostrzegaliśmy nigdy u chorej objawów koprolalii. — Kol. Kopciński zaznacza, że co się tyczy odruchów kolanowych, to znikanie ich przy pląsawicy podawane jest w piśmiennictwie (Fleury, Oppenheim).

3. Kol. Pański przedstawia przypadek do rozpoznania: **Lues spinalis, gumma. Sclerosis disseminata. Myelitis acuta e causa ignota.**

Dziewica 20 l. Przedtem zawsze zdrowa. Od kilku dni bole w kończynach dolnych i krzyżu, utrudnione chodzenie, stan gorączkowy. Po paru dniach zupełne porażenie poprzeczne dolnych kończyn i porażenie lewej kończyny górnej, bardzo silne bóle krzyża i kończyn dolnych, drętwienie w lewej dłoni. Zatrzymanie moczu i stolca. Badanie wykazuje: zaburzenia czucia — bolu — i ciepła bardzo wyraźne na lewej kończynie dolnej poniżej kolana; dotykowe — aż do linii pępkowej. Odruchy kolanowe i Achillesa silnie wzmożone, obustronne drganie stopy (Fussclonus), obustronny objaw Babińskiego i Oppenheima z wachlarzowem rozstawieniem 2 ostatnich palców. W lewej kończynie górnej siła mięśniowa o wiele słabsza, niż w prawej, wszystkie jednakże ruchy — możliwe. Zaburzeń czuciowych w kończynie tej brak. Odruch m. trójgłowego silnie wzmożony w porównaniu ze stroną prawą. Siedzieć o własnej sile chora nie może. Ze strony nerwów czaszkowych niema zmian żadnych. Źrenice oddziaływują na światło i akomodacyę; tarcze nerwów wzrokowych prawidłowe. Mowa wyraźna. Język nie zbacza. Oddawanie moczu odbywa się tylko zapomocą cewnika. Stolce — po lawatywie. Bole ustępują po morfinie. Kręgosłup przy opukiwaniu bolesny, przeważnie w części grzbietowej górnej. W prawej kończynie górnej nieznaczne drżenie przy doprowadzaniu palca do nosa. KI i leczenie swoiste. Po tygodniu: bole znacznie mniejsze; chora unosi wyżej prawą kończynę dolną ku górze, niż lewą; mocz oddaje bez cewnika.

Po 3 tygodniach zaburzeń czucia prawie niema, bolów niema; chora podtrzymywana chodzi po sali, w łóżku swobodnie siedzi; lewą kończyną górną porusza swobodniej. Drganie stóp (Fussclonus), objawy Babińskiego i Oppenheima wyraźne. Oddawanie moczu swobodne. Bolesności kręgosłupa przy ucisku niema.

Prawie nagłe powstanie organicznego cierpienia rdzenia u osoby zupełnie zdrowej, nie mającej żadnych śladów kiły (virgo intacta), przemawiałoby za ostrem zapaleniem rdzenia; wystąpienie potem niedowładu lewej kończyny górnej świadczy o istnieniu drugiego ogniska. Przebieg, wiodący do zejścia pomyślnego, nie może być zależny od leczenia swoistego, poprawa bowiem była stwierdzona po pierwszem wcieraniu. Może dalszy przebieg ułatwi rozpoznanie. (Streszczenie własne).

Dyskusya. Kol. Klozenberg: W danym przypadku możnaby przypuszczać stwardnienie rozsiane. — Kol. Chodźko zgadza się, że można uczynić jakie przypuszczenie, ale jak wtedy wytłómaczyć bole u chorej? — Kol. Pański zwraca uwagę, że sprawa wystąpiła dosyć gwałtownie. (Dok. n.).

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Przeciw nadużywaniu środka Ehrlicha przez niektórych lekarzy (Preparat »606«).

Wydział Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej na posiedzeniu w dniu 13. b. m. zajmował się sprawą reklamowania nowego środka Prof. Ehrlicha »606« i uznał, że o środku tym, jak o każdym nowym, a silnie działającym leku wydać fachową, bezstronną opinię, opartą na szerokiem doświadczeniu i naukowem badaniu powołane są w pierwszym rzędzie zakłady lecznicze, t. j. kliniki uniwersyteckie i szpitale. Reklamowanie zatem tego środka w pismach codziennych przed wydaniem takiej fachowej opinii uważać musi Izba lekarska za niewłaściwe, mogące narazić chorych na nieobliczalne następstwa. Izba musi wyrazić swoje zdziwienie, że odkrywca nowego środka nie dostarczył go klinikom i szpitalom do wypróbowania naukowego mimo usilnych o to starań, a uważa za nieodpowiednie, że użyczył zapasów jego kilku lekarzom prywatnym, dając im przez to sposobność do wyzyskania tej okoliczności dla celów własnej reklamy i możliwego wyzysku chorych. Doszło bowiem do wiadomości Izby, że za prosty zabieg wstrzyknięcia tego środka niektórzy lekarze, cieszący się chwilowym monopolem w stosowaniu tego leku, wyzyskując tę sytuacyę, mieli pobierać po kilkaset koron.

Izba lekarska zwraca uwagę publiczności interesowanej, że już po kilku tygodniach środek Ehrlicha »606« będzie w powszechnym obrocie handlowym i że do tej pory wskazania lecznicze dla tego środka dokładniej będą ustalone, a potrzebujący jego zastosowania uzyskają tę pomoc lekarską albo bezpłatnie w publicznych zakładach leczniczych, albo za stosunkowo niewielkiem wynagrodzeniem u lekarzy prywatnych, chorzy zaś na tej nieznacznej zwłoce żadnej szkody dla swego zdrowia nie poniosą.

Z tych powodów zwraca się Izba lekarska z apelem do prasy krajowej, aby przez użyczanie łamów dla autoreklamy poszczególnych lekarzy nie przyczyniała się w ten sposób do zbytecznego zaniepokojenia chorych.

Wydział Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej.

Dr Festenburg.

Do Związku krajowego lekarzy przystąpili: z Białej: Drowie F. Czyżyk, Karol Dworzański, Rudolf Gerber, Antoni Juras, Eugeniusz Kapelusz, Maciej Kwieciński, Alfred Steuer; z Rajczy: chir. Dr Klein; z Krakowa: Drowie Edmund Majewicz, Józef Nüssendorf, Mieczysław Warzeszkiewicz; z Dąbrowy: Dr Abraham Millet; ze Lwowa: Dr Wolf Gemeiner; z Marienbadu: Dr St. Benedykt Kwiatkowski; z Przemyśla: chir. Joachim Thalheim: ze Stanisławowa: Dr Edward Ehrenpreis; z Turki: Dr Jan Ozga. W.

Cholera w Rosyi. W ciągu tygodnia od 14—20 sierpnia zachorowało w Rosyi na cholerę osób 16106, zmarło 7743; w poprzednim tygodniu 30610 (13674); od początku epidemii było przypadków cholery 134163 (60396).

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 11. IX. do 17. IX. 1910 zgłoszono przypadków: błonicy 16 † — (w tem obcych 5 † —), krztuśca 11 † 1, ospy wietrznej 2, płonicy 9 † — (1 † —), odry 3, duru brzusznego 7 † 3 (3 † 1), czerwonki 3 † 2 (1 † 1), róży 1. Dr Janiszewski.

Krajowy Zjazd balneologiczny we Lwowie

w listopadzie 1910.

W chwili, gdy cały kraj rozbrzmiewa hasłem uprzemysłowienia naszego społeczeństwa i ekonomicznego dźwignięcia kraju w ten sposób, postanowiło także Towarzystwo lekarskie lwowskie przystąpić do tej ogólnej akcyi i na posiedzeniu z 10. grudnia 1909 powołało napowrót do życia komisyę przemysłowo-lekarską. Komisya ta po ukonstytuowaniu się ułożyła regulamin dla swego działania i objęła ramami tegoż nietylko sprawę popierania przemysłu krajowego, o ile on stoi w łączności z lecznictwem i higieną, lecz także i pieczę o zdrojowiska i uzdrowiska nasze, jako bardzo ważne, a niestety tak zapoznane gałęzie przemysłu krajowego.

Na tej podstawie zajmowała się komisya przemysłowo-lekarska Towarzystwa lekarskiego lwowskiego na szeregu swych posiedzeń sprawami tych zakładów leczniczych i powzięła przekonanie, że zdroje nasze i uzdrowiska reprezentują ogromny kapitał komercyalny, dotąd bardzo słabo wyzyskany i że pod względem bogactwa leczniczego górują one nad wieloma zdrojowiskami światowemi, a co najmniej im wyrównują.

Mimoto miliony koron rocznie wywozi się z kraju do zdrojowisk obcych, gdyż nasze cierpią niestety na bardzo wielkie

niedomagania i to natury zasadniczej, do których usunięcia konieczną jest akcya zbiorowa w ścisłem tego słowa znaczeniu. — Niedomagania te są dwojakiego rodzaju, a mianowicie w kierunku naukowo-leczniczym i ekonomiczno-gospodarczym.

O ile poprawa tych stosunków pod względem naukowo-leczniczym leży w zakresie działania polskiego Towarzystwa balneologicznego, jako jedynej polskiej instytucyi zawodowej, o tyle w dziedzinie ekonomiczno-gospodarczej, zdaniem pomienionej komisyi, powinien się zająć poprawą stosunków Związek krajowych zdrojowisk i uzdrowisk, do którego założenia należałoby usilnie dążyć.

W tym celu postanowiła komisya przemysłowo-lekarska Towarzystwa lekarskiego lwowskiego zebrać odpowiednie materyały do przygotowania tej sprawy przez zwołanie w listopadzie b. r. do Lwowa zjazdu wszystkich w rozwoju naszych zdrojowisk i uzdrowisk interesowanych czynników, a więc lekarzy, właścicieli i zarządców zakładów zdrojowych i klimatycznych, właścicieli will, hoteli i t. p. przedsiębiorstw zdrojowych. Na zjeździe tym dążyć się będzie do powzięcia uchwał, któreby stanowiły dyrektywę dla dalszych prac w tym kierunku i do utworzenia Związku, o którym wyżej wspomniano.

Zjazd ten odbędzie się we Lwowie w dniach 12. i 13. listopada b. r. i zapowiada się nadzwyczajnie celowo, albowiem opracowania poszczególnych referatów, wyczerpujących wszystkie potrzeby zdrojownictwa krajowego, podjęli się pierwszorzędni znawcy tych stosunków w kraju.

Spis referatów i ich referentów będziemy mogli niebawem podać do publicznej wiadomości.

Dr Krzyżanowski, przewodniczący komisyi przemysłowo-lekarskiej Towarzystwa lekarzy lwowskich. Lwów, departament sanitarny namiestnictwa.

Wiadomości bieżące.

Dobre stanowisko dla lekarza z dyplomem austryackim, Polaka, katolika, władającego cokolwiek językiem niemieckim, jest zaraz do objęcia na kresach zachodnich (dochód stały 3.700 kor., oprócz tego z praktyki 4—5 tysięcy koron). Informacyi udziela Redakcya »Przeglądu lekarskiego« (Prof. Krzyształowicz, Basztowa 6).

Kraków. Dla krajowego szpitala św. Łazarza rozpoczął się pożądany i oczekiwany oddawna okres przebudowy, w którym, jak spodziewać się można, stanie szpital stopniowo na poziomie, odpowiadającym nowoczesnym wymaganiom nauki i humanitaryzmu. Donosiliśmy już, że przekształcenie i rozszerzenie pawilonu chirurgicznego jest w pełnym toku; obecnie, jak słychać, są wypracowywane szczegółowe plany i kosztorysy rekonstrukcyi pawilonów dla chorób wewnętrznych, oraz uznana została potrzeba przeistoczenia budynku administracyjnego; nadto ma być ostatecznie rozpatrzona sprawa oświetlenia elektrycznego pawilonu zakaźnego i t. d. Sprzęty i bielizna szpitalna mają być w ciągu kilku najbliższych lat odpowiednio uzupełnione. Należy mieć nadzieję, że w ślad za temi inwestycyami, niewątpliwie pozostającemi w związku z ostatnią inspekcyą szpitala, pójdą dalsze, a wśród nich w pierwszym rzędzie rozwiązanie piekącej sprawy oddziału położniczego. Doprowadzeniem szpitala krakowskiego do takiego stanu, jakiego wymagać należy od zakładu w mieście uniwersyteckiem, zdobyliby sobie obecny dyrektor szpitala i inspektor szpitali krajowych wielką zasługę.

— Wakuje posada asystenta przy Zakładzie weterynaryjno-mikrobiologicznym Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie. O posadę tę ubiegać się mogą lekarze; pożądane jest obycie z bakteryologią. Zgłaszać się należy do Dziekanatu lek. U. J., lub do Dyrektora Zakładu, Prof. Juliana Nowaka.

Warszawa. W sprawie okólnika, określającego wykonanie badań pośmiertnych w szpitalach warszawskich, dodaje obecnie »Gaz. lek.«, że w Królestwie polskiem obowiązuje ustawa szpitalna z r. 1842, dotąd nie zniesiona, której § 219 brzmi: »W każdym przypadku, gdzie oczekiwaną być może korzyść naukowa, sekcya patologiczna zaniechaną być nie powinna, również jak w każdym przypadku, gdy lekarz naczelny uzna tego potrzebę«.

Łódź. Towarzystwo lekarskie łódzkie, z okazyi 25-lecia swego istnienia zwołuje w roku 1911 zjazd Towarzystw prowincyonalnych lekarskich. Zjazd odbędzie się w Zielone Święta i trwać będzie dwa dni. Na ten zjazd otrzymano już pozwolenie władzy. Wybrana z łona członków Towarzystwa komisya przedstawi wkrótce zebraniu ogólnemu tegoż Towarzystwa plan ogólny działań przyszłego zjazdu.

Z różnych stron. Katedrę medycyny socyalnej, pierwszą w Austryi, objął Prof. Sternberg w Wiedniu. X.

— Dla członków międzynarodowego kongresu gynekologów w Rosyi mają być zniesione przepisy paszportowe na czas kongresu, tj. do przejazdu przez granicę wystarczy karta uczestnictwa. X.

— Z powodu braku lekarzy, komisya walki z dżumą pozwoliła, aby do Nowego Roku 1911 instytucye rządowe i społeczne powierzały odnośne posady lekarzom zagranicznym, żądając od nich świadectwa o zdaniu egzaminu państwowego lub też pełnienia przynajmniej w ciągu dwu lat obowiązków w zakładach lecznic̄zych. (Gaz. lek.).

— II. międzynarodowa konferencya w sprawie raka odbędzie się w Paryżu od 1—5 października b. r.; przewodniczyć ma Prof. Czerny z Heidelbergu.

— Na instytut Pasteura w Paryżu, ofiarowała wdowa po markizie d'Oorvault milion franków. X.

— Do międzynarodowego związku Czerwonego krzyża przystąpiły nareszcie i Chiny. Główny zarząd mieścić się będzie w Pekinie, a w portach Chin będą oddziały.

Mianowani: Dr Pregl, profesor chemii w Gracu, profesorem chemii lek. w Insbruku; Doc. Kummer profesorem patologii zewn. i medyc. operac. w Genewie; Dr Baiardi profesorem okulistyki w Genui; Dr Fenwich profesorem urologii w Londynie, Dr Donaggio profesorem neuropatologii w Messynie.

Zmarli: Dr Zdenko Skraup, prof. chemii, w Wiedniu.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Rok XLIX. Kraków, dnia 1. października 1910. Nr 40.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z kliniki chirurgicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego.
(Dyrektor Prof. Dr B. Kader).

W sprawie operacyjnego otwierania wyrostka sutkowego i ucha środkowego

napisał

Dr Z. Radliński,
pierwszy asystent kliniki.

(Dokończenie).

Jak wiadomo skrzep w zatoce esowatej odgrywa bardzo ważną rolę w powstawaniu jednego z najcięższych powikłań, zdarzających się w zaniedbanych przypadkach, mianowicie ropnicy pochodzenia usznego.

Czy zatoka jest drożną, czy też zaczopowaną? W razie jeżeli jest zaczopowaną, to przy istnieniu objawów rozpoczynającej się ropnicy nie możemy nigdy liczyć na to, by zakrzep był jałowym (Grunert — Gerber) i zaczopowaną zatokę uważamy za zakażoną. Rozpoznanie drożności lub zaczopowania zatoki przedstawia nieraz poważne trudności. Podano tu cały szereg sposobów rozpoznawczych, żaden z nich jednak zupełnie pewnym nie jest. Ściana zatoki błękitnawo przeświecająca i tętniąca w znaczeniu t. zw. »ujemnego tętna żylnego«, współczesnego z ruchami oddechowymi, wskazuje wprawdzie na drożność zatoki w całości, nie wyłącza jednak istnienia zakrzepu przyściennego. W tych przypadkach wątpliwości muszą na razie pozostać nierozstrzygnięte, takiej zatoki nie otwieramy i wyczekujemy dalszego przebiegu. Natomiast nieruchomość ściany zatoki i zmiana barwy z błękitnej na żółtawą lub szarawą mogą powstać przez istnienie ropnia w rowku esowatym bez zaczopowania zatoki, a tylko w skutek zgrubienia i pokrycia ziarniną jej ścian; jest to jednak objaw już bardzo podejrzany. W tych razach można, wyzyskując pomysł bezkrwawego otwierania zatoki esowatej E. Meyera (Ostmann), spróbować przekonać się o drożności zatoki w sposób następujący. Pomiędzy kość a ścianę zatoki u dołu (ku żyle szyjnej) wprowadza się tamponik z gazy, zaciskający zatokę. Następnie ostrożnie posuwając wzdłuż ściany zatoki tampon z gazy wyciskamy z niej krew ku górze. Należy to robić bardzo delikatnie, aby nie oderwać od ściany zatoki, wzgl. nie uruchomić zakażonych skrzepów. Po wyciśnięciu krwi między ścianę zatoki i kość wprowadzamy drugi tamponik. W ten sposób otrzymujemy opróżniony odcinek zatoki pomiędzy tamponami. Jeżeli teraz szybko usuniemy górny tamponik i spostrzeżemy ruch fali płynu, przebiegającej w dół ku dolnemu zatkaniu, — możemy przypuszczać drożność zatoki. Wykonanie tej próby ułatwić może ustawienie głowy w ten sposób, aby przy skręceniu jej na bok operowany wyrostek sutkowy stanął nad stawem mostkowo-obojczykowym (Mann-Ostmann). Przy tem bowiem położeniu głowy najwyraźniej występuje tętnienie zatoki esowatej.

Niejednokrotnie z powodzeniem stosowaliśmy sposób polegający na posuwaniu grubego zgłębnika gałkowatego przy lekkim ucisku wzdłuż ściany zatoki. Wyczuwana przy tem podatność ściany zatoki i powstające tylko pod główką zgłębnika zagłębienie przemawia za drożnością zatoki, a natomiast mała podatność i zagłębienie się pod uciskiem szerszego lejka opony w głąb świadczą o zaczopowaniu. Niezupełnie pewny jest również wynik nakłucia próbnego strzykawką, a stanowi ono, — bądź co bądź, pewne niebezpieczeństwo zakażenia, ponieważ igłę strzykawki wprowadzamy zawsze od strony zakażonego otoczenia, a nakłuwana zatoka może być niezakażoną i drożną. Nakłucie robić należy możliwie cienką igłą, w kierunku prądu krwi i możliwie równolegle do osi zatoki, aby nie wywołać wirów i nie przebić jej ściany przyśrodkowej. Otrzymujemy z nakłucia albo ropę wzgl. posokę, albo krew, albo nie otrzymujemy nic. Pierwszy wynik jest pewny i wskazuje wprost na potrzebę otwarcia zatoki, — drugi i trzeci w dalszym ciągu nietylko co do jakości zakrzepu, ale nawet co do jego stosunku do drożności zatoki nie daje wyraźnej wskazówki. O ile bowiem otrzymamy krew, może mimo to w zatoce się znajdować rozpadający się skrzep przyścienny, któryśmy igłą przebili i poza niego przeszli. O ile nie otrzymujemy nic, może zatoka mimo to być niezupełnie zaczopowaną, a tylko koniec igły utkwił w skrzepie przyściennym. Być może, że byłoby tu dogodne stosowanie do nakłucia próbnego nie zwykłej strzykawki Pravaza, wymagającej pociągania za tłok dla wywołania aspiracyi, ale takiej odmiany strzykawki, która ma urządzenie do utrzymania w cylindrze stałego ciśnienia ujemnego i która w tym dopiero stale ssącym stanie wprowadzona w głąb, aspiruje, jak tylko natrafi na płynną zawartość. Pomysł takiej strzykawki ogłoszony został w Ctb. für Chir. r. 1908 Nr. 18 przez Neuhausa, a już dawniej wyrabiał takie strzykawki Collin. Na ogół, nakłucie próbne pozostaje względnie niewinnym, i lepszym od innych sposobem rozpoznawczym.

Stwierdziwszy skrzep wzgl. ropę musimy je usunąć. Jest to wskazanie życiowe. Należy jednak pamiętać o tem, że przytem możemy spowodować oderwanie się skrzepu i porwanie go z prądem krwi ze wszystkiemi zgubnemi następstwami. Wiemy, że zakażone skrzepy w żyłach ulegają prawie zawsze rozpadowi ropnemu przedewszystkiem w częściach środkowych; na końcach są zawsze nawarstwienia świeże, do czasu zwykle niezakażone i na uwzględnieniu tego faktu opiera się całe dalsze postępowanie. Przedewszystkiem staramy się zapobiedz przedostaniu się skrzepu do krwiobiegu. Zaufal zaproponował w tym celu już w r. 1880 podwiązanie żyły szyjnej.

Przeglądając piśmiennictwo odnośne otrzymuje się wrażenie, że chirurdzy i otyatrzy do dnia dzisiejszego nie byli w stanie rozstrzygnąć sprawy skuteczności tego zabiegu i należy stwierdzić, że podwiązanie żyły szyjnej nie spełniło na ogół nadziei w niem pokładanych.

Ze stanowiska zasadniczego musimy jednak uznać racyonalność metody Zaufala. Wyniki niepomyślne przynajmniej w pewnej części przypadków pochodzą stąd, że stosuje się ją w przypadkach bardzo ciężkich i przeważnie za późno.

Statystyka Körnera, obejmująca 308 przypadków zakrzepów w zatoce esowatej, nie wykazuje poprawy wyników po zastosowaniu podwiązania żyły szyjnej; liczba wyzdrowień w przypadkach bez podwiązania wynosiła 58%, z podwiązaniem 55 — 59%. Można więc zaledwie powiedzieć, że podwiązanie żyły szyjnej pozwoliło te przypadki gdzie je stosowano, utrzymać na jednym poziomie z tymi, gdzie nie uznano za potrzebne żyły podwiązywać.

O ile szerzeniu się zakażenia ku ogólnemu krążeniu podwiązanie żyły stawia zaporę, o tyle z góry można przypuszczać, że nie zapobiega ono, a w pewnych przypadkach może i sprzyja powstawaniu zakażonego zakrzepu pomiędzy zatoką esowatą a miejscem podwiązanem[1]). Na przestrzeni tej wpada do zatoki esowatej w dolnym jej końcu dolna zatoka skalista (sinus petrosus inferior), której zaczopowanie i zakażenie wieść może do szerzenia się sprawy zakaźnej dalej ku zatoce jamistej (sinus cavernosus), a to stanowi już powikłanie, wobec którego jesteśmy zupełnie bezsilni, pomimo, że spotykamy się z teoretycznemi rozważaniami, w jaki sposób możnaby do tej zatoki dotrzeć i ją opróżnić (Waserman, Tavernier).

Dalej nie obojętnem a nawet groźnem może być już samo podwiązanie żyły szyjnej wewnętrznej wobec tego, że niekiedy bywa ona na jednej stronie słabo rozwiniętą w swym przebiegu górnym (opuszka — bulbus). Podwiązanie w tych razach może wywołać zastój żylny w mózgu i obrzęk, nawet z zejściem śmiertelnem wskutek jego rozmięknienia (encephalomalacia), jak o tem świadczą 2 przypadki z kliniki Brunsa (Ostmann). Dzięki badaniom anatomo-statystycznym Körnera wiemy, że wrodzona wązkość opuszki żyły szyjnej zdarza się przeważnie po stronie lewej; autor ten zwrócił również uwagę, że prawa strona ulega częściej schorzeniu, a więc właśnie dać może powód do podwiązania żyły przy zwężeniu żyły po drugiej stronie. To są powody, dla których podwiązywanie żyły szyjnej bywa obecnie wykonywane rzadziej niż dawniej i zawsze z jednoczesnem otworzeniem zatoki esowatej bezpośrednio przed lub po podwiązaniu, ale przy tym samym zabiegu.

Przytoczone dowody przeciw podwiązaniu żyły szyjnej są ze stanowiska niebezpieczeństwa wtargnięcia skrzepu z żyły szyjnej do krwiobiegu tak mało znaczące, że niepodwiązanie tej żyły w przypadkach zakrzepu uważać należy za błąd.

Technika podwiązki żyły szyjnej, stosowana przez prof. Kadera przedstawia pewne odrębności. Przedewszystkiem przystępuje się do podwiązania żyły, powziąwszy podejrzenie na zakrzep w zatoce esowatej czy to już odsłoniętej, czy jeszcze nie, zawsze przed nacięciem zatoki.

Żyłę szyjną odsłania się aż do mostka, i podwiązuje żyłę twarzową wspólną (v. facialis commun.), aby krew z niej nie zaciemniała obrazu. Tuż ponad mostkiem zakłada się na żyłę szyjną podwiązkę. Jeżeli potem żyła szyjna ponad podwiązką napełnia się krwią, to może to nastąpić albo dla tego, że zatoka esowata jest drożna, albo dla tego, że skrzep w niej nie sięga w dół do opuszki żyły szyjnej (bulbus v. jugul.) — miejsca wpadnięcia zatoki skalistej dolnej (sin. petrosus infer.). W tych przypadkach nie robi się nic więcej i ranę się częściowo tamponuje. W razie jeżeli żyła ponad podwiązką pozostaje pustą albo wyczuwa się w niej skrzep, otwiera się żyłę wzdłuż prawie aż do opuszki i usuwa ewentualne skrzepy, i do kanału żylnego ku górze wprowadza cienki sączek gumowy, podobnie jak Körner, który podwiązkę na żyłę nakłada na poziomie żyły twarzowej wspólnej.

Przed nacięciem żyły szyjnej w tych razach otwiera się zatokę wzdłuż i opróżnia za pomocą szczypczyków i łyżeczki ze skrzepów i ropy, aż buchnie płynna krew. Niekiedy wypada w tych razach idąc za skrzepem przedłużyć cięcie skórne ku tyłowi, ściąć odpowiednie miejsca kości potylicznej i obnażyć i naciąć zatokę poprzeczną, czasem aż do torcular Herophili. Tamponada zatoki gazą przeciwgnilną kończy zabieg.

Względy techniczne w razie jeżeli zastaniemy tu jeszcze skrzep nie pozwalają iść dalej. Jak wspomniałem, nie łudzimy się co do tego, by pozornie zdrowy skrzep miał być jałowym, — jednakże po zapewnieniu odpływu powstającej wydzielinie ropnej ku otwartej części zatoki na końcu takiego skrzepu pozostaje rzeczywiście zdrowa jego warstwa, a zakażona rozpada się i ma ujście na zewnątrz.

Dawniej czasami w naszej klinice stosowano ostrożne przepłukiwanie kanału żylnego od góry, od strony zatoki esowatej ku dołowi — podobnie, jak to robili Cheatle i Clatton, a także Grunert — bezpośrednio po dokonaniu wyżej opisanego zabiegu. Obecnie odstąpiliśmy od tego i stosujemy przepłukiwanie tylko w dalszym przebiegu pooperacyjnym w razie obfitszej wydzieliny z kanału żylnego.

Pomijam wypracowane obecnie jako samodzielne metody operacyjne sposoby udostępnienia i opróżnienia zaczopowanej opuszki żyły szyjnej (bulbus v. jugularis) [Voss, Grunert], ponieważ własnego doświadczenia w tej sprawie nie posiadam, a zdaje mi się, że opróżnienie samej zatoki esowatej daleko ku tyłowi i w dół po uprzedniem podwiązaniu żyły szyjnej dadzą chyba prawie to samo, co wspomniane zabiegi; przytem zabiegi Vossa i Grunerta mogą po-

[1]) Pt. zestawienie materyału klinicznego przy końcu pracy, jak również jeden przypadek Heinego.

ciągnąć za sobą bardzo łatwo uszkodzenia nerwu twarzowego, przynajmniej przy zwykłej technice i znajomości anatomii.

Na zakończenie podnieść muszę, że przy pooperacyjnem zaopatrywaniu rany, powstającej przy zabiegu typu doszczętnego dążymy i w klinice naszej do ułatwienia i przyśpieszenia wysłania naskórkiem jamy kostnej.

Przez szew zupełny zausznej części rany otrzymujemy duży podatny płat z części miękkich, składający się częściowo z płatu skórno-okostnego, uzyskanego dla odsłonięcia wyrostka sutkowego, częściowo z przewodu skórnego i małżowiny.

Przewód skórny i część małżowiny przecinamy poziomo wzdłuż tylnej ściany i ściśle wypełniamy go wraz z zagłębieniem małżowiny dużym tamponem z gazy sięgającym do dna jamy bębenkowej. Tampon przyciska ku tyłowi uruchomione części miękkie ku jamie kostnej. Prócz tego, przez niezaszytą część tylnego ramienia cięcia skórnego na wierzchołku wyrostka sutkowego, podobnie jak po operacjach w przypadkach ostrych, wprowadzamy wązki pasek gazy dla ułatwienia odpływu wydzieliny.

Gazę usuwa się z przewodu słuchowego po 4—5 dniach, zastępując ją świeżą, niemniej szczelnie wypełniającą jamę rany od strony ucha zewnętrznego. Po 10—14 dniach zastępuje się gazę dobrze do kalibru nowo wytworzonego przewodu słuchowego dopasowanym krótkim, grubym drenem gumowym. Sączek z gazy z za ucha usuwa się już przedtem i również zamienia się drenikiem gumowym, który się zupełnie usuwa możliwie szybko. Dalsze leczenie prowadzi się od strony ucha zewnętrznego.

W ten sposób osiąga się epidermizacyę jamy pooperacyjnej zawsze tak, iż nigdy nie byliśmy zmuszeni stosować następowych przeszczepiań naskórka sposobem Thierscha na ziarnkujące powierzchnie w jamie operacyjnej od strony ucha. Sama jama pooperacyjna jest mniejsza i mniej zniekształca wewnętrzny obraz małżowiny, niż to bywa w razach stosowania rozleglejszych plastyk z wklęsłej części małżowiny.

Nadmieniam, że w razie perlaka tamponowanie rany pooperacyjnej musi trwać znacznie dłużej, niż w przypadkach, operowanych z powodu próchnienia. W razie powikłań ze strony opon mózgowych (ropnie) lub zatoki (zakrzep) rozleglejsza tamponada gazą i mniejsze zwężenie szwami rany operacyjnej, wzgl. pozostawienie bez szwu i tamponowanie górnej części rany zausznej, rozumieją się same przez się; wspominam o tem tylko dla zupełnośc opisu.

Przypadki ostatnio wymienione prowadzą znacznie częściej, niż typowo leczone, do pozostawania przetok za uchem. Usuwanie takich przetok w klinice naszej wykonuje się również odmiennie, niż gdzieindziej (Passow, Trautmann, Mosetig-Moorhof). Mianowicie wycina się przetokę, odświeża tylną powierzchnię małżowiny, uruchamia ją wraz z poziomo wzdłuż przeciętym przewodem słuchowym skórnym, małżowinę przesuwa ku tyłowi, zakrywając nią miejsce przetoki.

Bliższe szczegóły tego postępowania będą przedmiotem osobnej publikacyi.

Koledze M. Hładijowi składam podziękowanie za uprzejme wykonanie i staranne wykończenie zdjęć fotograficznych z preparatów.

Zestawienie materyału klinicznego.

(Od r. 1900/1 do końca 1908/9).

I. Grupa pierwsza: — przypadki ostrego zapalenia wyrostka sutkowego w przebiegu ostrego zapalenia ucha środkowego, przed wzgl. niebawem po przebiciu błony bębenkowej.

Grupa ta obejmuje 12 przypadków.

Najwcześniej od początku ostrego zapalenia ucha środkowego operowano w tej grupie w 8-ym dniu, najpóźniej — w 6-ym tygodniu, przyczem ostatni ten przypadek dla tego do tej grupy został zaliczony, że nie było zupełnie przedziurawienia błony bębenkowej, a więc był jakby długotrwały pierwszy okres zapalenia ucha środkowego.

W tej grupie ostrych przypadków mamy aż 3 zejścia śmiertelne.

1. K. J. 60. Od 3 tygodni bóle w uchu prawem i odrazu bolesność na wyrostku sutkowym. Po paru dniach bóle przy ruchach głowy, przy utrzymaniu się bolów za uchem i w uchu. Po przyjęciu do kliniki stwierdzono ostre zapalenie ucha środkowego z obrzękiem i bolesnością na wyrostku sutkowym. Ciepłota około 38°. Na razie przekłucie błony bębenkowej, wypuszczenie małej ilości ropy, okład na ucho. Po 5 dniach stwierdzenie i nacięcie ropnia w gardzieli z prawej strony. Gorączka utrzymuje się, stan ogólny pogarsza. Po dalszych 5 dniach — odsłonięcie wyrostka sutkowego i dotarcie wzdłuż jego dolnego brzegu do ropnia, leżącego pod podstawą czaszki i opuszczającego się wzdłuż bocznej ściany gardzieli do poziomu IV kręgu szyjnego. Wyrostka nie trepanowano. Nazajutrz zejście śmiertelne. Badanie pośmiertne, dokonane w zakładzie anatomii patologicznej Uniw. Jagiel. wykazało rozlane zapalenie opon mózgowych, skrzepy rozpadłe w prawej zatoce esowatej i opuszce żyły szyjnej i prócz tego ropień w jamie sutkowej w wyrostku o budowie sklerotycznej. Ropień u podstawy czaszki — otwarty przy operacyi.

2. M. I. 8. Od 17 dni ostre zapalenie ucha środkowego lewego, po tygodniu również prawego, obustronny ropotok z ucha. Wyraźne zapalenie lewego wyrostka sutkowego. Trepanacya wyrostka wykazała ropę w jamie sutkowej, ropień okołozatokowy, zakrzep w zatoce esowatej. Podwiązanie żyły szyjnej, opróżnienie zatoki. Tamponada. Po jednodniowej względnej poprawie znów wysoka ciepłota, bóle na prawym wyrostku sutkowym. Po 2 dniach trepanacya prawego wyrostka — wykazuje ropę w jamie sutkowej. W nocy zejście śmiertelne. Sekcya wykazała: zapalenie opon na podstawie mózgu i ropień w móżdżku.

3. M. l. 30. Od 6 tygodni bóle ucha i głowy, od 14 dni ból za uchem. Wypływu ropnego z ucha niema. Rozpoznano zapalenie prawego wyrostka sutkowego. Trepanacya wykazała: ropniak jamy sutkowej, ropień około zatoki, ropień zewnątrzoponowy ponad stropem jamy bębenkowej, zakrzep zatoki esowatej. Opróżnienie zatoki. Tamponada. Po 2 tygodniach względnej poprawy wystąpiła gorączka ropnicza wskutek czego podwiązano żyłę szyjną. W 6 dni potem wśród objawów ropnicy — zejście śmiertelne. — Sekcyi nie było.

Z wyleczonych przypadków tej grupy zasługuje na uwagę następujący: 14 letni uczeń gimn.; w wywiadach po za pewną skłonnością do przeziębień — nie szczególnego, a zwłaszcza, ze strony narządu słuchowego.

Na 2 tygodnie przed przyjęciem do kliniki ostry początek zapalenia ucha środkowego. Wykonano zaraz przekłucie błony bębenkowej; pomimo to w dziewięć dni później wysoka gorączka z dreszczami i bolesność na wyrostku sutkowym. Zanim już wtedy nasuwającą się konieczność operacyi po za kliniką uznano, upłynęło znów 5 dni, poczem chory przyjęty został do kliniki. Natychmiastowa trepanacya wyrostka sutkowego wykazała pozornie tylko ropienie w jamie sutkowej. Ciepłota po zabiegu spadła; po tygodniu ponowne wzniesienie ciepłoty do 40° i dreszcze. Niezwłocznie ponowna operacya w nocy: odsło-

nięcie zatoki esowatej, która okazała się zajęta skrzepem. Podwiązka żyły szyjnej, poczem opróżnienie zatoki ze skrzepu pozornie niezakażonego. Dalszy przebieg pomyślny.

Wysoki stosunek zejść śmiertelnych do ogólnej ilości przypadków tej grupy potwierdza w zupełności to stanowisko, jakie klinika krakowska zajmuje wobec przypadków ostrych: natychmiastowa operacya, ponieważ nigdy nie da się przewidzieć, w jakich warunkach anatomicznych sprawa się rozwija.

II. Grupa druga, — przypadków powikłania zapaleniem wyrostka sutkowego sprawy usznej przewlekłej, jako najczęściej wogóle się zdarzających, i u nas jest najliczniejsza i obejmuje 47 przypadków.

Z grupy tej 3 zakończyły się śmiertelnie z powodu zapalenia opon mózgowych.

Jeden z tych przypadków zasługuje na szczególną uwagę, ponieważ dokonane tu podwiązanie żyły szyjnej powikłane zostało przez zakrzep w zatoce jamistej.

M. lat 35. Przed 6 tygodniami ostre zapalenie ucha środkowego lewego; po paru dniach samorodne pęknięcie błony bębenkowej; chory był leczony przez specyalistów i »wyleczony«. Przed tygodniem strzykanie w uchu, dreszcze, gorączka, nazajutrz szum w uchu, bolesność za uchem. Leczony przez specyalistów zachowawczo. Chorego skierowano do kliniki, kiedy do objawów poprzednich dołączyła się sztywnośc karku i bardzo silne bóle głowy.

W klinice niezwłoczna operacya. Wyrostek sutkowy stwardniały, ropień w jamie sutkowej; z jamy tej idzie przetoka ropna ku okolicy zatoki esowatej, którą też odsłonięto. Nakłucie zatoki z wynikiem ujemnym — zakrzep. Odsłonięcie żyły szyjnej i podwiązanie tuż nad mostkiem, bardzo trudne z powodu obecności dużego wola. Żyła napełniona krwią płynną. Po podwiązaniu żyły otwarcie zatoki i usunięcie w niej skrzepu (z ropy z jamy sutkowej i ze skrzepu wyhodowano paciorkowce). Po 5 dniach obrzęk spojówki lewej, wysadzenie gałki (protrusio bulbi) i tarcza zastoinowa. Zakrzep zatoki jamistej. Wśród ciągle wysokiej ciepłoty i objawów zapalenia opon mózgowych na 9 dzień po operacyi — śmierć.

W przypadku tym istniały widocznie warunki do posunięcia się po podwiązaniu żyły szyjnej, zawierającej krew płynną, skrzepu z zatoki esowatej, przez dolną zatokę skalistą do zatoki jamistej.

Dwa pozostałe przypadki śmierci nic szczególnego nie przedstawiają po za tem, że w jednym z nich stwierdzono przy sekcyi oprócz zapalenia rozlanego opon ropień w płacie skroniowym, który żadnych objawów nie dawał. W 8 z uleczonych przypadków z tej grupy natrafiono przy operacyi na ropnie okołozatokowe, względnie zewnątrzoponowe, które również nie dawały żadnych objawów i znalezione zostały przypadkowo.

Nerw twarzowy przecięto w 5 przypadkach.

III. Grupa trzecia — przypadki zaniedbane, t. j. takie, gdzie wskazanie do zabiegu doszczętnego istniało oddawna, nie zostało jednak uwzględnione, aż do wystąpienia powikłań. Grupę tę w naszym materyale tworzy 11 przypadków — a z nich aż 5 zejść śmiertelnych. O ile powikłanie powstaje tylko w postaci zapalenia wyrostka sutkowego i na tem się ogranicza — widoki pomyślnego zejścia są jak zwykle prawem. W tej jednak właśnie grupie przypadków zapalenia wyrostka sutkowego rozwija się często w warunkach zmienionych, z przeżarciem przez próchnienie lub perlak ścian kostnych obronnych i szerzeniu się sprawy ku zatoce i oponom mózgowym nic nie staje w drodze. Zejście śmiertelne w naszych przypadkach 4 razy było skutkiem zapalenia opon mózgowych a raz jeden skutkiem ropnicy.

Osobne miejsce zajmuje przypadek, w którym przy zabiegu nie znaleziono zmian ani w jamie sutkowej, ani w zatoce. Zapalenie opon mózgowych, które wywołało śmierć, rozwinęło się z ropnia wewnątrzoponowego, (leptomenigitis circumscripta), który usadowił się u czaszkowego wylotu przewodu słuchowego wewnętrznego (szerzenie się ropienia przez kanał nerwu twarzowego). Dalej spostrzegaliśmy w tej grupie 2 przypadki, w których szerzenie się perlaka doprowadziło do wytworzenia w wyrostku sutkowym jamy o bardzo cienkiem, miejscami przedziurawionem pokryciu kostnem zewnętrznem, i gdzie, po zdjęciu zewnętrznej blaszki kostnej i usunięciu łyżeczką mas perlakowych mieliśmy stosunki takie, jakie stwarzać zwykła operacya doszczętna. Zaznaczyłem je w niniejszej pracy, jako przypadki »samoistnej operacyi doszczętnej«.

Wreszcie podniosę przebieg jednego z najcięższych przypadków, jako dowód, że nawet w nich niekiedy udaje się chorego uratować zabiegiem operacyjnym, nie mającym, sądząc z góry, prawie zupełnie widoków powodzenia.

5-letniego chorego przywieziono do kliniki w stanie zupełnej nieprzytomności, ze sztywnością karku i pleców (opisthotonus), nieckowatym brzuchem, ciepłotą około 39, z tętnem 110, nieźle napiętem. Wymioty. Objawy te wystąpiły przed 4 dniami, ciągle się potęgując. Na wypływ ropny z ucha lewego cierpi chory oddawna; otoczenie nie umie podać szczegółów o początku i trwaniu tej sprawy. Miejscowo: za uchem lewem duży ropień. chełboczący przez ścieńczałą skórę. Obrzęk przewodu słuchowego zewnętrznego, wielkie przedziurawienie błony bębenkowej; — z powodu obrzęku przewodu szczegółów nie widać. Przekrwienie obustronne dna oczu, znaczniejsze ze strony lewej.

Operacya w dzień przyjęcia do kliniki. Z ropnia podskórnego po nacięciu wydobywa się posokowata brunatna ciecz i gazy; kość obnażona i na wyrostku sutkowym oraz na sąsiedniej części kości potylicznej zabarwiona szaroczarno. Wyraźnego przedziurawienia kości nie widać. Po zdjęciu zewnętrznej blaszki wyrostka sutkowego odrazu natrafiono na duży ropień, którego dno stanowiła opona twarda w okolicy zatoki esowatej i poza nią. Opona twarda móżdżku po za zatoką o barwie zmienionej, szaro-czarnej. Zatokę nakłuto: zawiera płynną krew. Nakłucie zmienionej opony na móżdżku wykazuje ropień. Oponę nacięto na 1 — $1^1/_2$ ctm., ropień opróżniono i założono do otworu w oponie pasek gazy przeciwgnilnej. Okolicę jamy sutkowej oczyszczono łyżeczką z resztek mas perlakowych i ropy. Całą ranę wytamponowano gazą.

Przebieg pomyślny. Gorączka po paru dniach spadła, przytomność wróciła, sztywność karku i brzuch nieckowaty znikły. Po tygodniu chory dostał silnego kaszlu, który w przebiegu okazał się krztuścem, w skutek czego nieznaczne początkowo wypadnięcie móżdżku urosło do rozmiarów orzecha włoskiego, i to jednak powoli zaczęło się oddzielać W skutek nieustającego krztuśca polecono rodzinie zabrać chorego do domu na prowincyę z raną w stanie gojenia się i wypadnięciem w okresie demarkacyi w miesiąc po operacyi.

Być może, że łagodność zapalenia opon mózgowych w tym przypadku i skłonność do cofnięcia się były wywołane przez to, że wyhodowane z ropy drobnoustroje okazały się: prątkiem okrężnicy i prątkiem odmieńcem (proteus Hauseri.).

W tej grupie przypadków nerw twarzowy przecięto raz jeden.

IV. Czwarta grupa przypadków — operacya doszczętna — obejmuje w naszym materyale 15 przypadków. Perlak i próchnienie, jako czynnik przyczynowy prawie jednakowo często tu występują.

Przypadku śmiertelnego niema w tej grupie ani jednego, natomiast jest przypadek (kob. lat 42), w którym samo już odsłonięcie zatoki esowatej wywołało jej zaczopowanie skrzepem i zmusiło po 6 dniach od pierwszej operacyi, wśród dreszczów, wysokiej ciepłoty i bolesności wzdłuż żyły szyjnej, przystąpić do odsłonięcia i podwiązania zaczopowanej żyły nad mostkiem i usunięcia już rozmiękających skrzepów z ponownie obnażonej zatoki esowatej. Dalszy przebieg zupełnie pomyślny. Przypadek ten

nasuwa myśl o tem, że nie tylko przypadkowe skaleczenie zatoki, ale samo już jej odsłonięcie może niekiedy prowadzić do zakrzepu, ponieważ ułatwia ono zakażeniu przejścia przez obnażoną ścianę. Tembardziej wiarogodne stają się przypadki zakrzepu po skaleczeniach, jak to opisali Grunert-Zeroni, Müller-Török, Heine, wbrew mniemaniu Leuterta, uważającego nawet skaleczenie zatoki za rzecz obojętną.

Nerw twarzowy przecięto 3 razy.

Ogółem nasz materyał przedstawia się w sposób następujący:

	przypadków	zejść śmiert.	Podwiązki żyły szyjn.	uszkodzeń nerwu
Grupa I	12	3	3	—
Grupa II	47	3	1	5
Grupa III	11	5	3	1
Grupa IV	15	—	1	3
Razem	85	11	8	9

Piśmiennictwo.

1. Bergmann, Podręcznik chir. szczegół. Bergmann, Bruns, Mikulicz, wyd. II, str. 289. tomu I. — 2. Bergmann i Rochs, Anleit. Vorlesungen f. d. Operationscursus. wyd. V, 1908. Artykuł Jansena str. 279. — 3. Gerber, Handatlas d. Operationen am Schläfenbein, 1904. — 4. Heine, Ueber die operative Behandlung der otitischen Thrombose d. sinus transversus. Arch. f. Klin. Chir. T. 70. — 5. Ito i Soyesima, Zur Behandlung d. Facialislähmung d. Nervenpfropfung. Dt. Zeitschr. f. Chir. 1907. T. 90. I—III. — 6. Kocher, Chirurg. Operationslehre, wyd. V, 1907, 587—589. — 7. Körner, Die otitischen Erkrankungen des Hirns, der Hirnhäute und Blutleiter. 1908, wyd. 4. — 8. Küster, Osteoplastische Aufmeisselung d. Warzenfortsatzes. Ctb. f. Chir. 1899 Nr. 43. — 9. Marsh, Treatement of facial paralys. British med. journ. 1909, Jun. 5. — 10. Neuhaus, Selbsttätige Saugspritze. Ctb. f. Chir. 1908, 18. — 11. Ostmann, Lehrbuch d. Ohrenheilkunde, 1909. — 12. Spira, O leczeniu ostrego zapalenia ucha środkowego i t. d. Lwowski Tyg. Lek. 1909, str. 479. — 13. Sydenham, Treatement of facial paralys. British med. journ. 1909, Mai 8. — 14. Tavernier, Sur le traitement chirurg. de thrombo-phlebite du sinus caverneux. Lyon chir. 1909. 790. [Ref. Ctb. f. Chir. 1910. Nr. 8].— 15. Voss, Weitere sieben Fälle v. Sinusthrombose etc. Ztsch. f. Ohrenhlk. LIII, 42. [Ctb. f. Chir. 1910, 8]. — 16. Waserman, Czasopismo lekarskie, Łódź 1907. Nr. 2.

Z kliniki medycznej Uniwersytetu Jagiell. pod kierownictwem Prof. W. Jaworskiego w Krakowie.

Wpływ kąpieli gazowych na krążenie krwi u ludzi ze zmianami w narządzie krążenia, w szczególności z wadami serca. (Część II.).

Podał

Dr W. Skórczewski.

(Dokończenie).

X. L. dz. 239. łóżka 10. 19. IV. A. P., lat 27, cieśla. W 19. roku przebywać miał dur brzuszny. Po nim pojawiły się bóle kłujące i kołatanie serca. Obecnie skarży się chory na bóle głowy, kołatanie serca samorodne, i po zmęczeniu, bóle kłujące w okolicy końca serca, tętniące w dołku podsercowym, palące u podstawy serca. Nogi nie brzękły.

Stan obecny: Wzrost wysoki, odżywienie dobre. Gardło dość silnie zaczerwienione, błona śluzowa zgrubiała, nierówna. Wybitne tętnienie naczyń skroniowych i szyjnych. Klatka piersiowa dobrze wysklepiona. Narząd oddechowy bez zmian. Okolica serca nie wypuklona, uderzenie końca serca w V. międzyżebrzu w połowie odległości między linią sutkową lewą, a pachową przednią lewą, unoszące na większej przestrzeni, z zaciąganiem. skurczowem na wewnątrz od uderzenia. Wymiary opukowe: IV. żebro, linia środkowa ciała, połowa odległości między linią pachową przednią lewą a linią sutkową lewą. Dwa szmery nad tętnicą główną, głośne, długie i gwiżdżące; nad zastawką dwudzielną, płucną i trójdzielną prócz szmerów udzielonych ciche tony. Tętno chybkie, miarowe, równe. Liczba tętna około 56. Naczynia tętnicze widocznie tętnią tak w pachwinach, jak i na grzbiecie stopy.

Tętno paznokciowe ledwo dostrzegalne. Wątroba pod łukiem macalna, nieco tkliwa. W innych narządach zmian nie stwierdzono. Rozbiór moczu z dnia 19. IV. wykrył ślad białka, w osadzie cylindroidy; wałeczków nie znaleziono. Ilość dzienna w pierwszych 5 dniach średnio 1110 cm.³.

Rozpoznanie: Insufficientia valvularum aortae.

Stosowano kąpiele, trwające po 10 minut, od dnia 20. IV. do 2. V. od ciepłoty wody 23° R. powoli wzrastającej do 30 R. Dyeta biała mieszana.

7. V. Po kąpieli chory podaje, że kołatania serca nie są tak silne i tak częste, bóle kłujące ustąpiły, palące mniejsze, ból w dołku prawie ustąpił. Tętnienie w ciele, rękach i nogach mniejsze, zwłaszcza po prawej stronie ciała. Chory powiada, że serce mu się znacznie uspokoiło. Badanie przedmiotowe wykazuje następujące wymiary opukowe serca: dolna granica III. żebra, linia mostkowa lewa i połowa odległości między linią sutkową lewą a pachową przednią lewą. Wątroba nie macalna. Tętnienie bez zmiany. Waga ciała wzrosła z 72·200 kg. na 74· 500 kg.

Ciśnienie palpacyjne przed kąpielami wahało się od 110 do 150 mm. sł. rtęci, obniżało się przy metodach podmiotowych dość znacznie, nawet przy ciepłotach nizkich, (choć nie zawsze), natomiast przy doświadczeniach graficznych i ciepłocie 28° R. utrzymywało się bez zmiany (trzy razy); przy 30 R. obniżenie stwierdzono wyraźnie. Liczba tętna waha się od 60 do 74, przy kąpielach chłodnych obniża się znacznie, przy obojętnych utrzymuje się w tej samej mierze, przy ciepłych jest tętno przyspieszone. Mamy tutaj zachowanie się przy tętnie zwolnionem inne, jak u chorej VIII. Czy należy kłaść to na karb większych zapasów, jakie w tym przypadku (XI) posiada mięsień sercowy, czy też jest to różnica indywidualna, niezależna od ogólnych praw, kierujących zwalnianiem i przyspieszaniem czynności serca, rozstrzygnąć trudno. Może czynnik pierwszy ma za sobą więcej danych.

XII. L. dz. 247. l. 7. 23. IV. J. K. lat 43, wyrobnik, żonaty. W młodości wrzód na prąciu. Używa wyskoku w znacznej ilości. Od 4 lat duszność i nieznaczne kołatania serca przy zmęczeniu. Od roku wymioty na czczo. Przed 6 tygodniami napad duszności z utratą przytomności; od tego czasu kaszel, duszność, bóle parzące w piersiach, ciążący ból w dołku podsercowym. Sen upośledzony, łaknienie małe.

Stan obecny: Wzrost średni, odżywienie podupadłe. Na wargach sinica. Źrenice oddziałują leniwo na światło. Tętnice skroniowe o przebiegu krętym, wybitnie tętnią. Mięśnie obojczykowo-sutkowe napięte, pracują przy oddechu. Odgłos opukowy nad płucami z odcieniem pudłowym, granice obniżone, szmery oddechowe osłabione, w dole z tyłu rzężenia wilgotne. Uderzenie końca serca w V. i VI. międzyżebrzu w linii sutkowej, lekko unoszące na większej przestrzeni. Stłumienie opukowe serca od linii mostkowej prawej, III. żebra do linii sutkowej lewej. Na rękojeści mostka przytłumienie odgłosu opukowego wielkości pięciokoronówki. Nad tętnicą główną dwa szmery, z których rozkurczowy — gwiżdżący, długi. Tętno chybkie, od czasu do czasu nierówne. Wątroba 3 palce niżej łuku żebrowego w linii sutkowej prawej, jeden palec nad pępkiem w linii środkowej ciała. Blizna po wrzodzie na prą-

ciu. Tkliwość uciskowa wielu pni nerwowych. Drżenie rąk i języka. Badanie moczu stwierdza 0·8‰ białka (Esbach). Wałeczków nie znaleziono.

Prześwietlenie promieniami Roentgena stwierdza prócz powiększenia serca, szeroki cień od łuku tętnicy głównej.

Rozpoznanie: Insufficientia valvularum aortae (luetica?).

Mimo poważnego stanu chorego przystąpiono do leczenia kąpielami 28° i 30 R. Od dnia 27. IV. do 13. V. chory wziął 10 kąpieli dziesięciominutowych.

Jak poważnie przedstawiał się stan chorego, objaśnia występujący podczas pierwszej kąpieli (sfigmogramy zdjęte posiadam) typ oddychania Cheyne-Stokesa. Objawu tego więcej nie spostrzegałem.

16. V. Chory czuje się znacznie łepiej, bóle parzące pozostały, ale duszność ustąpiła. Kaszel ustał. Przed ostatnią kąpielą (12. V.) słabe krwioplucie, duszność i kaszel. Dzisiaj stan lepszy.

Stan obecny: Chory wygląda lepiej, sinica ustąpiła. Stan przedmiotowy płuc, jak dawniej. Stłumienie serca od linii mostkowej lewej, górnego brzegu IV. żebra do linii sutkowej. Wątroba, jak dawniej. Ilość moczu wzrosła z 600 na 1300 cm³ dziennie. Białka ślad.

Widzimy więc niewątpliwe polepszenie czynności serca, choć groźny stan chorego utrzymuje się i obecnie. Zwłaszcza ubytek na wadze o 2 klg. (z 62 na 60 kg.) jest znamienny dla postępu choroby. Wassermann dodatni.

Ciśnienie palpacyjne u chorego tego wahało się między 160 a 100 mm. sł. rtęci, podczas kąpieli stale się podwyższało. Widoczne to jest w doświadczeniach 15. do 20. tablicy II. i 9. 10. tablicy III. Podobny wynik otrzymałem u tegoż chorego metodą podmiotową. Istnieje tutaj bezwątpienia sprzeczność z wynikami, otrzymanymi u zdrowych i reszty chorych sercowych; dlatego uważam za konieczne szczegółowiej o tem pomówić. Już u chorej IX. spostrzegliśmy objaw podobny, choć może nie tak wybitnie zaznaczony. W przypadku tym schorzenie naczyń (miażdżyca), jakkolwiek zaznaczone, nie było istotną przyczyną choroby, gdy w drugim przypadku niewątpliwie zmiany miażdżycowe w tętnicy głównej i na zastawkach wywołały obraz wady serca. W obu przypadkach mamy ciężką niedomogę mięśnia sercowego. Jeślibyśmy odrzucili przypuszczenie oddziaływania indywidualnego u tych dwojga chorych, to nasuwałyby się obecnie dwa pytania: czy chorzy z narządem obwodowym zmienionym, a sercem sprawnem nie oddziałują w sposób powyższy na bodziec naczyniowy kąpieli, czyli też, bez względu na narząd obwodowy, u ludzi z wyczerpanemi zapasami siły mięśnia sercowego serce nie jest zdolne sprowadzić równowagi w wysokości ciśnienia, jaka występuje u ludzi prawidłowych w ciepłocie kąpieli obojętnych.

Chociaż rozumowanie pierwsze niewątpliwie ma za sobą więcej danych klinicznych i fizyologicznych, to jednak ostateczne rozstrzygnięcie tego pytania pozostawiam przyszłości. Doświadczenia dalsze u chorych na miażdżycę ze sercem sprawnem i z ciężkiemi niedomogami serca bez miażdżycy będą mogły sprawę tę rozjaśnić. Osobiście, choć nie sądzę, żeby tak regularne występowanie u tych chorych podwyższenia ciśnienia było prostym trafem, wstrzymać się muszę od wysnuwania wniosków wobec szczupłej liczby doświadczeń w tym kierunku. Doświadczenia te jednak byłyby według mego zdania nieodzownie konieczne. Możeby w ten sposób udało się ustalić wskazania kąpielowe, zwłaszcza u ludzi, dotkniętych miażdżycą, u których chwilowe podwyższenie ciśnienia jest niewątpliwie rzeczą bardzo niebezpieczną.

Wreszcie omówić należy dwa przypadki, ściśle tutaj nie należące. Jestto przypadek choroby Basedowa i przypadek przewlekłego zapalenia nerek.

XIII. L. dz. t. 29. 23. IV. H. E. lat 30, wolna, bez zajęcia. W dziecięctwie przebywać miała różę i ospę. Od 9 lat cierpi na uporczywe biegunki, zawroty i bóle głowy, drżenia rąk, kołatania serca; miewała krwioplucia. Lekarz już wtedy zauważyć miał wysadzenie oczu i wole.

Przez 9 lat chora prawie bez przerwy się leczy (trzechkrotny pobyt na klinice U. J.). Obecnie nasilenie objawów wyżej wspomnianych jest mniejsze, natomiast bicia serca są nierównie przykrzejsze, bo występują z dusznością, nadto pojawiają się dokuczliwe bóle kłujące w okolicy końca serca.

Stan obecny: Wzrost nizki, budowa drobna, odżywienie średnie. Skóra wilgotna, na kończynach znacznie zgrubiała, nie da się ująć we fałd. Wysadzenie oczu nie wielkie. Objaw Stellwaga zaznaczony, Graefego mało wyraźny. Tętnienie naczyń szyjnych wyraźne; wól twardy, część prawa większa od lewej. Tętnienie nieznaczne da się stwierdzić przez osłuchiwanie. Obwód szyi 31 cm. Klatka piersiowa wązka, niezbyt płaska. Szczyt prawy niżej ustawiony, drżenie nad nim wzmożone, odgłos opukowy krótszy, wydech zaostrzony. Granice płuc prawidłowe. Osłuchiwanie nie wykrywa zmian. Uderzenie końca serca widzialne w V. i VI. międzyżebrzu i macalne w linii sutkowej, unoszące. Wymiary opukowe od linii środkowej ciała, dolnego brzegu III. żebra do linii sutkowej lewej. Podmuch skurczowy nad końcem serca i podstawą. Tętno 96—108, nierówne i niemiarowe. W narządach jamy brzusznej zmian nie stwierdzono. Drżenie rąk i języka. Odruchy wzmożone. Mocz bez zmian. W plwocinie ani prątków Kocha, ani komórek barwikonośnych nie znaleziono.

Rozpoznanie: Morbus Basedovi subs. myocarditide et myxoedemate. Induratio apicis pulmonis dextri.

Od d. 23. III. do 16. IV. zastosowano 10 dziesięciominutowych kąpieli o ciepłocie 25° wzrastającej do 29° R.

13. III. Pierwsze 2 tygodnie pobytu w klinice bez stosowania kąpieli bez poprawy, ani podmiotowej, ani przedmiotowej. Z początkiem stosowania kąpieli zauważyłem pogorszenie w postaci osłabienia, niepokoju, większej duszności, częstszych kołatań, silnych bólów kłujących. Już przy 5 kąpieli polepszenie. Obecnie czuje się chora silniejszą, bicia serca są rzadsze, duszność mniejsza, kaszel mniejszy, bólów chora prawie nie odczuwa, silniej się poci. Stan przedmiotowo bez zmian, jedynie drżenie rąk mniejsze, skóra mniej wilgotna. Obwód szyi 32 cm. Liczba tętna 90.

Podano adrenalinę trzy razy dnia po 15 kropli przez trzy dni.

17. IV. Czwartego dnia wystąpił niepokój serca z bezustannemi kołataniami trwający przez cały dzień. Dziś stan dobry.

18. IV. Chora opuszcza klinikę. Waga ciała wzrosła z 49·700 kg. na 51·700 kg.

28. IV. Otrzymałem od chorej wiadomość o utrzymywaniu się polepszenia zdrowia.

Ciśnienie palpacyjne u chorej tej przed kąpielami wahało się między 135 a 170 cm. sł. wody, liczba tętna powyżej 88 a 98, tętno zawsze bardzo nieregularne i nierówne. Spadek ciśnienia spostrzegamy już w kąpieli 26° R. (trzy razy na 4 kąpiele), jak również i obojętnej 28° (3 na 4) i 29° (1 na 2). Liczba tętna natomiast przyspiesza się i w kąpieli chłodniejszej. Również i tutaj spostrzegamy wpływ ten jak i u innych chorych z mięśniem sercowym schorzałym; nie uważałbym za odpowiednie przypuszczenia, że i w innych przypadkach choroby Basedowa spostrzeżemy objaw podobny. Rozstrzygnięcie może nastąpić drogą doświadczeń u chorych na chorobę Gravesa z mięśniem sercowym zdrowym.

Prawdopodobnem będzie przypuszczenie, iż wahania w różnicy tętna w kąpielach chłodnych i ciepłych nie będą tak znaczne, jak u zdrowych w kierunku obniżania, może znaczniejsze w kierunku przyspieszania.

XIV. L. dz. 252. ł. 3. 28. IV. J. M. l. 29 robotnik, żonaty. Od roku zauważył pogorszenie się wzroku; od 2 miesięcy widzi jak przez mgłę. Od tegoż czasu osłabienie,

nudności, wymioty, zrywania rękami, bóle głowy, pragnienie. Moczu oddaje chory dużo, jasnego. Miewa i kołatania serca i bóle kłujące w okolicy koniuszka serca.

Stan obecny: Wzrost średni, odżywienie liche. Skóra i spojówki żółtawo zabarwione. Wargi blade. W narządzie oddechowym prócz furczeń po stronie prawej w dole z tyłu zmian nie spostrzeżono. Uderzenie końca serca macalne w V. międzyżebrzu w linii sutkowej (klatka piersiowa długa). Wymiary opukowe serca: górny brzeg IV. żebra; l. mostkowa lewa i sutkowa lewa. Tony czyste, drugi ton nad tętnicą główną zaakcentowany. Tętno 60, trudno uciskalne. Wątroba macalna tylko w linii środkowej ciała 3 palce nad pępkiem.

Badanie moczu dnia 28. IV. wykazuje 2·4‰ białka (Esbach), skąpe wałeczki ziarniste i ciałka wysiękowe w osadzie. Ilość moczu waha się w pierwszych 5 dniach pobytu od 2200 do 3400 cm^3 na dobę. Ciężar właśc. utrzymuje się około 1·010.

Rozpoznanie: Nephritis interstitialis (Retinitis albuminurica).

Od dnia 29. IV. do 14. IV. zastosowano 10 kąpieli sztucznych przez 10 minut trwających o ciepłocie 28 i 30° R.

16. IV. Chory czuje się nieco silniejszy. Bóle głowy, zrywania, wzrok bez zmian; kłucia jak dawniej; ściskanie, duszność i kaszel mniejsze. Stolec zaparty. Przedmiotowo: Stan płuc i serca bez zmian. Wątroba nie macalna. Liczba tętna 50. Ciężar ciała podniósł się nieznacznie (600 gr).

12. V. Badanie moczu wykazuje 0·5‰ białka (Esbach) przy ciężarze właśc. 1·011. Ilość moczu od 8. V. do 13. V. waha się między 2·700 a 3·300 $cm.^3$ na dobę.

Na większym materyale wykonane doświadczenia Hürtera (Zeitschr. J. diät. und physik. Therapie XII. 6. 7. 1908) dowiodły, że u chorych na przewlekłe zapalenie nerek nie obniżają kąpiele 29—32° ciśnienia podwyższonego, raczej je podnoszą. Moje wyniki są zbyt szczupłe, by można w tym względzie wysnuwać wnioski. Ciśnienie 170 do 200 mm. sł. rtęci trzy razy się podniosło, 2 razy obniżyło, co widać w tablicy III. i IV. Liczba tętna przed kąpielą zwykle niska, 51 do 66, zazwyczaj przyspieszała się dosyć znacznie.

By nie zwiększać rozmiarów tej pracy, nie będę szczegółowiej omawiać wyników strony klinicznej. W krótkości jedynie zwrócę uwagę na najważniejsze dane. I tak stwierdziłem, że u wszystkich chorych, prócz chorej IX, wystąpiło polepszenie, które należy odnieść w równej mierze (u wszystkich prócz chorego przychodniego I), tak do stosowanych kąpieli, jak i do pobytu w klinice (chorzy wiedli życie przeważnie, choć nie wyłącznie leżące) dyety i do unikania wzruszeń. Poprawa ta była w pierwszym rzędzie podmiotowa: zmniejszanie się bólów w okolicy serca, ale także przedmiotowa: znikanie duszności i kołatań, nawet zmniejszanie się stłumienia serca, zwłaszcza na prawo, zmniejszanie się wątroby, zwłaszcza u chorych.... Uporczywie utrzymywały się obrzęki wątroby u chorego J. W. VI. i K. J. IX., w tym drugim przypadku obrzęk był przyrody niewątpliwie zastoinowej.

Wyniki mej pracy dadzą się ująć w następujące punkta:

I. Obniżanie się ciśnienia palpacyjnego przy kąpielach 28 do 30° R.

II. Nieznaczne podnoszenie się ciśnienia palpacyjnego przy kąpielach chłodniejszych.

III. U dwóch chorych: Z niedomogą mięśnia sercowego i obrzękami i zmianami miażdżycowemi podniesienia ciśnienia przy kąpielach o ciepłocie obojętnej i wyższej.

IV. Podobne wyniki przy pomiarach ciśnienia skurczowego oscylacyjnego.

V. Małe obniżenie ciśnienia rozkurczowego, oscylacyjnie mierzonego.

VI. Zależnie od wyczerpania mięśnia nieobniżanie się liczby tętna przy kąpielach chłodniejszych, a większe przyspieszanie przy kąpielach cieplejszych.

VII. Powiększanie się tętna i zależne od tego, jakoteż od obniżenia ciśnienia zmiany w obrazie krzywej tętna.

VIII. Pogłębienie oddychania.

IX. Zależne od niego zmniejszanie się sinicy i duszności (po chwilowem powiększeniu), jak również

X. zmniejszenie się granic opukowych serca.

XI. Powiększenie się pracy serca przy kąpieli cieplejszej od ciepłoty obojętnej.

Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

Przypadek oślepnięcia po stosowaniu arsacetyny (co drugi dzień 1 cm rozczynu 10%) spostrzegał Hammes. Wykonano 8 wstrzyknięć, t. j. podano 0,8 środka. (Deutsche med. Wochs. Nr 6). A.

Przepłukiwania żołądka, i to kilkakrotne, stosować należy podług Harnacka także w przypadkach zatruć inną drogą, n. p. podskórną, śródżylną i t. p., albowiem wiele środków wydziela się po zatruciach znowu do żołądka, a dopiero stąd na nowo ulega zwolna wessaniu. (Deutsche med. Wochs. Nr 3). A.

Atypowe bujanie nabłonka wywołali Stoeber i Nacker u królików przez wstrzykiwanie produktów rozkładowych białka, jak indolu, skatolu i t. p. (Münch. med. W. Nr 18). A.

Ogólne wibracye ciała wywołują u człowieka podług Schnéego rozszerzenie źrenic, zwolnienie tętna i spadek ciśnienia krwi. Miesienie wibracyjne całego ciała stosuje się (na specyalnym fotelu) przy szmerach usznych, zawrotach głowy, migrenie, nerwowej niestrawności, przyspieszonej czynności serca i t. p. (Zft. für phys.-diät. Ther XIV. 1.). A.

Przewlekłe zatrucie ołowiem leczy Carles z Bordeaux z pomocą wywoływania ropni; w ropie ma się gromadzić ołów. Hinze potwierdza to spostrzeżenie. (Berl. klin. Wochs. Nr 26). A.

Sarton, przetwór odżywczy dla chorych na cukrzycę, wyrabiany z rośliny strączkowej japońskiej »Soja«, polecają Noorden i Lampe W handlu znajduje się sarton »purée«, wyjałowiony w puszkach blaszanych. Sarton nadaje się do wyrobu zup, lub jako dodatek do mięsa. (Ther. d. Gegenw. Nr 4). A.

Przy otruciu atropiną bardzo korzystny skutek osiągnął Hand zapomocą podania bromku sodu. (Oesterr. Aerzte-Ztg. Nr 13). A.

Digistrophan jest to kombinacya naparstnicy i strofantusa, gorąco polecana przez Boelkego. Lek ten nie działa podobno zbiorowo, nie drażni przewodu pokarmowego, a działa pewnie. (Ther. der Geg. 1910, IV.). A.

Nawrót po rzekomem wyleczeniu raka wargi dolnej radem (6 miesięcy leczenia) spostrzegali Gaucher i Jacob. Spostrzeżenie to może nieco ostudzi zapał do stosowania radu przeciw nowotworom. [Soc. franc. dermat. Paryż, maj, 1910). A.

Śmiertelność z gruźlicy u dorosłych w Prusach po-

dług Kleinknechta zmniejszyła się obecnie: w roku 1886 zmarło na 10.000 na gruźlicę 31, a w r. 1906 17·5. Natomiast u dzieci śmiertelność z gruźlicy zwiększyła się. W Niemczech umiera obecnie rocznie przeszło 100.000 osób na gruźlicę, która u $^1/_{10}$ zmarłych jest bezpośrednią przyczyną śmierci. (Tow. lek. Brunszwik. II. 1910). A.

Morfina i urethan podług Lindemana, a skopolamina i urethan podług Hanckolda wzmacniają wzajemnie swe działanie i wywołują, podane wspólnie, silne i długotrwałe uśpienie. (Zeitschr. f. exp. Patolog. u. Ther. VII. 3). A.

Śródżylne uśpienie hedonalowe (0·75% hedonalu w rozczynie fizyologicznym soli kuchennej) poleca Fedoroff z Petersburga. Wykonał je w 45 przypadkach. Dawki wahały się od 3·8 mm do 14 grm, średnio zużywano 250 do 500 cm³ rozczynu. Powikłań (z wyjątkiem 3 zakrzepów) nie było. (Zentrbl. f. Chir. Nr 18). K.

Nowojodynę (złożoną z jodu, formaldehydu i łojku) poleca Fieber jako zasypkę do ran, zwłaszcza w ustach, do tamponady na gazie, jako zawiesinę (w glicerynie lub oliwie 10—20%) do leczenia następowego jam ropnych. (Zentralbl. f. Chir. Nr 19). K.

Do operacyi krwawnic, ran warg sromnych, pęknięć krocza i t. p. poleca Ilmer znieczulanie nerwu sromnego (pudendus) zapomocą 1 cm³ 5% kokainy. (Zentralbl. f. Gyn. Nr 21). A.

Żółtaczkę, występującą (na twardówce) **w początkach zapalenia wyrostka robaczkowego**, uważa Hollander na podstawie swych spostrzeżeń za dowód zgorzeli wyrostka, a więc zarazem za wskazanie do natychmiastowej operacyi, po której w 1—2 dni znika żółtaczka, będąca tu objawem toksycznym. (Berl. klin. Wochs. Nr 22). A.

Przy przełomach żołądkowych w wiądzie rdzenia otrzymał Goetzl korzystny wynik przez wykonanie operacyi Förstera, t. j. śródoponowej resekcyi tylnych korzeni rdzenia na odpowiedniej wysokości. (Wiener klin. Wochs. Nr 21). K.

Przy bronchitis foetida polecają następujące wdychiwania: Rp. Acid. carbol. 5,0. Acid. thymic. 1,0. Alcohol (50%) 20,0. Aq. dest. 100,0. (Riv. med. 1910, Nr 9). A.

Środkiem wybitnie mlekopędnym jest podług Scherera **galegol,** uzyskany z rośliny motylkowatej »galega officinalis«. (Wiener med. Wochs. Nr 18). A.

Różnica pomiędzy ciepłotą mierzoną w kiszce stolcowej, a pod pachą, występuje ponad pół stopnia podług Poczobuta głównie przy osłabieniu serca, tak samoistnem, jak i następowem (n. p. w chorobach zakaźnych, zapaleniach otrzewnej i t. p.), dalej przy tężcu, rzucawce porodowej, zapaleniu opon i t. p. i każe poważnie rokować. (Tyg. lek. Wiener med. Wochs. Nr 17, 19). A.

Zatrucie bromem polega w znacznej mierze na tem, że brom wypiera z ustroju chlor. Z tego też powodu radzą obecnie podawać równocześnie z bromem także wielkie dawki soli kuchennej, co z jednej strony dozwala na podawanie bardzo dużych dawek bromu (n. p. przy padaczce, Richet), a z drugiej usuwa objawy ewentualnego zatrucia. Jeżeli chcemy małemi dawkami bromu wywołać skutek, należy wstrzymać podawanie soli kuchennej. Podług Ulricha sól kuchenna działa znakomicie przy cierpieniach skórnych, wywołanych bromem, n. p. trądziku i owrzodzeniach (do 20 grm pro die). (Münch. med. Wochs. Nr 22 i 23). A.

Złamanie obojczyka leczy Couteaud w ten sposób, że kładzie chorego do łóżka i poleca poprostu opuścić zupełnie chorą kończynę z łóżka na dół. Występujący przytem obrzęk usuwa się potem zapomocą miesienia. (Rev. d. chir. X. 1909). K.

Przyrząd do wygodnego wypuszczania płynu z opłucnej, na zasadzie lewara sporządzony, dozwalający na dokładne mierzenie ciśnienia w opłucnej, podał Weitz. (Münch. med. Wochs. Nr 31). A.

Stołek do wkładania i wyjmowania chorych z wanny podał Bibra. (Münch. med. Wochs. Nr 31). A.

Leczenie jednostronnej gruźlicy płuc z pomocą sztucznie azotem wywołanej odmy, polecają na mocy 2½-letniego doświadczenia na 50 chorych Saugmann i Hansen. U 24 chorych uzyskano wybitne polepszenie lub wyleczenie trwałe, w innych chwilowe. W 22% nie udało się wywołać odmy. (Beitr. z. Klin. d. Tuberk. XV. 3). A.

Po śródżylnem wstrzyknięciu surowicy krwi psiej królikom w ilości 7—10 ctm na kilogram wagi ciała, giną króliki podług Löba, Stricklera i Tuttlego w 5—10 minut, a przyczyną śmierci jest hemoliza powodująca krzepnięcie krwi i zatykanie naczyń płucnych. Ogrzanie surowicy do 56° czyni ją nieszkodliwą, podobnie, a przynajmniej znacznie mniej dodatek hirudyny, zawiesiny mózgu, wątroby i t. p. (Virch. Arch. 20. I.). A.

Nałogowo wdychiwała chloroform od 15 lat codziennie, jak podaje Horath, pewna psychopatyczna pacyentka, i to w ilości dużej, bo dziennie bez szkody 40—60 grm mieszanki na pół z alkoholem (Deutsche m. Wochs. Nr 29). A.

Lusterko krtaniowe anastygmatyczne, powiększające przedmioty widziane i pole widzenia znacznie rozszerzające, podał Brünings z Jeny. (Zebr. niem. laryngol. Drezno). A.

Przy leczeniu gruźlicy, zwłaszcza chirurgicznej, poleca Wreden wstrzykiwania podskórne 0,5—2,0 grm. 10% zawiesiny czystego kreozotu w olejku migdałowym. Wstrzykiwań tych robi W. 4 serye 10-dniowe z przerwą po każdej na tydzień. Wyniki wcale dobre. (Rus. Wr. 1910, Nr 13). A.

Celem zmniejszenia zbytniego ochładzania się wdychiwanego powietrza przy uśpieniu eterowem podał Hoffmann maskę, w której sieć drucików ogrzewa się powietrzem wydychanem i przez to potem ogrzewa powietrze wdychiwane. (M. a. d. Grenzgeb. d. M. u. Ch. XXI. 5). K.

Celem badania zwężeń przewodu pokarmowego daje Tornai połykać chorym kapsułki wypełnione bizmutem i bada potem promieniami Röntgena. Z rozmiarów kapsułek, które przez zwężenie przejdą, wnosić można o kalibrze zwężenia. (Berl. klin. Wochs. Nr 29). A.

Celem umożliwienia cystoskopii przy zmętnieniach moczu poleca Hoffmann wypełniać pęcherz do badania płynami, zupełnie nie mieszającymi się z moczem, jak połączeniami bromu lub jodu z olejami, parafiną płynną i t. p. (Berl. klin. Wochs. Nr 29). A.

O zatruciu tiosinaminą po piątem wstrzyknięciu 0,2 (z powodu blizn po oparzeniu) donosi Prof. Kölliker. Objawy: dreszcze, poty, silne bole głowy i ogólne rozbicie. Objawy ustąpiły tak, że dalsze leczenie ze względu na doskonały wynik mogło być prowadzone. (Münch. med. Wochs. Nr 29). A.

Zranienie jelita w przepuklinie pachwinowej przez kawałek żelaza przy kuciu, spostrzegał Heddäus. Operacya, zeszycie jelita, wyzdrowienie, mimo, że już wystąpiło ogólne zapalenie otrzewnej. Operacya mniej więcej w 12 godzin po wypadku. (Münch. med. Wochs. Nr 29). A.

Nową wkładkę przy stopie płaskiej podał Momburg. Działanie jej polega na tem, że skręca ona piętę w supinacyę i przez to przywraca wysklepienie stopy. (Deutsche med. Wochs. Nr 27). A.

Pomysłową protezę przy braku nosa podał Hentze: Sztuczny nos zrobiony jest z blachy emaliowanej i pozostaje w łączności z okularami, które jednak dla oczyszczania także można osobno zdejmować. Poza tem utrzymuje w miejscu protezę kauczukowa płytka, wchodząca w lewy otwór nosa. (Tow. lek. Kiel. 2. VI.) A.

Do odżywiania chorych na cukrzycę poleca Goff strączkową roślinę z Chin, »Soja hispoda«, która zawiera 20% tłuszczu, 41% substancyi proteinowych, a tylko 14%

węglowodanów. Roślinę tę powiodło się także wyhodować we Francyi. (Gaz. d. hop. 22. III.). A.

Niezwykły przyczep mięśnia piersiowego wielkiego, bo aż do łokcia, spostrzegał Vormann u 25-letniego silnego mężczyzny. Mięsień sprawiał zupełnie wrażenie pletwy między ramieniem, a klatką piersiową. A.

Zatrucie weronalem spostrzegał na sobie Klausner po zażyciu przez dwa wieczory po 0,5 środka. Objawy: podniecenie, zawroty, biegunka, osłabienie trwające kilka godzin, wysypka na częściach rodnych i białkomocz, trwający 14 dni. (Tow. lek. niem. Praga. 24. VI.). A.

Prątki durowe wydzielają się podług Picka z moczem prawie u każdego chorego, nieraz jeszcze przed wybuchem choroby i potem po wyzdrowieniu niekiedy długi czas, nawet latami. Najlepszym środkiem przeciw temu jest urotropina, którą też powinno się chorym podawać w czasie zdrowienia. (Tow. med. wewn. Berlin. 4. VII. 1910). A.

Raka wpustu usunął szczęśliwie Kümmell. Przełyk dał się ściągnąć na dół na 12 ctm. Wycięcie raka w częściach zdrowych, poczem ze względu na niemożność zeszycia obu kikutów założenie grubych drenów; odżywianie przez przetokę żołądka. Z czasem oba kikuty zbliżyły się do siebie tak, że wstawiono w nie rurę gumową w kształcie litery T. Chory łyka płyny sam i wkrótce K. usunie rurę i ranę zeszyje zupełnie. (Tow. lek. Hamburg. Maj). A.

Przeciwko świerzbiączce polecają maść: Rp. Stovaini 0,5, Phenacetini 2,0, Lanolini, Vaselini aa 10,0. A.

VI. Sprawozdanie z działalności Sanatoryum dla chorych piersiowych w Zakopanem od dnia 1. stycznia 1909 do dnia 31. grudnia 1909 r. włącznie

ułożyli

Dr Kazimierz Dłuski, dyrektor Zakładu.

Dr Stefan Rudzki, I. asystent.

Podajemy do publicznej wiadomości szóste z rzędu sprawozdanie z działalności Sanatoryum, które z przyczyn od nas niezależnych uległo opóźnieniu. W sprawozdaniu niniejszem trzymamy się tych samych wytycznych, jak i w poprzednich. Zamykamy je w dwóch tablicach: I. Ruch chorych i II. Wyniki leczenia.

Pierwsza zawiera całą liczbę chorych, którzy przebywali w Zakładzie w celach leczenia w 1909 r., druga zaś tych chorych, którzy leczyli się conajmniej 30 dni, gdyż ten okres czasu przyjęliśmy za pewne minimalne kryteryum, pozwalające wyrobić sobie choć w przybliżeniu pogląd na przebieg choroby u danego chorego. Tym sposobem do sprawozdania lekarskiego nie wchodzą chorzy, którzy przybyli już po 1. grudnia 1909 r. i którzy wejdą do następnego sprawozdania za rok 1910, o ile leczyli się conajmniej 30 dni.

Ogólna liczba chorych w 1909 r. wynosi 350, z niej zaś przypada na Polaków 299, na Rosyan 33, na Rusinów 13 i na inne narodowości 5 (2 Niemcy, 1 Francuz, 1 Węgierka i 1 Gruzinka). W tablicy z wynikami leczenia znajduje się tylko 303 chorych, odpada zaś 47 chorych, którzy przybyli po 1 grudnia 1909 r.

Nadmienić winniśmy, że w liczbie 303 chorych znajduje się 66, z których 37 leczyło się po raz drugi w Sanatoryum, 16 po raz trzeci i wreszcie 9 po raz czwarty.

Co się tyczy metod leczenia, stosujemy już od roku 1907, jak wiadomo z poprzednich sprawozdań, tuberkulinę Beranecka (TBK) obok dawnej ogólnie znanej metody Brehmera-Dettweilera.

O tuberkulinie Beranecka obszerniej mówić nie będziemy; odsyłamy czytelnika, ciekawego zasad swoistego leczenia i szczegółów stosowania TBK, do pracy jednego z nas dwóch, która była przedmiotem referatu na I. Zjeździe internistów polskich w Krakowie (lipiec 1909 r.) i ukazała się w druku w bieżącym roku[1]).

W ciągu 1909 r. stosowaliśmy TBK razem u 40 chorych. Ponieważ w przytoczonej poniżej pracy podajemy wyniki, dotyczące 44 chorych, u których robiliśmy wstrzykiwania TBK od 1. I. 1907 do 1. VII. 1909 r., więc niepodobna nam w chwili obecnej mówić o dokładnych wynikach stosowania TBK w drugiej połowie 1909 r., leczenie bowiem u niektórych chorych nie było w dniu 31. grudnia 1909 r. ukończone i prowadzono je dalej w 1910 r. Możemy tylko raz jeszcze powtórzyć, że wyniki stosowania TBK, jakie otrzymaliśmy w ciągu $2^1/_2$ lat u 44 chorych, są w swych średnich liczbach niższe od wyników przy wyłącznem stosowaniu metody higieniczno-dyetetycznej.

Natomiast, — i na to położyliśmy nacisk w naszej pracy, — mamy wyniki kazuistyczne przy stosowaniu TBK u ciężko chorych na płuca z powikłaniami nawet w innych narządach (np. gruźlica krtani) — nader pomyślne. Sądzimy nadto, opierając się na przebiegu sprawy chorobowej w tych ciężkich przypadkach, że tak pomyślnych wyników nie otrzymalibyśmy, stosując wyłącznie metodę higieniczno-dyetetyczną. Z drugiej jednak strony nie możemy, — jak tego chcą bezwzględni zwolennicy swoistego leczenia —, widzieć w różnych preparatach tuberkulinowych niezawodne środki przeciw gruźlicy.

W pracy naszej »Ogólne uwagi o swoistem leczeniu gruźlicy« (»Przegl. lek.« Nr 20—22 1910 r.) staraliśmy się wykazać, że sprawa swoistego leczenia gruźlicy ani z teoretyczno-naukowego, ani z klinicznego stanowiska nie jest dotąd rozstrzygnięta. Różne więc przetwory, pochodzące z TBC, mogą w umiejętnych rękach, przy ostrożnem stosowaniu, odgrywać rolę środka tylko pomocniczego; zasadniczą zaś metodą pozostaje dotąd metoda higieniczno-dyetetyczna. Do takich wniosków doszli też autorowie naczelnych referatów o swoistem leczeniu gruźlicy na tegorocznym zjeździe internistów niemieckich w Wiesbadenie (Prof. Penzoldt z Erlangen).

O metodzie higieniczno-dyetetycznej obszernie mówić nie będziemy, jako o rzeczy powszechnie znanej. Poświęcimy tylko krótką wzmiankę niektórym szczegółom jej stosowania w naszym Zakładzie, przypominając, że streszcza się ona w trzech zasadniczych punktach: stałe oddychanie świeżem powietrzem, odpowiednie odżywianie i spokój fizyczny oraz psychiczny, przy uwzględnieniu indywidualnych właściwości chorego. Jeśli oddychanie świeżem powietrzem nazywamy stałem, to z tego powodu, iż wszyscy chorzy, z wyjątkiem gorączkujących, spędzają obowiązkowe 6 godzin na werandach (do 7 wieczorem), niektórzy z nich werandują i w godzinach wieczornych zimą i latem, stosownie do stanu pogody. Dalej wszyscy chorzy sypiają przy otwartych oknach lub górnych szybach, stosownie do stanu pogody latem i zimą, z nielicznymi wyjątkami, dotyczącymi chorych, zbyt wrażliwych na chłód. Poza obowiązkowemi godzinami werandowania, chorzy silniejsi używają spacerów w różnych odstępach czasu do 2—3 godzin dziennie, zaczynając od krótkich 10—15 minutowych pod nadzorem lekarskim. Słabsi zaś spędzają te 2—3 godzin przesiadując w chwilach wolnych od werandowania na ławkach, gęsto w parku rozstawionych. Zaznaczyć też musimy, że wspólne ubikacye są dokładnie wentylowane, zwłaszcza sale jadalne przed i po każdem jedzeniu. Co się tyczy chorych gorączkujących, to ci są zmuszeni do leżenia w łóżkach przy otwartych oknach aż do utraty gorączki. Zauważyć jednak należy, że bywają niekiedy przypadki, gdzie ciepłota np. do 37·3—37·4° w ustach, uporczywie się trzyma na tym poziomie pomimo leżenia w łóżku. Wówczas próbujemy wyprowadzać chorych na werandę, z początku na pół dnia, później do 4. godziny popołudniu, wreszcie na cały dzień,

---

[1]) Dr Kazimierz Dłuski: O stosowaniu tuberkuliny Beranecka (TBK) w gruźlicy płuc. »Przegląd lekarski«, 1910, Nr 23.

przeplatając takie częściowe werandowanie leżeniem w łóżku i tym sposobem otrzymujemy niejednokrotnie zupełny spadek ciepłoty. Za regułę takie postępowanie służyć jednak nie może; wymaga ono dokładnej znajomości chorego, a na jej podstawie ścisłego indywidualizowania. Zasadą dla zwalczania gorączki pozostanie zupełny brak ruchu, t. j. leżenie w łóżku przy otwartych oknach. Naturalnie, znacznie jeszcze lepszem byłoby wysuwanie chorego z łóżkiem na kółkach na balkon przy jego pokoju na cały dzień; ale balkony takie mają wiele niedogodności, o których zbyteczna tu mówić. W każdym razie taką metodę uważamy za najlepszą dla zwalczania gorączki. W znacznej większości przypadków, nawet przy wysokich gorączkach, dochodzących do 39—40°, otrzymujemy pomyślne wyniki, posiłkując się tylko częściowo niewielkiemi dawkami środków przeciwgorączkowych.

O sprawie odżywiania chorych mówiliśmy obszernie w poprzednich sprawozdaniach. Tutaj powiemy w kilku słowach, iż ciągłą troską administracyi Zakładu jest, aby kuchnia była obfita i zdrowa. Że zabiegi jej uwieńczone są pomyślnym skutkiem, dowodzi tego przyrost wagi (patrz tabl. II). Liczby wskazują, iż przyrost ten dotyczy 80% ogółu chorych, stanowiąc najwyższą dotąd cyfrę, gdyż w poprzednich sprawozdaniach mieliśmy najwyżej 75—77%. Poruszając niektóre szczegóły, dodamy, że jedzenie składa się z 5 posiłków dziennie i mleka o godz. 9 wieczorem. Mleko otrzymują chorzy na żądanie w dowolnej ilości bezpłatnie i obok wspomnianych 5 posiłków wypijają 1½ litra mleka dziennie. Zaznaczyć też powinniśmy, że wszelkie zaburzenia w trawieniu są przez lekarzy zakładowych bardzo dokładnie uwzględniane przez stosowanie odpowiedniej dyety. Zaburzenia, nawet długotrwałe, ustępują często bez stosowania żadnych lekarstw dzięki dodatniemu działaniu górskiego powietrza na całą przemianę materyi. Fakt ten został stwierdzony niejednokrotnie przez poważnych klinicystów w sanatoryach wysokogórskich.

Pozostaje jeszcze trzeci bardzo ważny punkt, ochrzczony w świecie lekarskim ogólnikowym terminem: »psychoterapia«, który przy leczeniu chorych na gruźlicę odgrywa wybitną rolę. Że każda sprawa chorobowa odbija się ujemnie na układzie nerwowym, dowodzić zbyteczna. Że nawet najlżejszy katar wprawia człowieka w »zły humor«, to rzecz powszechnie znana. Kto się jednak codziennie styka ze znaczną liczbą chorych na gruźlicę, kto żyje z nimi od rana do wieczora pod wspólnym dachem, kto dzieli z nimi smutki i radości, wiarę i zwątpienie, kto wprawnem okiem śledzi podnoszenie się i opadanie energii duchowej, ten z pewnością przyzna, że zapewne żadna kategorya przewlekle chorych (oprócz chorych dotkniętych specyalnie chorobami nerwowemi) nie ma tak niestałej równowagi psychicznej i tak łatwo jej nie traci, jak właśnie chorzy na gruźlicę. Dlaczego toksyny gruźlicze działają w ten sposób na układ nerwowy, to inna rzecz, wymagająca wszechstronnego naukowego wyświetlenia.

Ale doświadczenie poucza, że tak jest w istocie; ścisłe zaś spostrzeganie chorych z dnia na dzień, z godziny na godzinę (które jest niemożliwe poza zamkniętym zakładem), wykazuje, że sfera psychiczna u gruźliczych, nawet często u lekko chorych, jest mocno dotknięta i że właściwie u rzadko którego z nich jest stan psychiczny zupełnie prawidłowy. Najwięcej cierpi wola i wyobraźnia. Wyobraźnia, nawet u lekko chorych, rysuje im nieraz straszliwe obrazy choroby, doprowadza ich do utraty wiary w wyleczenie, graniczącej z rozpaczą, nad nią zaś nie może zapanować wola, gdyż jest dotknięta w swych osnowach zbytnią pobudliwością układu nerwowego. Tym sposobem chory obraca się w błędnem kole swych zwątpień i rozmyślań. I tu właśnie dokładne zrozumienie i odczucie duchowej istoty chorego przez lekarza, wejście w tajne głębiny jego cierpień i udręczeń, zapanowanie nad jego światem wewnętrznym, skierowanie jego pesymistycznych wrażeń i myśli na właściwe tory, jest czynnikiem rozstrzygającym. Zadanie to niełatwe, wymaga oprócz szczerego współczucia, ogromnego napięcia woli i energii, nieustającej wytrwałości i cierpliwości, ale bardzo często taka praca sowicie jest wynagrodzona. Tego rodzaju »psychoterapia«, hartująca ducha chorego, daje bezwątpienia w swoim zakresie daleko pewniejsze wyniki, niż różne środki swoiste. Oddalając od niego upiory zwątpienia, powracając utraconą energię, odbija się bezpośrednio na ważnych, ale podupadłych z powodu psychicznego stanu czynnościach ustroju, jak sen, łaknienie, trawienie i t. d., i tym sposobem jest dzielnym sprzymierzeńcem przy działaniu bezpośrednich fizycznych czynników.

Wspominając o hartowaniu ducha, po omówieniu głównych środków hartujących ciało, jak stałe używanie świeżego powietrza i odpowiednie odżywienie, musimy wymienić powszechnie używane w sanatoryach dla gruźliczych zabiegi wodolecznicze: nacierania i natryski. Nacierania zaczynamy od wody, zmieszanej nawpół lub w jednej trzeciej części z wyskokiem i przechodzimy stopniowo do czystej; u silniejszych zaś chorych stosujemy następnie natryski, trwające 20—30 sekund, przyczem ciepłota wody obniża się od 35—10° C. Zauważyć jednak należy, że o ile silniejsi chorzy wogóle bardzo dobrze czują się po takich natryskach, to jednak zdarzają się nieliczne wyjątki z układem nerwowym tak pobudliwym, że i takie lekkie zabiegi muszą być zaniechane. Nacierania stosowaliśmy u 255 chorych, natryski tylko u 25 (natrysków tak mało dlatego, że podczas wielkich przeróbek w gmachu w roku 1909, jak przeniesienie wspólnych ubikacyi z I. piętra na parter i przeróbka ich na I. piętrze na pokoje dla chorych, natryski z konieczności przez dłuższy czas były nieczynne[2]).

Wyniki leczenia zawarte są w kolumnach cyfr, które rzucają należyte światło na cały szereg szczegółów. Rozpatrzmy je pokrótce.

W I. kolumnie wpada w oczy przewaga kobiet, która stale powtarza się już od 1906 r. Uwzględniając, że mężczyzna więcej jest narażony na zakażenie gruźlicą od kobiety, można przewagę kobiet wytłómaczyć tą okolicznością, że kobieta łatwiej może oderwać się od swych zajęć, jako mniej związanych z zabezpieczeniem bytu rodziny.

Co się tyczy wieku, to widzimy stale powtarzające się zjawisko, a mianowicie, że lata 21—30, następnie 31—40, dostarczają największego kontyngentu chorych. Chorzy z obu tych okresów wieku stanowią obecnie razem okrągło 64% ogółu, mniej jednak, niż w ostatnich 2 sprawozdaniach, gdzie liczba ta sięgała w IV. sprawozdaniu 85%, w V, — 75%.

Poruszając sprawę obciążenia dziedzicznego, musimy powtórzyć dawniej już wyrażone przez nas zapatrywanie, że zazwyczaj nie wywiera ono bezpośredniego wpływu na przebieg i wyniki leczenia. W ostatniem V. sprawozdaniu za r. 1908, gdzie liczba dziedzicznie nie obciążonych, wynosząc 40%, była niższą od poprzednich (w I. — 68%, w II. — 48%, w III. — 51%, w IV. — 54%), mieliśmy najlepsze wyniki lecznicze. Obecnie mamy wolnych od wszelkiego obciążenia tylko 37% (okrągło), wyniki zaś, jak poniżej wykażemy, wcale nie odpowiadają wysokiej liczbie obciążonych, t. j. 63% (okrągło). Przechodząc do innych

---

[1]) Co się tyczy używania lekarstw, musimy nadmienić, że stosujemy je tylko objawowo, nie przypisując im w leczeniu samej sprawy chorobowej zasadniczego znaczenia. Jako środki przeciwgorączkowe stosowaliśmy aspirynę, fenacetynę, piramidon, laktofeninę i inne. Ze środków ogólnie działających i podnoszących działalność całego ustroju stosowaliśmy w przypadkach niedokrwistości żelazo i arsen bądź to wewnętrznie, bądź podskórnie. Z innych zabiegów leczniczych wykonywaliśmy galwanizacyę, faradyzacyę i miesienie wibracyjne w cierpieniach, towarzyszących sprawie głównej, oraz stosowaliśmy bańki, nacierania i t. d. Przeciw bolom w suchem zapaleniu opłucnej oprócz baniek, opasek wysychających i przetworów jodowych, chętnie stosowaliśmy naświetlanie światłem fioletowem, którego działanie częstokroć okazywało się bardzo skuteczne.

szczegółów, bezpośrednio związanych z wynikami leczniczymi, widzimy z tablicy II, że gorączka znikła u 39·2% chorych, którzy z nią do Zakładu przybyli; lasecz̄niki zaś tylko — u 17·8%. Co się tyczy pierwszej cyfry 39·2%, to widzimy przez zestawienie jej z liczbami z pięciu poprzednich sprawozdań (41%, 48%, 31%, 53·5%, 55·8%), że jest wyższa tylko od cyfry w III. sprawozdaniu (31%). Tymczasem wyniki obecne wcale nie są gorsze od wyników z dwóch ostatnich sprawozdań, jak poniżej zobaczymy. Takie wahanie w liczbach, oznaczających spadek ciepłoty, jest bezpośrednio związane ze znanym ze swej nieprawidłowości przebiegiem sprawy gruźliczej. Posuwa się on po linii łamanej, o zboczeniach z góry nieprzewidzianych. Jeśli zazwyczaj stopniowe znikanie gorączki i zbliżanie się ciepłoty ciała do poziomu prawidłowego jest ze stanowiska klinicznego wskazówką poprawy, to znów zdarzają się nierzadko przypadki, gdzie chory po dłuższem leczeniu traci zdawałoby się na stałe gorączkę, ale na krótki czas przed opuszczeniem Zakładu wskutek nieznacznego powikłania (np. niewielkie suche zapalenie opłucnej) znów popada w lekką gorączkę lub w stan podgorączkowy. Taki chory z konieczności nie może w chwili wyjazdu figurować w rubryce »utrata gorączki«. To samo da się powiedzieć o znikaniu laseczników, które słusznie bywa uważane za rozstrzygający czynnik wyleczenia. Jak powikłana jest ta sprawa, świadczy o tem choćby ten znany fakt, że przy uodpornieniu na maksymalne dawki starej tuberkuliny Kocha (np. cały 1 gram) i przy zupełnej utracie gorączki laseczniki mogą swobodnie bujać w ustroju. Przytem zauważyć należy, że znikanie laseczników bywa także nieraz kapryśne; zdarzają się przypadki, że równolegle z poprawą stanu ogólnego i płuc, laseczniki znikają na czas dłuższy, a później znów się pokazują, choć poprawa idzie niewzruszenie naprzód. Bywa czasem wręcz odwrotnie. Zastrzeżenia takie są konieczne, aby usprawiedliwić wahania w cyfrze znikania TB., które nie jest w bezpośredniej harmonii z dodatnimi wynikami klinicznymi w naszych różnych sprawozdaniach.

Cyfry znikania laseczników przedstawiają się w następujący sposób:

Sprawozdania:

I. u 11% ogółu chorych		IV. u 9·2% ogółu chorych	
II. » 14%	» »	V. » 18%	» »
III. » 23%	» »	obecne VI. » 17·8%	» »

Cyfra najwyższa, 23%, jest w III. sprawozdaniu, gdy tymczasem wyniki leczenia w IV przy cyfrze 9·2% są lepsze od III. Dodatnie wyniki wynoszą w III. sprawozdaniu około 80% procent poprawy; w IV. — 82·8%.

Co się tyczy wagi, zauważymy tylko w paru słowach, że przybytek dotyczy w poprzedniem (r. 1908) i w niniejszem sprawozdaniu największej liczby chorych, a mianowicie waga zwiększa się u 80 lub 81% przy średniem zwiększaniu się 6·3 lub 6·4 kg. na osobę w ciągu 100 dni, przyczem maximum na 100 dni doszło do 33 kg. Natomiast średnia utrata 2·3 kg. na osobę jest obecnie najmniejszą w zestawieniu ze wszystkiemi poprzedniemi sprawozdaniami.

Przechodzimy teraz do ogólnych wyników leczniczych, zawartych w tablicy II. Chorych naszych dzielimy, jak dawniej, na trzy okresy wedle starej klasyfikacyi Turbana, uznając w gruncie rzeczy jej wielkie braki, polegające, jak wiadomo, na uwzględnieniu tylko rozległości zmian anatomicznych, bez uwzględnienia tak ważnych rzeczy, jak odporność ustroju, większy lub mniejszy stopień zatrucia przez toksyny gruźlicze itd. itd.

Zaznaczamy, że jak dawniej, tak i teraz, unikamy określenia »wyleczenie«, o którem rozstrzyga tylko czas, a określamy poprawę wyrazem »względna«, gdy dotyczy głównie stanu ogólnego; »znaczna« — gdy jednocześnie spostrzega się wybitną poprawę także i w płucach. Jak nam wskazują cyfry, mamy obecnie ogółem 86% poprawy (znaczna 55%, względna 31%), 9·7% bez zmiany, 3% pogorszeń i tylko 1·3% zejść śmiertelnych. Liczby te są wyższe od liczb w pierwszych czterech sprawozdaniach i trochę niższe od liczby z V. sprawozdania w r. 1908, gdzie odsetek poprawy wynosił 89·7% ogółu chorych. Gdy zważymy jednak, że w r. 1908 mieliśmy w I okresie według Turbana 41·6% ogółu, oraz 23% w III, — w r. 1909 zaś mamy tylko 36% w I. okresie i 25% w III, to nieznaczna różnica 3·7% na niekorzyść r. 1909 da się przy uwzględnieniu gorszego obecnie materyału całkowicie wyrównać.

Dla nakreślenia zupełnego obrazu wyników leczniczych, należy się jeszcze zatrzymać na niektórych ważnych szczegółach, stanowiących powikłania w przebiegu zasadniczej sprawy chorobowej.

Przedewszystkiem krwioplucia i krwotoki, o których krążą całe legendy, jakoby klimat wysokogórski działał w tym kierunku szkodliwie, wywołując bezpośrednio ten objaw, tak częsty w gruźlicy płuc. Przeciwko tej legendzie występowaliśmy już niejednokrotnie, dowodząc, iż jest wytworem wyobraźni: rozumowanie bowiem oparte na faktach i liczbach podcina je w samej osnowie. Faktem jest, iż krwioplucia występują we wszelkich klimatach, że nie mają bezpośredniego związku ze stopniem nasilenia choroby, gdyż brak ich często u ciężko chorych, aż do zejścia śmiertelnego, z drugiej znów strony pokazują się u ludzi pozornie zupełnie zdrowych, jako pierwszy objaw choroby, że ostatecznie nieznana nam jest ich zasadnicza przyczyna, jeno sam mechanizm. Jestto jednem słowem powikłanie, z góry nieprzewidziane, pozbawione objawów zwiastunowych. Logicznie więc rzecz biorąc, twierdzenie, iż taki a taki klimat »usposabia do krwotoków«, jest poprostu twierdzeniem gołosłownem, nie przeszkadza to jednak tworzeniu się bajek na ten temat przy rozprawianiu o górskim klimacie przez ludzi, nie znających jego właściwości.

W sprawie tej podajemy następującą statystykę:

Krwioplucia i krwotoki.

	przed przybyciem do sanatoryum	powtórzyły się w sanatoryum	po raz pierwszy w sanatoryum
	ogółu chorych		z całej liczby chorych
I. sprawozd.	u 34%	u 18%	u 2·7%
II. »	» 36%	» 18%	» 0·8%
III. »	» 31%	» 18%	» 2·0%
IV. »	» 43%	» 20%	» 2·6%
V. »	» 45%	» 14·2%	» 1·9%
VI. obecne	» 48% [3])	» 10% [4])	» 2·3% [5])

Liczby te są tak wymowne, że nie potrzebują żadnych komentarzy i uwalniają klimat nasz od obrońcy przed niepowołanymi oskarżycielami.

Jedno tylko zaznaczyć należy, że nigdy nie mieliśmy tak małej liczby powtarzających się w Sanatoryum krwotoków. Przypominamy przytem przytoczony w poprzednich sprawozdaniach fakt, a mianowicie, że cyfry nasze, obejmujące wielki materyał, gdyż razem 1618 chorych (obecnie w 6 sprawozdaniach), zgadzają się z cyframi z sanatoryów wyżej położonych, jak Leysin (1400 metr.), Davos (1650 metr.), Arosa (1800 metr.).

To samo da się powiedzieć o gruźlicy krtani, na którą ma rzekomo wpływać szkodliwie klimat wysokogórski, choć bardzo wybitni laryngologowie polscy przysyłają nam tu ciężkie przypadki, przy istniejącej naturalnie gruźlicy płuc. W artykule »Uwagi o wskazaniach do leczenia gruźlicy płuc w Zakopanem« (»Nowiny lek.« Nr 1 i 2, 1910 przez Dra K. Dłuskiego), dotyczącym 1550 chorych, podaliśmy średnią liczbę polepszeń, która, wahając się w ciągu 7 lat, trzyma się na średnim poziomie 50% do 60%. Obe-

[3]) Czyli krwioplucia i krwotoki pojawiały się u 147 (na 303) chorych przed przybyciem do Zakładu.

[4]) Powtórzyły się u 15 chorych.

[5]) Po raz pierwszy u 7 chorych.

cnie mamy nieznaczną liczbę chorych z gruźlicą krtani, gdyż tylko 24, co stanowi bardzo mały odsetek całej liczby, okrągło 8% (średnio mamy 11—12%). Natomiast otrzymane wyniki uważać można za zadowalniające, a mianowicie: u 6 chorych znaczna poprawa, u 10 względna, 8 bez zmiany. Nadmienić zaś należy, że w liczbie 24 przypadków mieliśmy 7 ciężkich z wielkiemi zmianami w krtani w postaci rozległych nacieków i owrzodzeń. Zdaniem naszem tak pomyślny wynik przypisać należy szczególnej odporności chorych, u których przed poprawą krtani nastąpiła wybitna poprawa stanu ogólnego, a następnie płuc. Jeśli dla uzupełnienia obrazu dotkniemy innych powikłań w przebiegu gruźlicy płuc, to, jak zwykle, niekorzystnie przedstawi się gruźlica jelit. Mamy 7 przypadków stwierdzonych klinicznie i bakteryologicznie, z których w jednym lekkim przypadku względna poprawa (czy stała? Przyp. autorów), 3 bez zmiany, 3 wyraźne pogorszenia. Tak samo rzecz się ma ze zmianami nerek na tle gruźliczem (nie mówimy o zwykłych zapaleniach nerek, lub o przejściowym białkomoczu), gdzie na 2 przypadki mamy 2 pogorszenia. Gruczoły na szyi (mamy na względzie tylko większe, począwszy od wielkości fasoli do wielkości jaja kurzego) w 12 przypadkach dają następujący wynik: 1 duża i 1 względna poprawa, 1 pogorszenie, 9 bez zmiany.

Przewlekłe zapalenie wyrostka robaczkowego, zapewne natury gruźliczej, w przypadkach 4 (1 znaczna poprawa, 1 względna, 1 bez zmiany, 1 pogorszenie), oraz 1 przypadek ostrego zapalenia wyrostka z pomyślnem ukończeniem bez zabiegu chirurgicznego.

Spostrzegaliśmy następnie: 1 pleuritis haemorrhagica, 2 pneumothorax, 1 ulcus linguae, 1 pericarditis, 1 nephrolithiasis. Wreszcie 3 fistulae ani (2 znaczne poprawy, 1 zupełne wyleczenie), 1 peritonitis tub. ze znaczną poprawą i 1 spondylitis z zimnym ropniem opadowym (poprawa względna).

Wreszcie dzielimy się z czytelnikami spostrzeżeniami, dotyczącemi charakterystycznych ognisk gruźliczych, oraz suchego zapalenia opłucnej. Co się tyczy pierwszych, obszerniej mówić nie będziemy, odsyłając do poprzednich sprawozdań. Zaznaczymy tylko pokrótce, że głównem ich siedliskiem jest w prawem płucu przestrzeń od grzebienia do połowy łopatki, w lewem zaś II. i III. międzyżebrze w pobliżu mostka, że sprawa w takich ogniskach wyprzedza pojawienie się sprawy szczytowej, lub pojawia się sa-

TABLICA I.

Ruch chorych w Sanatoryum w Zakopanem od 1. stycznia 1909 do 31. grudnia 1909 (włącznie).

Narodowość	Ilość	Płeć		Pochodzenie	Ilość	Liczba dni leczenia	Wiek lat	Wiek osób	
Polacy	299	163 mężczyzn	187 kobiet	Galicya	117	7763	0—10	3	Średnia pobytu jednego chorego 78·6 dni
Rosyanie	33			Królestwo	83	6007	11—20	50	
Rusini	13			Warszawa	30	2668	21—30	145	
Niemcy	2			Rosya	114	10624	31—40	76	
Gruzinka	1			Księstwo Poznańskie	5	333	41—50	54	
Węgier	1			Inne	1	131	51—60	19	
Francuz	1						>60	3	
Razem	350	350		Razem	350	27526		350	

TABLICA II.

Wyniki leczenia 303 chorych za czas od 1. stycznia 1909 do 31. XII. 1909 (włącznie).

Płeć		Wiek lata	Wiek osób	Obciążenie dziedziczne rodzaj *)	Obciążenie dziedziczne osób	Gorączka		Prątki		Waga obliczona na 100 dni						Okresy	Poprawa znaczna	Poprawa względna	Poprawa bez zmiany	Pogorszenie	Śmierć
134 mężczyzn	169 kobiet	0—10	3	o¹	95	przyjechało z gorączką osób 222	utraciło gorączkę osób 87	przyjechało z tb osób 118	utraciło tb osób 21	u 242 przybrało 0·4 kg.	42 straciło 2·3 kg.	10 bez zmiany	9 nieznana	ogólna liczba dni leczenia 20747	średnia na 1 chorego 88·3	I. 108 36%	69	32	7	--	—
		11—20	46	o²	3											II. 120 39%	71	36	9	3	1
		21—30	124	o	92											III. 75 25%	27	25	13	7	3
		31—40	69	bez	113																
		41—50	43																		
		51—60	16																		
		> 60	2																		
303		303		303		% utraty gorączki 39·2%		% utraty tbc 17·8%		przybytek u 80% ogółu						razem 303	167 55%	93 31%	29 9·7%	10 3%	4 1·3%

*) o¹ — oznacza obciążenie dziedziczne ze strony jednego z rodziców; o² — ze strony obojga rodziców; o — obciążenie ze strony krewnych lub rodzeństwa.

modzielnie, że jest uporczywsza i mniej skłonna do poprawy. Ognisk takich spostrzegaliśmy w prawem płucu 27, w lewem — 10, razem 37, czyli okrągło u 12% chorych.

O suchem zapaleniu opłucnej, które samo przez się jest tak częstem zjawiskiem w przebiegu gruźlicy płuc, wspominamy dlatego osobno, że ma swe szczególne cechy, a mianowicie: zjawia się nieraz przelotnie, a towarzyszące mu objawy, jak ból i tarcie, znikają czasem w ciągu kilku godzin na stałe, lub wracają, a znów po krotkim czasie znikają i t. d. Miejsce takiego suchego zapalenia opłucnej bywa nieraz bardzo ograniczone, zajmuje zaledwie parę ctm; czasem zapalenie opłucnej opuszcza na stałe dawne siedlisko i przerzuca się w miejsce daleko od piewszego położone; wreszcie objawy podmiotowe niejednokrotnie nie harmonizują z nasileniem przedmiotowem sprawy, gdyż przy rozległem tarciu ból i kłucie bywają bardzo małe i naodwrót [6]). Tego rodzaju zapalenie opłucnej nazywamy »pleuritis sicca volans«. Liczba takich przypadków wynosi w obecnem sprawozdaniu 42, czyli około 12%.

Omówiliśmy wszelkie poszczególne pozycye, dotyczące wyników leczniczych, o ile można dokładnie; czytelnik więc może sam wysnuć wnioski.

Na zakończenie pragniemy poświęcić słów parę frekwencyi chorych, od czego bezpośrednio zależy przyszłość Zakładu.

Pomimo wielkiego uprzedzenia do wszystkiego, co niema etykiety zagranicznej, pomimo strachów przed wiatrami halnymi (wieją one średnio kilkanaście dni w ciągu roku), pomimo narzekań na dżdżyste lato itd., frekwencya Zakładu stale wzrasta, a największą liczbę chorych mamy w miesiącach zimowych i letnich. Frekwencya, która od I. roku podniosła się w 1907 r. o 55%, wzrosła w 1908 i 1909 r. jeszcze o 20%, więc razem o 75% do końca r. 1909. Z tego wypada logiczny wniosek, że istniała potrzeba powstania Zakładu i że on tej potrzebie odpowiada. Za takim wnioskiem przemawiają bezpośrednio liczby. Ale oprócz ilościowego, liczby nasze mają jeszcze jakościowe znaczenie. Twórcy Zakładu największe nadzieje pokładali w Królestwie Polskiem i w Warszawie, ze względu na to, że na terytoryum tem mieszka w zwartej masie najwięcej Polaków. Tymczasem pomimo wzrastającej ogólnej frekwencyi, frekwencya z Królestwa Polskiego i Warszawy spada: w 1903 i 1904 wynosiła 38·5% i 39·6% całej liczby chorych (umieszczonych w tabl. I.), w roku 1909 spadła do 32·3%. Natomiast frekwencya z Galicyi stale wzrasta i z 27% i 30% w 1903 i 1904 podniosła się do 35% w r. 1909. Z drugiej strony wieści o Zakładzie przekraczają znacznie nasze granice etnograficzne. Wśród Rosyan, których frekwencya z 4% w pierwszym roku wzrosła do 9—10% w ostatnich dwóch latach, mamy chorych nietylko z południowych, środkowych i północnych gubernii, ale i z tak oddalonych, jak gub. permska, orenburska, Kaukaz, a nawet i Syberya (gub. irkucka i Obłast Jakucka). Jest to świadectwem, że Sanatoryum potrafiło zdobyć sobie opinię daleko poza granicami własnego kraju.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Sprawy sanitarne w Sejmie galicyjskim nie znajdą się w rozpoczętej właśnie 22. b. m. jesiennej sesyi w korzystnych warunkach. Już w sesyi zeszłej walki narodowościowe w Izbie, a sprawa reformy wyborczej za kulisami, przytłoczyły cały szereg spraw ważnych, a że sprawy sanitarne, choć niemniej od innych ważne, odgrywają w Sejmie obecnym często rolę kopciuszka, nic więc dziwnego, że zostały zepchnięte na plan ostatni i nawet sprawozdanie sejmowej komisyi sanitarnej nie dostało się pod obrady. Jeszcze gorsze horoskopy stawiać im można w sesyi obecnej, z tych samych powodów z dodatkiem pewnego zaostrzenia się sprawy reformy wyborczej.

Przy otwarciu Sejmu nie było też o sprawach sanitarnych żadnej wzmianki w mowie Marszałka kraju; natomiast Namiestnik w przemówieniu swem, wspomniawszy naprzód o zarządzeniach przeciwcholerycznych, poświęcił obszerny ustęp sprawie podniesienia Krynicy, podnosząc, że wszczęta przezeń w tej mierze akcya nie ustaje, że właśnie otrzymał kredyt na głębokie wiercenia celem poszukiwania nowych źródeł wody, że podjęte będą także prace celem zwiększenia wydajności głównego źródła, a z wiosną rozpocznie się budowa łazienek borowinowych; plany regulacyi Kryniczanki i kanalizacyi są zupełnie wygotowane. Uwaga, którą Szef rządu krajowego zwraca na sprawy zdrowia publicznego i zdrojownictwa, powracając do nich w swych przemówieniach nie po raz pierwszy, budzi uzasadnione nadzieje także i na przyszłość.

Krynica zajmowała także Sejm na drugiem zaraz posiedzeniu, na którem uchwalono rozdzielenie gminy na Krynicę-Zdrój i Krynicę-Wieś, bez którego to rozdziału dalszy prawidłowy rozwój zdrojowiska byłby niemożebny. Prośbę letniska Brzuchowice pod Lwowem o utworzenie tam stacyi klimatycznej polecił Sejm zbadać Wydziałowi krajowemu zgodnie z wnioskiem swej komisyi gminnej, a wbrew wnioskowi Dra Kurowca, który proponował przekazanie tej sprawy komisyi sanitarnej Sejmu. Być może, że w tym przypadku było to zbyteczne; niemniej wniosek Dra Kurowca miał tę zaletę, iż był przypomnieniem, że wszelkie sprawy, dotykające warunków sanitarnych, powinnyby przechodzić przez komisyę sanitarną, którą w tym względzie dotychczas niejednokrotnie ze szkodą dla rzeczy pomijano.

W toku obrad na pierwszych posiedzeniach Sejmu wyłoniły się dwie jeszcze sprawy, związane ze szpitalnictwem: koszta leczenia chorych ubogich, — rzecz, mająca znaczenie głównie administracyjne, — oraz humanitarny i uzasadniony wniosek posła Skarbka o przyznanie 50% zniżenia ceny jazdy III. kl. dla chorych ubogich i osób im towarzyszących.

W przedłożonym Sejmowi preliminarzu budżetu krajowego na r. 1911 przewidywany jest w rubryce spraw zdrowotnych wydatek 6,667.860 kor. (w porównaniu z rokiem 1910 więcej o 308.955 k.). a dochód 2,554.374 k. (więcej o 177.258 kor.). W stosunku do ogółu wydatków (62,107.458 kor.) wynosi wydatek na cele zdrowia publicznego 10·5%.

W r. 1908 zaś, z którego sprawozdania finansowe składane są Sejmowi w obecnej sesyi, wydano na cele zdrowia publicznego według sprawozdania Departamentu V. (sanitarnego) Wydziału krajowego 6,219.116 kor. (więcej o 360.502 kor., niż preliminowano w budżecie na rok 1908, a o 306.289 k. więcej, niż wydano w r. 1907). Dochody w tej rubryce (głównie dochody z majątków zakładowych szpitali krajowych we Lwowie i w Krakowie i zakładu obłąkanych w Kulparkowie) wynosiły w r. 1908 2,583.200 k., tak, że wydatek czysty wynosił 3,635.916 k. W ciągu pięciu lat (1907—1911) przeto wzrasta wydatek na cele sanitarne corocznie średnio o mniej więcej 150.000 k. Wzrost ten powstaje głównie przez powolne, ale stałe zwiększanie się kosztów utrzymania chorych w szpitalach i przez wzrost liczby dni leczenia.

Główną część wydatków stanowiły w r. 1908, jak zawsze, koszta leczenia (2,684.059 k.), potem wydatki szpitala lwowskiego, które dobiegły 1,277.054, następnie zakładu kulparkowskiego (996·640); na trzeciem dopiero miejscu idzie szpital krakowski (845.491); szczepienie ochronne krowianką kosztowało w r. 1908 — 157.251 k., lekarze okręgowi 106.556, zasiłki dla zakładów sanitarnych 90.916, utrzymanie podrzutków 42.758, leki podczas epidemii 12.590, a wreszcie stypendya na podróże naukowe lekarzy 5.801 k.

Dni leczenia było w r. 1908 wogóle 2,272.522 (o 54.316 więcej, niż w r. 1907), leczenie jednego chorego trwało średnio 25·2 dni (w szpitalach stołecznych i klinikach 18·7, w szpitalach prowincyonalnych 20·5, w zakładach dla obłąkanych 170·7), — wszystkich chorych było średnio dziennie 6.207, dzień leczenia jednego chorego kosztował średnio 1·80 k. (w szpitalach stołecznych i klinikach 2.80 k., z tego żywienie 0·72 k., w szpitalach prowincyonalnych 1·41 k., z tego żywienie 0·47 k.).

---

[6]) Jako przykład, następujący przypadek: Chory dostaje raptem wieczorem tak silnego kłucia w III międzyżebrzu lewem, że krzyczy na cały głos; ciepłota podnosi się raptem do 40%; tymczasem badanie wykazuje słabe tarcie na przestrzeni 2—3 cm. Wstrzyknięcie morfiny, szybkie uspokojenie bolu i zniknięcie tarcia, nazajutrz rano ciepłota prawidłowa.

Z tabeli porównawczej za 5 lat, podanej w sprawozdaniu, godzi się przytoczyć następujących kilka liczb:

Koszt dnia leczenia wynosił:

	r. 1902	r. 1906
W Galicyi	1·35	1·52
» Czechach	1·94	1·99
» Austryi dolnej	2·56	2 69
» Styryi	1·79	1·95
» Tyrolu	1·98	2·07 koron.

Liczba łóżek we wszystkich szpitalach naszych (35 publicznych i 59 resp. 57 prywatnych) wzrosła cokolwiek, tak, że w r. 1906 przypadało w Galicyi jedno łóżko na 1205 mieszkańców, gdy w roku 1905 jedno na 1208. Z innych krajów austryackich układa się następujący szereg: Dalmacya (1052), Bukowina (999), Gorycya (836), Morawy (614). Czechy (534), Kraina (501), Istrya (bez Tryestu) (490), Śląsk (478), Austrya dolna, górna, Karyntya, Styrya, Tyrol, Salzburg (wszystkie poniżej 1:350), Tryest (114!).

Po tych ogólnych danych przechodzi sprawozdanie Departamentu V. Wydziału kraj. do przedstawienia toku spraw w różnych działach sanitarnych, naprzód w szpitalnictwie. W szpitalu krajowym we Lwowie rozpoczęto w czerwcu b. r. budowę kliniki dermatologicznej; co do klinik oto-laryngologicznej, okulistycznej i psychiatrycznej, to ustalone ostatecznie szkice budowy czekają zatwierdzenia Ministerstwa, poczem ma Namiestnictwo jeszcze wypracować szczegółowe plany i kosztorysy; gdy one będą gotowe, rozpocznie Wydział krajowy niezwłocznie budowę. Dalej rozpoczęto przy szpitalu lwowskim (osobne sprawozdanie) budowę zakładu dla chorych zakaźnych na razie na 120 łóżek kosztem 1,200.000 koron; budowa ma być ukończona w jesieni 1911. Z powodu objęcia przez kraj szpitala dla dzieci św. Zofii dokonane będą w budynkach tego szpitala adaptacye i inwestycye kosztem 91.230 k. (os. spr.); personal szpitalny ma być zwiększony o 2 sekundaryuszy i 1 płatnego praktykanta, płace kierowników oddziałów w szpitalu św. Zofii podwojone (z 1200 na 2400 k.). Wreszcie utworzono w szpitalu lwowskim pracownię rentgenowską, powierzając ją osobnemu kierownikowi (z płacą 2400 kor. rocznie). Natomiast odwleka się widocznie dalsza rekonstrukcya lwowskiego szpitala powszechnego, ponieważ plany i kosztorysy, opracowane jeszcze w r. 1907, wymagają obecnie zmiany.

Co do szpitala krakowskiego, to o sprawie najpilniejszej, — budowie oddziału położniczego —, oznajmia Wydział krajowy, że »rząd nie dał jeszcze stanowczej odpowiedzi, czy zamierza pomieścić w nowym budynku c. k. klinikę położniczą — oraz jaki będzie ze strony c. k. skarbu państwa zapewniony udział w kosztach budowy«. Ma się odbyć w tej sprawie znowu konferencya, »gdy c. k. Ministerstwo da dyrektywę c. k. Namiestnictwu w powyższych kwestyach«, co jednak dotąd nie nastąpiło »mimo kilkakrotnego przynaglania ze strony Wydziału krajowego«. Oprócz tej sprawy nadmienia Wydział krajowy o będącem w toku rozszerzeniu i rekonstrukcyi pawilonu chirurgicznego, co ma być ukończone w grudniu 1910.

W zakładzie dla obłąkanych w Kulparkowie przebudowuje się oczyszczalnie biologiczne; zaprowadzenie światła elektrycznego w zakładzie i budowa własnego wodociągu zakładowego (z wodociągu miejskiego wody jest obecnie za mało) powinny być, zdaniem Wydziału krajowego, odłożone na czas późniejszy, korzystniejszy finansowo.

Budowa zakładu dla obłąkanych na 534 łóżek (z możnością pomnożenia ich do 1000) w Kobierzynie pod Krakowem kosztem 7,000.000 koron jest w toku; do jesieni 1911 mają wszystkie budynki stanąć pod dachem, a do jesieni r. 1913 ma być cały zakład ukończony i urządzony. Dobrą wodę w ilości dostatecznej otrzyma zakład z wodociągów miejskich krakowskich.

W r. b. rozpoczynają czynność dwa nowe szpitale prowincyonalne: w Bóbrce (otwarty w czerwcu) i w Czortkowie (otwarty będzie we wrześniu), zbudowane z funduszów powiatowych, a odpowiadające najnowszym wymaganiom higieny szpitalnej. Nowe budynki szpitala w Białej, ukończone w lipcu, są tak okazałe, że szpital ten »może uchodzić pod każdym względem za jeden z najlepiej wyposażonych szpitali w kraju«. Rekonstrukcya szpitala w Bochni — nie postąpiła, ponieważ Sejm nie załatwił odpowiedniego sprawozdania Wydziału kraj., przedłożonego w ubiegłej sesyi. W Drohobyczu proponuje Wydział kraj. budowę nowego pawilonu zakaźnego. W Brzeżanach szpital zrekonstruowano i oddano już do użytku, jak również w Husiatynie; wkrótce też nastąpi to co do zrekonstruowanych szpitali w Tarnowie i Sanoku. Odwlekła się natomiast rekonstrukcya szpitala w Stanisławowie, gdzie rozpoczęto rokowania z gminą o uzyskanie gruntu pod nowe budynki, i budowa szpitala w Nadwórnie oraz pawilonu dla chorych wenerycznych w Stryju »wskutek braku odpowiedzi ze strony c. k. rządu w sprawie udziału jego w kosztach budowy«. — W tym rozdziale sprawozdania zasługuje na uwagę wzmianka, że Wydział krajowy wydał i rozesłał wszystkim szpitalom celem ujednostajnienia najpraktyczniejszego typu sprzętów szpitalnych katalog modeli.

Nowych okręgów sanitarnych ma być według wniosku Wydziału kraj. (osobne sprawozd.) utworzonych w r. 1911 — dwanaście. Wtedy we wszystkich już powiatach będą okręgi sanitarne, a mianowicie przeważnie po 2 i 3, a tylko w 13 powiatach po jednym. Dotąd istnieje okręgów 171, z których wakuje obecnie 28; wakanse te jednak ma Wydział krajowy nadzieję obsadzić wkrótce, (wobec podwyższenia płac w nieobsadzonych okręgach i uchwalenia ustawy emerytalnej dla lekarzy okręgowych), o ile oczywiście przyczyna wakansów nie leży w ogólnym braku lekarzy, dającym się odczuwać także w szpitalnictwie.

Dla zdrojowisk krajowych przygotował Wydział kraj. nowy wzorowy statut, który będzie przedmiotem obrad kraj. Rady Zdrowia; ustanowienie osobnego »inspektora lekarskiego zdrojowisk« odkłada Wydział krajowy do czasu uregulowania stosunków prawno - administracyjnych zdrojowisk i wydania nowych statutów.

Podjęte w powiecie nowotarskim próby leczenia matołków przetworami gruczołu tarczowego, któremi to próbami kierował lekarz powiatowy, poseł Dr Bednarski, wypadły nader pomyślnie i obudziły zaufanie ludności. Wobec tego wyznaczono na dalsze leczenie w roku 1911 — 1250 k. z funduszów krajowych; oprócz tego dostarczy funduszów rząd.

Umowa Wydziału kraj. z Zakładem dla sierot w Bobrku o utrzymywanie podrzutków została rozwiązana. W zakładzie wiedeńskim znajduje się około 400 podrzutków, utrzymywanych kosztem funduszów krajowych Galicyi.

Dla Sióstr zakonnych utworzył Wydział kraj. kursa pielęgnowania chorych w szpitalu lwowskim; w pierwszym roku istnienia uczyło się w tej szkole 24 słuchaczek z 8 zgromadzeń zakonnych z nader pomyślnym wynikiem. Dążąc do tego, aby wszystkie Siostry, pielęgnujące chorych w naszych szpitalach, kurs ten odbyły, urządzać będzie Wydział kraj. na przyszłość corocznie po dwa kursy pięciomiesięczne. Dyrektor szpitala lwowskiego, jako kierownik kursu, opracował dla uczennic szczegółowy podręcznik. — Z d. 1. stycznia 1910 weszła w życie nowa umowa z Siostrami Miłosierdzia w szpitalach lwowskim i krakowskim, w toku zaś jest zmiana umowy w Kulparkowie i w szpitalach prowincyonalnych.

Zasiłki na podróże naukowe otrzymało w r. 1910 dziesięciu lekarzy, imiennie przytoczonych w sprawozdaniu. Stypendyści przedkładali Wydziałowi kraj. sprawozdania, po części ogłoszone drukiem w pismach lekarskich.

Wreszcie oznajmia Wydział kraj. o akcyi, którą zainicyował w sprawie budowy państwowego zakładu dla umysłowo chorych zbrodniarzy, o skutecznych zabiegach, by liczba członków Najw. Rady Zdrowia, powołanych z Galicyi, została zwiększona i o zamiarze dalszych w tym względzie kroków, — w końcu o kilku petycyach drobniejszego znaczenia.

Sprawozdanie Inspektora szpitali krajowych o stanie tych szpitali nie zostało jeszcze przez Wydział kraj. Sejmowi przedłożone. Jedynie z tablic, dołączonych do sprawozdania Departamentu V., można wnosić, żę w niektórych punktach wypadnie ono mało co pomyślniej, niż dawniejsze. Dotyczy to zwłaszcza przepełnienia niektórych szpitali w r. 1908 (średnio dziennie: w Drohobyczu 157 chorych na 120 łóżkach, w Husiatynie 99 na 70, w Jarosławiu 122 na 110, w Kołomyi 126 na 40 [?! chyba pomyłka drukarska], w Podhajcach 121 na 85, w Przemyślanach 78 na 44 [!], w Stanisławowie 184 na 120 [!], w Stryju 133 na 99, w Tarnobrzegu 50 na 30 [!], w Tarnopolu 105 na 100, w Wadowicach 67 na 41 [!], w Zaleszczykach 109 na 60 [!], w Żółkwi 142 na 120, w Żywcu 116 na 100, w Krakowie na oddziale położniczym 45 na 30, na oddziele psychiatrycznym 141 na 115, w Kulparkowie 1378 na 1111), nie mówiąc już o tych szpitalach, gdzie nawet średnie cyfry świadczą o znacznym niedoborze rezerwy wolnych łóżek (Bochnia 52 na 55, Lubaczów 49 na 50, Przemyśl 198 na 200, Turka 67 na 67, itp.).

(Dok. nast.).

Dzieło o szpitalach w Austryi. Ministerstwo spraw wewnętrznych postanowiło wydać opis szpitali w Austryi, objaśniony planami i widokami, a obejmujący także krótkie zarysy historyczne, jako drugi tom wydawnictwa, którego tomem pierwszym jest dzieło Dra Hofmokla o szpitalach wiedeńskich. Ministerstwo wezwało więc władze polityczne wszystkich krajów (rozp. z d. 16. VII. 1910, »Österr. Sanitätswesen« Nr 36. z 6. IX. [dopiero!]), by nadesłały krótkie opisy szpitali, zwracając uwagę na urządzenie i prowadzenie i podnosząc zwłaszcza ulepszenia co do budowy, opieki nad chorymi i administracyi. Dziełem tem objęte być mają także szpitale projektowane lub będące w budowie. Pożądane jest nadesłanie ministerstwu wydanych już opisów. Uwzględnione być mają przedewszystkiem zakłady wielkie, z mniejszych zaś te, które odznaczają się wzorowem urządzeniem. Opisy będą umieszczone w dziele bezpłatnie. Wydawnictwa o szpitalach (w jakimkolwiek języku wydane) nadsyłać należy przez władze polityczne albo wprost do ministerstwa spraw wewn. (»für den k. k. obersten Sanitätsrat«) najdalej do 1. listopada b. r. Wyjaśnień udziela zresztą redakcya pisma »Das österr. Sanitätswesen« (Departament sanitarny ministerstwa spraw wewn.).

Leżałoby w interesie kraju, aby szpitale nasze były w tem wydawnictwie uwzględnione w sposób należyty. Nie wątpimy, że nastąpi to co do zakładów krajowych, zawiadywanych przez Wydział krajowy, wśród których kilka nowszych szpitali prowincyonalnych, oraz projekt zakładu w Kobierzynie, śmiało współzawodniczyć może z zakładami w innych krajach. Ale prócz publicznych, mamy w kraju kilka rzeczywiście wzorowych zakładów prywatnych, powstałych lub przekształconych w ostatnich latach, któreby również powinny w wydawnictwie rządowem odpowiednio być przedstawione. Jest rzeczą zarządu tych zakładów o to na czas się postarać. R.

Remuneracye asystentów w Austryi. Ministerstwo oświaty wydało w d. 24. sierpnia b. r. w sprawie remuneracyi asystentów wyższych szkół austryackich następujące rozporządzenie: 1. Remuneracya (adjutum) asystenta, który ma charakter urzędnika państwowego, wynosi 1700 koron rocznie i podnosi się przy nieprzerwanej służbie po 2 i 4 latach o 300 koron, zaś po 6 i 8 latach o 400 koron tak, że dochodzi do najwyższej kwoty 3100 koron rocznie. 2. Ci asystenci, którzy pełnią swą służbę bez charakteru urzędnika państw. (bez obywatelstwa austryackiego lub rządowych kwalifikacyi naukowych) pobierać mają stale 1400 kor. remuneracyi.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 18. IX. do 24. IX. 1910 zgłoszono przypadków: błonicy 6 † 1 (w tem obcych 2 † —), krztuśca 2, płonicy 13 † 3 (3 † 3), odry 12 † — (1 † —), duru brzusznego 9 † — (4 † —), czerwonki 2, gorączki połogowej 2 † 1 (1 † 1).

Dr Janiszewski.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Redaktor główny »Przeglądu lekarskiego, Prof. Dr Ciechanowski, powrócił do czynności redakcyjnych.

Lwów. Otrzymujemy następujące zawiadomienie:

»Komisya przemysłowo-lekarska Towarzystwa lekarskiego lwowskiego, ulegając usilnym prośbom, jakie napływały ze strony kół interesowanych, by projektowany na listopad b. r. krajowy Zjazd balneologiczny odbył się jeszcze w czasie trwania Sejmu krajowego, zmuszona była przyspieszyć termin tego Zjazdu na dnie 29. i 30. października b. r.«

Warszawa. W liście otwartym do Redakcyi »Gazety lekarskiej« przypomina Dr Jan Bączkiewicz konieczność sprawozdań z prac naukowych polskich, pisząc, co następuje:

»Jeżeli jednostkom nieraz jest trudno zdobyć się na ogłoszenie swych prac w językach obcych i stąd nieraz spostrzeżenia i nowe fakty naukowe giną jako nasz dorobek i stają się zasługą obcych, późniejszych ich odkrywców, to na instytucyach naukowych zbiorowych, jak: Zjazdy, Stowarzyszenia, zda się, wprost ciąży obowiązek, aby uprzystępniać nasz dorobek naukowy dla świata uczonego, tem bardziej, że organa tych instytucyi (sprawozdania, pamiętniki) są niejako odbiciem ruchu naukowego u nas w danej specyalności. Dla ścisłości zaznaczyć należy, że niezależnie od niewielu sprawozdawców do pism specyalnych, pewne usiłowania w tym kierunku już istniały i istnieją, jak np. dawał streszczenia w języku francuskim b. »Przegląd chirurgiczny«, daje »Przegląd pedyatryczny«, grono osób Tow. lek. lwowskiego zasila referatami »Archiw Virchowa«, streszczenia w języku francuskim dają »Sprawozdania warsz. Tow. naukowego«, miesięcznik »Zdrowie« (zeszyt sierpniowy). - Kwestya sprawozdań z piśmiennictwa polskiego do czasopism zagranicznych była przedmiotem obrad w sekcyi prasy lekarskiej na ostatnim X. Zjeździe lekarzy i przyrodników we Lwowie. Sekcya przeprowadzenie szerszej akcyi na tem polu przekazała Związkowi prasy lekarskiej polskiej«.

»Jeżeli ze względów czysto technicznych, czy materyalnych, nie może być mowy na razie o tem, ażeby wszystkie prace danego sprawozdania, czy pamiętnika, czy wydawnictwa, jednocześnie obok tekstu polskiego zawierały przekład na język obcy, to w zupełności jest rzeczą wykonalną i dla naszych kieszeni dostępną, ażeby obok tekstu polskiego było krótkie, zwięzłe streszczenia w języku obcym, np. w języku francuskim. Żaden komunikat, referat, czy praca oryginalna nie powinny być dopóty wniesione na porządek dzienny, póki autor nie przedstawi streszczenia, a sekretarze posiedzeń naukowych winni być zobowiązani do przedstawiania, niezależnie od protokołów, krótkich streszczeń dyskusyi naukowych. Aby uzyskać odpowiedni fundusz na przetłómaczenie na język obcy i wydrukowanie powyżej wymienionych streszczeń, od każdego uczestnika Zjazdu, ewentualnie członka Stow., może być pobierany skromny dobrowolny dodatek do normalnej składki, któryby pokrył związane z powyższym celem koszta (1 rb.). Tego rodzaju sprawozdania ze streszczeniami w języku francuskim, rozsyłane instytucyom naukowym i przedstawicielom nauki, dadzą możność światu uczonemu choć w ten sposób zapoznać się z naszą pracą, z naszą myślą, a my przytem zyskamy, że nasz dorobek naukowy nie będzie przepadał i że nie będziemy pomijani. Niech świat lekarski zrobi w tym względzie początek, a z pewnością i przedstawiciele innych działów wiedzy nie pozostawią nas samotnie«.

Sprawę tę poruszaliśmy wielokrotnie i oddawna, jednakże usiłowania wprowadzenia jej na tory praktyczne natrafiały na przeszkody, leżące głównie w nieumiejętności czy niechęci do odpowiedniej organizacyi. Już dając inicyatywę do utworzenia sekcyi prasy lekarskiej na Zjazdach lekarskich polskich, wymieniliśmy tę sprawę, jako jeden z przedmiotów obrad; istotnie też rozpatrywała ją sekcya prasowa nietylko na ostatnim, ale jeszcze na IX. Zjeździe lekarzy i przyr. polskich w r. 1900 w Krakowie. Wybrana wówczas komisya opracowała projekt organizacyi sprawozdań, oparty na przypuszczeniu, że zadania tego podejmą się redakcye pism lekarskich polskich, co się jednak niestety nie sprawdziło. Obecnie, z inicyatywy kol. Sterlinga z Łodzi, zamieszczamy od czasu do czasu w piśmie naszem listę sprawozdawców do czasopism obcych, z prośbą do autorów naszych, aby odbitki swych prac odpowiednim sprawozdawcom przesyłali.

W każdym razie ponowne poruszenie tej sprawy przez Dra Bączkiewicza, zasługuje na tem większą uwagę, że projekt oparcia organizacyi sprawozdawczej o Towarzystwa lekarskie wyda może lepszy wynik, niż próby dawniejsze. Nie dotykamy tu pytania, czy wogóle należy się starać o sprawozdania w językach obcych z naszego piśmiennictwa; wprawdzie bowiem byli i są przeciwnicy tej myśli, jednakże w opinii ogółu jest ona oddawna przesądzoną. Lekarze czescy bez wielkich rozpraw o »zasadę« wzięli się do czynu i od lat już kilku wydają »Revue de médecine tcheque«, zawierającą streszczenia w części niemieckie, w części francuskie. C.

— W miasteczku Pajęcznie w Królestwie polskiem (gub. piotrkowska) brak lekarza. Warunki dla osiedlenia się lekarza są bardzo dobre, gdyż w promieniu 30 kilometrów niema lekarza; samo miasteczko liczy 4000 mieszkańców, a okręg około 30000. Bliższych wiadomości udziela aptekarz p. St. Kazoń w Pajęcznie.

Łódź. Jak donoszą pisma warszawskie, pozwolono Towarzystwu lek. w Łodzi na Zjazd lekarzy z gub. piotrkowskiej pod warunkiem, iż referaty będą przedstawione na miesiąc przed Zjazdem do uznania gubernatora piotrkowskiego.

Z różnych stron. Przy otwarciu międzynarodowego Zjazdu ginekologów w Petersburgu przemawiali z Polaków: imieniem wydziału lekarskiego krakowskiego po polsku dziekan

Prof Kader, imieniem narodowego komitetu polskiego Dr Neugebauer z Warszawy, imieniem Towarzystwa polskich lekarzy w Petersburgu Prof. Ziemacki, po francusku. Do prezydyum honorowego powołani zostali z Polaków profesorowie Kader i Rosner z Krakowa.

Zjazd ten był pierwszym z międzynarodowych Zjazdów lekarskich w latach ostatnich, na którym Polakom przyznano te same prawa, jak innym narodowościom, a to dzięki usilnym zabiegom Prof. Marsa ze Lwowa, prezesa komitetu narodowego polskiego i Dra J. Jaworskiego z Warszawy. Wśród wykładów było kilkanaście zgłoszonych przez Polaków. Ogólna liczba uczestników Zjazdu przekroczyła 600.

— Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu odbył 13/26 września XIII. uroczyste posiedzenie, poświęcone rodakom, przybyłym na międzynarodowy Zjazd ginekologów; porządek dzienny obejmował oprócz powitalnego przemówienia Prezesa, dwa wykłady: Dr Neugebauera: O równoczesnej ciąży macicznej i pozamacicznej i Prof. Dr Ziemackiego: Hypoteza o powstawaniu ropni opadowych przy gruźlicy chirurgicznej.

— Dr Festenburg, prezydent Izby lekarskiej lwowskiej, wybrany został wiceprezesem lekarskiego Towarzystwa ubezpieczeń od wypadków »Kosmos« w Wiedniu.

— Dr Jan Nelken, b. asystent przy katedrze chorób nerwowych i umysłowych Uniw. Jagiell., mianowany został I. asystentem kliniki psychiatrycznej w Zürichu.

— Stan kultury, oświaty i zdrowia kolonii polskich w Ameryce, odbijających pod tym względem niekorzystnie od kolonii innych narodów, skłonił grono ludzi dobrej woli do założenia w Chicago »Polskiego Uniwersytetu ludowego«, który wydał właśnie pierwsze sprawozdanie doroczne. Godzi się o nim wspomnieć w piśmie lekarskiem choćby dlatego, że na czele tej instytucyi stanęli lekarze (Dr J. Szymański i Dr Czaki), z których rekrutuje się także znaczna część prelegentów i że poważną część swej działalności poświęca ta instytucya popularyzowaniu higieny. W roku 1909/10 urządzono systematyczne wykłady p. t. »Życie i zdrowie«, »O alkoholizmie«, »O budowie ciała«, »O czynnościach ciała«, a podobne temata objęto też programem na r. 1910/11.

— Znany dermatolog w Hamburgu, Prof. P. G. Unna obchodził d. 8. września b. r. uroczyście 60-lecie urodzin. Zgromadzeni uczniowie i przyjaciele wręczyli mu dwa tomy obszernego zbioru prac, wydanych ku jego czci w liczbie 118.

— Międzynarodowy Zjazd dermatologów odbędzie się 25. do 29. IX. 1911 w Rzymie. Przewodniczącym został Prof. de Amicis z Neapolu, sekretarzem głównym Dr Ciarrochi z Rzymu.

— Zjazd chirurgów francuskich rozpocznie się w Paryżu w d. 3. X. b. r.

— Łączenie się w sekty kwitnie w Ameryce i na polu medycyny. Istnieje bowiem szkoła jaroszów, zwolennicy dyety bezpurynowej, zwolennicy dyety o małej ilości białka. Pośrednią drogę obrali Dr Wiley i Dr Benedikt, którzy zalecają nieco więcej istot białkowatych. Zwolennicy tych trzech kierunków cieszą się doskonałem zdrowiem i siłą do pracy, chociaż różnią się sposobem życia. Wszyscy jednak zgadzają się na jedno, że człowiekowi wystarcza średnia ilość pożywienia, a wszystkie te nauki wiodą do bardzo starej prawdy, że umiarkowanie jest dobre we wszystkiem. K.

Mianowani: Dr Vegrassat profesorem polikliniki chirurg. w Genewie, Dr Meuzer prof. medycyny wewn., a Dr Pfeifer Bertold prof. neurologii w Halli; Doc. Dobromyslow profesorem chirurgii w Kijowie, Dr Röpke prof. laryngologii w Solingen, Doc. Nekam prof. dermatologii w Peszcie, Doc. Polumordwinow profesorem fizyologii w Kazaniu.

Redaktor odpowiedzialny:

Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Rok XLIX. Kraków, dnia 8. października 1910. Nr 41.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

W Warszawie obraduje Zjazd chirurgów polskich.

Dobiegające końca dni Zjazdu, tak licznego, jak żaden jeszcze z naszych Zjazdów chirurgicznych i jak żaden z nich bogatego w plon naukowy, są wspaniałą manifestacyą żywotności i rozwoju tej gałęzi medycyny polskiej. Samorzutnie, bez sztucznych podniet, doszedł ten Zjazd powagi i rozmiarów, wytrzymujących pod każdym względem porównanie ze Zjazdami, odbywanymi w innych krajach; można i należy podnieść to z chlubą tem większą. im trudniejsze są warunki, w jakich lekarzom polskim w przeważnej części ziem naszych kształcić się i naukowo pracować przychodzi.

Umiejętna organizacya obecnego Zjazdu, dobór tematów żywotnych, których rozstrzygnięciem zajmują się właśnie chirurdzy w całym świecie, złączyły się z wyrobioną tradycyą Zjazdów chirurgicznych polskich w całość niezwykle świetną, uwydatniając tem silniej zasługę Tego, który Zjazdy te powołał do życia i który, umiejąc utrzymać ich ciągłość, doprowadzić je zdołał do dzisiejszego rozkwitu. A we wdzięcznej pamięci lekarzy polskich pozostanie, że Zjazdy chirurgiczne były u nas pierwszym początkiem Zjazdów, poświęconych jednej grupie nauk lekarskich, a odgrywających dziś wszędzie pierwszorzędną rolę w postępie medycyny, że były one wzorem, za którym poszli u nas przedstawiciele innych gałęzi naszej nauki.

Na Zjazd stawili się uczestnicy ze wszystkich ziem naszych w imponującej liczbie, a iluż to jeszcze jest takich, którzy niepokonanemi przeszkodami skrępowani, z największym żalem nie mogli pospieszyć na to nauki naszej święto. Siła przyciągająca tegorocznego Zjazdu jest wynikiem kilku przyczyn, które wszyscy odczuwamy. Oby i na przyszłość wśród przyczyn tych zachował swoje znaczenie ciągle potężniejący rozpęd samodzielności we wszystkich działach medycyny polskiej.

Przodujące w tem polskie Zjazdy chirurgiczne dodały znowu jedną chlubną kartę do swojej historyi.

Leczenie błonicy surowicą swoistą.

(Wyniki w okresie ubiegłych lat 15, 1895—1909).

Podał

W. Puławski (Radziejów, gub. warszawska).

Rok ubiegły, 1909, zamyka piętnastoletni okres stosowania przezemnie surowicy przeciwbłoniczej. Prócz kilkunastu przypadków, które dotyczyły osób starszych powyżej lat 15, oraz kilku przypadków takich, które po zastosowaniu surowicy u dzieci do lat 15, znikły mi z oczu i nie mogły być przez to włączone do szeregu statystycznego dla braku danych co do dalszego przebiegu choroby, miałem wszystkich dokładniej postrzeganych przypadków 703, wśród nich 46 śmiertelnych, czyli 6·5% ogólnej liczby; przypadków z powikłaniami krtaniowemi było 381, czyli 54% ogólnej liczby; dały one 12% śmiertelności. Wszystkie przypadki wogóle z punktu widzenia ich przebiegu klinicznego dzieliłem na trzy kategorye: 1) zapalenie krtani, 2) zapalenie gardła oraz krtani i 3) zapalenie gardła. Pierwsze dwie kategorye w szeregach wykazowych łączyłem w jedną rubrykę p. t. »przypadków krtaniowych«.

Spostrzegane przypadki grupowały się, jak następuje:

I) Co do płci: chłopców 369; dziewcząt 334.

II) Co do wieku:

0—1 = 33	5—6 = 71	10—11 = 12
1—2 = 93	6—7 = 45	11—12 = 12
2—3 = 133	7—8 = 37	12—13 = 15
3—4 = 115	8—9 = 17	13—14 = 13
4—5 = 89	9—10 = 10	14—15 = 8

III) Co do dnia choroby, w którym zastrzyknięto surowicę:

A) Ogólna ilość przypadków:	B) Przypadki krtaniowe:
1 — 352	1 — 177
2 — 164	2 — 93
3 — 95	3 — 56
4 — 46	4 — 31
5 — 28	5 — 16
6 — 14	6 — 6
7 — 3	7 — 2
8 — 1	8 — 0

IV) Co do ilości wstrzykniętej surowicy:

A) Ogólna ilość przypadków:		B) Przypadki krtaniowe:	
1000 jedn. ochr.	344	1000 jedn. ochr.	125
2000 » »	328	2000 » »	226
3000 » »	17	3000 » »	16
4000 » »	13	4000 » »	13
5000 » »	1	5000 » »	1

V) Co do wielokrotności dawek:

1) jednokrotnie 655
2) dwukrotnie 47
3) pięciokrotnie 1

VI) Co do przypadków śmiertelnych, zestawionych szczegółowo w tablicy I-ej, to większość z nich, jak to widać z tablicy, podlegała leczeniu już w stanie beznadziejnym, lub wprost »in extremis«; surowicę zastosowano na wyraźne żądanie rodziców, lub też sposobem próby wobec sytuacyi, w której nie było już nic do stracenia. W pewnej części przypadków surowicę zastosowano w zbyt małej ilości w stosunku do potrzeby danego przypadku, a to z powodu niechęci i braku zaufania do tego środka, zwłaszcza w pierwszych latach stosowania go, lub też z powodu zbyt wielkiej niezamożności chorych. Wszystkie te przypadki jednak nie zostały przezemnie wyłączone ze statystyki ogólnej, aby nie zmniejszać sztucznie odsetki śmiertelności, która wobec tego wypadłaby prawie o połowę mniejsza.

Nader ważną okoliczność należy tu zaznaczyć, a mianowicie, żaden z przypadków śmiertelnych nie był przedtem leczony surowicą przeciwbłoniczą, ani żadną inną wogóle, czyli ani jedno zejście śmiertelne nie nastąpiło po powtórnych wstrzykiwaniach, stosowanych w dłuższym odstępie czasu.

Z tablicy pierwszej możemy również otrzymać jeszcze i następujące dane: w przypadkach, które zakończyły się śmiercią, wstrzyknięcia dokonano:

na 1-szy	dzień	choroby	0
» 2-gi	»	»	1 raz
» 3-ci	»	»	12 razy
» 4-ty	»	»	14 »
» 5-ty	»	»	11 »
» 6-ty	»	»	6 »
» 7-my	»	»	2 »

Stąd możemy otrzymać odsetkę wyzdrowienia i śmiertelności wszystkich przypadków leczonych, zależnie od dnia wstrzyknięcia surowicy, co zestawiam w tablicy II-ej:

VII) Co do wysypek posurowicznych, to wogóle dane ściślejsze, na których więcej polegać można, mam od r. 1903. Dają one miarę dla całego okresu piętnastoletniego; dla ścisłości zestawiam dane te w tablicy III. Zjawianie się wielopostaciowych wysypek (urticaria, rash, erythemata et exanthemata morbilliformia (rzadko) lub scarlatiniformia (niezmiernie rzadko) i ich natężenie, jako objawy tak zwane posurowicze (Serumkrankheit) stopniowo zmniejszają się, w miarę tego jak surowica staje się bardziej wysokowartościową, gdyż przez to samo 1000 jedn. ochr. zawiera się nie w 10 ctm.³, lecz w 8, 6, 5, 4, 3, 2, a nawet w 1 ctm.³, a w przypuszczeniu jednakowo dokładnych warunków przygotowania surowicy przeciwbłoniczej i prawidłowego ich

TABLICA I.

L. p.	Płeć	Wiek w latach	Ilość wstrzykniętej surowicy w jedn. ochr.	Ilość dawek	Dzień wstrzyknięcia	Dzień śmierci	Uwagi
1	Z.	4	2000	2	4 i 5	23	Poprawa dnia siódmego; po upływie 2 tygodni nawrot; potem już surowicy nie stosowano.
2	M.	2	2000	1	4	5	Stan beznadziejny. Podczas wstrzykiwania surowicy oraz ol. kamfor. i koffeiny bez odczynu.
3	M.	2	2000	1	6	7	Stan b. ciężki; silne zapalenie gardła; gruczoły olbrzymie; na piąty dzień Laryngitis cruposa, a potem Croup. descendens.
4	Z.	3	1000	1	3	4	Objawy septyczne ogólne b. wydatne. Laryngitis od początku. Zastrzyknięcie surowicy i ol. kamfor. bez odczynu.
5	M.	$3^1/_4$	2000	1	6	6	In extremis.
6	M.	$2^1/_2$	1000	1	5	5	In extremis.
7	M.	$4^1/_2$	2000	1	6	8	Źrenice zwężone do minimum bez odczynu; wstrzyknięcie surowicy bez odczynu, a ol. kamfor. odcz. słaby.
8	Z.	$1^1/_2$	2000	1	7	7	In extremis.
9	M.	4	2000	1	4	5	Stan beznadziejny; zapalenie gardła bardzo rozległe i laryngitis od początku. Sinica, odczyn przy wstrzyknięciu słaby.
10	Z.	2	1000	1	4	6	Od początku senność, apatya; białkomocz $2^0/_{00}$ (Essbach); warunki bardzo złe.
11	Z.	$2^1/_2$	1000	1	5	6	Angina i laryngitis po krostach (?). Stan bardzo zły.
12	Z.	$2^1/_2$	2000	1	3	5	Limfatyczna, nalana; gruczoły szyjne b. twarde i wielkie; silne zapalenie gardła.
13	Z.	$1^1/_2$	2000	1	5	5	In extremis.
14	M.	$3^1/_4$	2000	1	4	5	In extremis.
15	M.	5	2000	1	4	5	Stan beznadziejny; zapalenie gardła bardzo rozległe i laryngitis od początku. Wstrzyknięcie surowicy i ol. kamf. bez odczynu.
16	Z.	$2^3/_4$	2000	1	3	4	Gruczoły niewielkie; zapalenie gardła lekkie. Od początku krup krtani b. ciężki i objawy płucne.
17	Z.	7	1000	1	3	6	Angina et stomatitis diffusa; przy dotykaniu krwawienie; ludzie biedni, przeciwni surowicy.
18	M.	$3^1/_2$	2000	2	5 i 6	12	Podczas zapalenia gardła wysypka (?); potem laryngitis i perichondritis. Gruczoły szyjne bardzo twarde i wielkie.
19	Z.	$1^3/_4$	2000	2	2 i 4	6	Słaba i wątła; gruczoły twarde i wielkie; objawy krtaniowe stopniowe, wzmagające się i zstępujące.
20	Z.	$^1/_2$	1000	1	3	5	Stan beznadziejny; rodzina biedna, daleko mieszkająca. Gruczoły twarde, wielkie; bliższe dane o objawach przedśmiertnych nie są mi wiadome.
21	M.	5	2000	1	7	7	In extremis.

L. p.	Płeć	Wiek w latach	Ilość wstrzykniętej surowicy w jedn. ochr.	Ilość dawek	Dzień wstrzyknięcia	Dzień śmierci	UWAGI
22	M.	9	2000	1	5	6	In extremis.
23	M	$^3/_4$	4000	2	3 i 4	5	Tłusty, blady, limfatyczny, bezkrwisty; silne zapalenie gardła; gruczoły szyjne bardzo twarde i wielkie; po wstrzyknięciu surowicy i ol. kamf. odczyn słaby.
24	Z.	5	2000	1	5	5	In extremis.
25	M.	$3^1/_2$	1000	1	3	4	Stan beznadziejny; zapalenie gardła lekkie; gruczoły szyjne twarde, mało powiększone; krup krtani od początku bardzo silny. Croup descendens.
26	M	5	2000	1	6	7	Angina i stomatitis od początku; laryngitis na 4-ty dzień; gruczoły twarde i wielkie; ludzie biedni, przeciwni wstrzyknięciu surowicy.
27	M.	6	1000	1	4	10	Syn niewidomego żebraka; pleuritis subacuta; angina bardzo silna; gruczoły twarde i wielkie; krup krtani od początku, stopniowo wzmagający się.
28	Z.	$1^1/_2$	1000	1	5	5	In extremis.
29	Z.	7	2000	2	3 i 5	7	Zapalenie gardła b. silne; laryngitis od początku. Gruczoły twarde i wielkie; krótkotrwała wysypka (scarlat?); objawy zapalenia opon, stopniowo wzrastające, przy których exitus.
30	Z.	$1^1/_4$	1000	1	4	6	Schorzała, wątła; zapalenie gardła bardzo silne; laryngitis od początku; gruczoły twarde i duże; stopniowy upadek sił. Wstrzyknięcie surowicy, kamfory i kofeiny wywołuje odczyn słaby.
31	Z.	$1^1/_2$	2000	1	4	6	Wątła i schorzała; po zapaleniu gardła poprawa, później na trzeci dzień laryngitis i variolois (?). Objawy tchawiczne i płucne. Stopniowy upadek sił, przy którym exitus.
32	Z.	$1^1/_2$	2000	1	5	8	Zapalenie gardła b. rozległe; na trzeci dzień laryngitis; gruczoły b. twarde i wielkie. Objawy płucne i septyczne ogólne; stopniowy upadek sił, przy którym exitus.
33	M.	$1^1/_2$	2000	1	4	5	Laryngitis w tydzień po krostach (?), trwających jednę dobę, gruczoły wyczuwalne; zapalenie gardła niedostrzegalne. Croup. descendens — objawy płucne, przy których exitus.
34	Z.	$^1/_2$	2000	1	3	4	Bardzo wątła i słabowita; zapalenie gardła rozległe na tydzień przed krupem, który raptownie pogarszał się przy objawach zstępujących Wstrzyknięcie surowicy i kamfory przy odczynie bardzo słabym.
35	Z.	2	2000	1	3	4	Sinica, zwężenie źrenic bez odczynu. Wstrzyknięcie surowicy i eteru kamforowego bez odczynu. Śmierć w 36 godzin po wstrzyknięciu.
36	Z.	$2^1/_2$	2000	1	5	5	In extremis, jednocześnie wstrzyknięto ol. kamf. bez odczynu. Exitus w 12 godzin po wstrzykn.
37	M.	$1^1/_2$	2000	1	4	5	Sinica, miosis; odczyn przy zastrzyknięciu słaby; toż samo po wstrzyknięciu olejku i eteru kamforowego. Exitus w 28 godzin po wstrzyknięciu.
38	Z.	$1^1/_4$	2000	1	5	6	Bardzo tłusta: sinica, zwężenie źrenic bez odczynu; gruczoły twarde i wielkie; zapalenie gardła rozległe. Przy wstrzyknięciu odczyn słaby; exitus w 40 godzin później.
39	M.	10	3000	2	6 r. i w.	7	Gruczoły bardzo silnie powiększone i stwardniałe; silne zapalenie gardła; laryngitis na czwarty dzień choroby. Odczyn przy wstrzyknięciu surowicy i olejku kamforowego bardzo słaby. Exitus w 35 godzin po wstrzyknięciu.
40	M.	14	2000	1	4	6	Inanitio, sinica, miosis; gruczoły niewielkie, zlekka stwardniałe; laryngitis od początku, potem objawy zstępujące. Przy wstrzyknięciu surowicy odczyn żywy. Exitus w 50 godzin później.
41	Z.	4	2000	1	6	6	In extremis; przy wstrzyknięciu surowicy i ol. kamfor. oraz eter. kamforat. bez odczynu. Exitus w 19 godzin po tem.
42	M.	$1^1/_2$	2000	1	5	7	Przedtem wysypka (morbilli?). Opjawy laryngospasmi. Oedema glottidis. Na konsylium próba intubacyi nieudatna. Przy wstrzyknięciu surowicy i ol. kamforow. odczyn słaby.
43	Z.	9	2000	1	3	6	Laryngitis po 8 dniach zapalenia gardła rzekomo wyleczonego, gruczoły podszczękowe duże i twarde; śpiączka, słabość ogólna, drgawki w twarzy; przy wstrzyknięciu surowicy odczyn żywy, kurczowy.
44	Z.	$4^1/_2$	4000	2	4 i 5	8	Na 12 dni przedtem wysypka krótkotrwała (scarl. ?); potem angina, następnie laryngitis; objawy słabości ogólnej bardzo wielkiej; białkomocz $1^0/_{00}$ (Essbach). Exitus przy wzrastającym upadku sił.
45	Z.	$3^1/_4$	3000	1	3	6	Stan beznadziejny; zapalenie gardła bardzo rozległe; gruczoły bardzo twarde i duże; wstrzyknięcie surowicy bez odczynu; z powodu ubóstwa i odległości zamieszkania powtórnie nie zgłaszali się.
46	M.	8	3000	1	4	7	Stan groźny; angina i laryngitis od początku, stopniowo wzmagają się; po chwilowej poprawie pogorszenie się objawów krupowych. Gruczoły twarde i bardzo duże. Z powodu ubóstwa i odległości zamieszkania powtórnie nie zgłaszali się.

przechowywania, wysypki posurowicze są zależne wprost od ilości wstrzykniętej surowicy. Przypuszczalnie więc z biegiem czasu zjawianie się wysypek posurowiczych można będzie doprowadzić do minimum zależnie od coraz to wyższej

wartości siły surowicy w porównaniu z normalną. Innych poważniejszych objawów posurowiczych ze strony różnych narządów wewnętrznych nie miałem sposobności spostrzegać ani razu.

Również nigdy nie spostrzegałem objawów właściwej nadwrażliwości (Anaphylaxia — Ueberempfindlichkeit), ani u danego chorego w jednym okresie chorobowym, ani u danego osobnika, leczonego surowicą kilkakrotnie w przerwach kilkoletnich z powodu coraz to nowych zachorowań na błonicę gardła lub krtani. Przeglądając uważnie notatki kazuistyczne z całego okresu piętnastoletniego znalazłem wśród nich, 54 przypadków, w których surowicę wstrzykiwano w odstępach kilkoletnich po 2 i 3 razy, a nawet czterokrotnie, jeżeli wliczymy i wstrzykiwanie surowicy przeciwpłoniczej.

TABLICA II.

Dzień wstrzyknięcia	Ogólna ilość przypadków	Ilość przypadków śmiertelnych	% wyzdrowienia	% śmiertelności	Ilość przypadków krtaniowych	Ilość przypadków śmiertelnych	% wyzdrowienia	% śmiertelności
1	352	—	100	—	177	—	100	—
2	164	1	99·4	0·6	93	1	99	1
3	95	12	87·4	12·6	56	12	79	21
4	46	14	70	30	31	14	55	45
5	28	11	58	42	16	11	31	69
6	14	6	57	43	6	6	—	100
7	3	2	33	67	2	2	—	100
8	1	—	—	—	—	—	—	—

TABLICA III.

Lata	Ogólna liczba przypadków z wyłączeniem śmiertelnych			Liczba przypadków ze zastosowaniem surowicy w ilości 1000 jedn. ochr.			Liczba przypadków ze zastosowaniem surowicy powyżej 1000 jedn. ochr.			Dzień występowania wysypki po wstrzyknięciu			Trwanie wysypki w dniach				Rodzaj wysypki					
	Ogólna liczba przypadków	Liczba przypadków powikłanych wysypką	Ditto w %	Ogólna liczba przypadków	Liczba przypadków powikłanych wysypką	Ditto w %	Ogólna liczba przypadków	Liczba przypadków powikłanych wysypką	Ditto w %	Najwcześniej	Najczęściej	Najpóźniej	Najkrócej	Najdłużej	Najczęściej	Najrzadziej	Pokrzywka tylko	Pokrzywka tylko w %	Rumień (rash) tylko	Rumień (rash) tylko w %	Mieszana	Mieszana w %
1895—1902	435	169	39	257	10	4	178	159	89	3	8	16	1	5	2	5	112	66	39	23	18	11
1903—1906	125	59	47	64	2	3	61	57	97	2	8	16	1	5	2	5	40	68	10	17	9	15
1907—1908	64	35	55	7	—	—	57	35	61	3	8	15	1	4	2	4	16	46	11	32	8	22
1909	33	17	51	6	—	—	27	17	63	4	8	14	1	4	2	4	8	47	6	35	3	18
1903—1909	222	111	50	77	2	2·6	145	109	75	2	8	16	1	5	2	5	64	58	27	24	20	18
1895—1909	657	280	42	334	12	3·5	323	268	86	2	8	16	1	5	2	5	176	63	66	23	38	14

(C. d. n.)

O rozpoznawaniu i leczeniu zakażeń połogowych.

Podał

Dr Władysław Falgowski,

ginekolog w Poznaniu.

Nie zawiele może powiem, twierdząc, że o żadnej chorobie nie mówiono i nie pisano w ostatnim czasie tyle, jak o zakażeniach połogowych. A mimo to i dzisiaj jeszcze ani obraz patologiczny zakażeń połogowych, ani też sposób leczenia jest całkowicie wyświetlony. Nie mam zamiaru rozwodzić się tu obszernie o licznych teoryach, dotyczących zakażenia połogowego. Zmierzając do racyonalnego leczenia tej choroby trzeba zawsze w poszczególnych przypadkach mieć na względzie zmiany, jakie ta choroba w ustroju wywołuje. Środków leczniczych na zakażenie połogowe podawano ilość nader wielką, dowód najlepszy, że wszystkie razem wzięte, nie wiele są warte. Każdy z tych niezliczonych środków być może, że w kilku przypadkach pomógł i dlatego też niektórzy przypisują lekowi takiemu nietylko w teoryi, lecz i w pewnych praktycznych przypadkach podług własnych doświadczeń pewne bliżej określane i motywowane wyniki korzystne. Podziwiać trzeba niezaprzeczenie pilność i wytrwałość badaczy, którzy poświęcają swe siły i czas w celu wyświetlenia tych pod niejednym względem ciemnych jeszcze działów naszego lecznictwa. Ale niemniej podziwiać trzeba wytrwałość i pilność tych, którzy te liczne i w swych ostatecznych wynikach tak bardzo różniące się prace czytają i stosownie do tego, co czytają, następnie postępują.

Celem naszej wspólnej pracy i zabiegów, tyczących się zrozumienia i leczenia zachorzeń gorączkowych w połogu, powinno być to, aby w każdym poszczególnym przypadku szybko i pewnie rozpoznać pochodzenie i okres choroby, dalej, aby poznawszy właściwą cechę zachorzenia, chwycić się odnoszących się do tej lub owej cechy pewnych i wypróbowanych środków leczniczych. Zamiast jednak tego mamy obecnie w sprawie leczenia zakażenia połogowego istotny chaos. Jakże należy go sobie jednak tłómaczyć? Przypatrzmy się sprawie tej z blizka.

Uwagi o wartości statystyki.

Każdy, kto posiada większe doświadczenie w przypadkach zakażenia połogowego, wie dobrze, że choroba ta, biorąc klinicznie, okazuje bardzo różny przebieg. Pomiędzy niezliczonymi przypadkami tej choroby żaden drugiemu nie jest równy. Trzeba co prawda badać zakażenia połogowe przez szereg lat i to o ile możności w wielkich zakładach, aby następnie, czy to w lżejszych czy cięższych przypadkach, módz trafnie rozpoznać chorobę i jej rokowanie ocenić. Strzedz się należy błędu często popełnianego, aby pewnych środków i metod leczniczych, na mniej ob-

szernym materyale wypróbowanych, przedwcześnie nie polecać. Jeden i ten sam środek leczniczy, zawodzący najzupełniej w cięższych przypadkach, może pomódz w przypadkach średnio ciężkich lub łagodniejszych. W przypadkach zaś łagodnych wyzdrowienie mogłoby nastąpić i bez takiego środka leczniczego.

Z takiego punktu widzenia przedstawiają się wszelkie statystyki wyników leczenia zakażenia połogowego mniej wartościowo, niż zwykle przypuszczamy, nigdy bowiem nie wiemy, czy i o ile przypadki, wymienione w statystyce, były ciężkie lub lekkie. Aby osiągnąć statystykę dobrą i rzeczywiście dokładną i przedmiotową, trzebaby wszystkie przypadki zakażenia połogowego w większych miastach niejako zogniskować. Dalej należałoby odpowiednie przypądki przez dłuższy czas najpierw leczyć podług jednej, ustalonej i pewnej zasady, a powtórnie taką samą ilość podobnych przypadków mniej więcej przez równie długi czas leczyć odmiennym sposobem. Wtenczas to dopiero okazałoby się, o ile ten lub ów środek zasługuje na większe lub mniejsze uznanie i zastosowanie. Ale i to jeszcze nie wystarczyłoby właściwie, aby uzyskać statystykę dokładną i rzeczową. Nie mam tutaj naturalnie na myśli zabiegów operacyjnych, które w pewnych przypadkach są wskazane, — myślę raczej o wielkiej ilości różnych polecanych środków leczniczych, które często, nie mając nic innego do wyboru, stosujemy. Aby ich wartość poznać, trzebaby materyał, znajdujący się w wielkim jakimś zakładzie, naprzód rozdzielić na różne podgatunki i grupy. Przypuśćmy, że np. pomiędzy 60 przypadkami znajdować się będzie 10 przypadków bardzo ciężkich, 20 przypadków lżejszych, a 30 przypadków bardzo lekkich, które na pierwszy rzut oka co do rokowania przedstawiają się bardzo korzystnie. Gdybyśmy wtedy wszystkie te rozgatunkowane przypadki leczyli tymi samymi środkami leczniczymi, prawdopodobnie 10 ciężkich przypadków pomimo wszelkich usiłowań zakończyłyby się śmiertelnie. Z 20 niepewnych przypadków możeby się udało część większą lub mniejszą uratować, a z 30 lżejszych przypadków prawie wszystkieby wyzdrowiały. Zejście śmiertelne w zakażeniu połogowem zdaje się więcej zależeć od ciężkości przypadku, niż od sposobu jego leczenia. Brak centralnych stacyj leczniczych utrudnia niezmiernie ułożenie dobrej i rzeczowej statystyki w przypadkach nieoperowanych.

Również w przypadkach operacyjnych statystyka niejednokrotnie przyniosła raczej szkodę niż pożytek. Niekrytycznie używając statystyki, można wszystko napozór udowodnić. Chcąc np. wykazać pożyteczność podwiązania wielkich naczyń miednicy przy ropnicy połogowej, układa ktoś statystykę. Miał, dajmy na to, sześć przypadków ropnicy połogowej w ten sposób operowanych, a uzyskawszy może przypadkowo w trzech z tych przypadków wyleczenie, wysnuwa stąd wniosek, że połowę przypadków przez szczęśliwy zabieg chirurgiczny powiodło się uratować. Niema nic błędniejszego od takiego rozumowania. Przecież nikt nie miałby prawa twierdzić, że trzy rzekomo przez operacyę uratowane przypadki i bez zabiegu operacyjnego nie byłyby także uratowane. Z drugiej zaś strony mogłby ktoś powiedzieć, że bez zabiegu chirurgicznego może wszystkie sześć kobiet byłyby zostały przy życiu. Stąd wynika, że ze statystyk tego rodzaju wyczytać może każdy to, co mu się żywnie podoba. Nieprzychylny zabiegowi chirurgicznemu wyczyta to, co ten zabieg chirurgiczny mogłoby potępić i wysnuje wniosek, że tutaj trzy chore umarły wskutek rękoczynu chirurgicznego. Zwolennik zabiegu chirurgicznego rozumować będzie przeciwnie, że trzy przypadki wskutek rękoczynu zostały uratowane. I temu i owemu zdaje się, że ma słuszność i że rozumuje logicznie, choć tak wcale nie jest.

Jasną więc jest rzeczą, że statystyka nie doprowadzi nas do żadnych pewnych wyników, dopóki na podstawie pewnych danych, nie nauczymy się rozróżniać ściśle przypadków lekkich od średnich, cięższych od najcięższych. Takie rozróżnianie jest rzeczą wielkiej wprawy i rozległego doświadczenia. Przychodzą nam tutaj wprawdzie w pomoc przedmiotowe wyniki badań bakteryologicznych. Wiemy atoli, że nawet bakteryologiczne badanie krwi i poszukiwanie wskaźnika opsonicznego nie mogą rokowania poszczególnego przypadku dostatecznie rozświetlić. Jeżeli zaś rozróżnianie przypadków co do ciężkości wypływać może z zapatrywania podmiotowego, to również wszelkie statystyki będą miały wartość podmiotową i tem samem podrzędną.

Tak więc statystyki wprowadzały nas przez długie czasy na manowce co do poglądu na wartość najrozmatszych środków i metod leczniczych, stosowanych w zakażeniu połogowem. Jest rzeczą zupełnie obojętną, czy jednakowy materyał kliniczny leczymy tym lub owym środkiem leczniczym; w wyniku leczenia ma to małe znaczenie. Nadzieje, pokładane w różnych nowych przetworach chemicznych, próbowanych tu w celach leczniczych, pełzły na niczem. Tak więc, jeżeli gdzie, to tutaj stosować możemy zdanie Hipokratesa, że lekarz jest tylko w najlepszym razie »ὑπερήτης τῆς φύσεως«.

Lekarz powinien być obeznany z seroterapią, z teoryą opsonin i bakteryotropin i powinien starać się ile możności przyczynić do rozświetlenia punktów spornych, — ale, stojąc przy łożu zakażonej położnicy, musi sobie z góry powiedzieć, że rokowanie będzie o tyle korzystniejsze, o ile serce i siły chorej starczą. Biada tej chorej, której wyzdrowienie zależećby miało nie od naturalnych sił odpornych, lecz jedynie od naszych środków leczniczych.

Środki rozpoznawcze. Poszczególne rozpoznawanie i rokowanie.

Wszelka pomoc lecznicza liczyć się musi z tem, w których narządach lub tkankach materyał zakaźny już się nagromadził, w jaki sposób on się do ustroju dostał i jakiego rodzaju są mikroby, wywołujące zakażenie. Może najważniejszą rzeczą jest sprawdzenie jadowitości zarazków, któremi są najczęściej paciorkowce. Mogą się one do krwi dostać, jako mniej lub więcej jadowite, mogą posiadać własności hemolityczne lub też nie działać hemolitycznie. Cały obraz choroby, jej rokowanie, jak niemniej czynność lekarza są wprost zależne od rodzaju zarazków, które wtargnęły do ustroju i ewentualnie krążą we krwi. Nie wystarczy więc zbadać tylko odchody połogowe mikroskopowo i w hodowlach co do obecności paciorkowców; najważniejszą rzeczą będzie zbadanie krwi i przekonanie się, czy nie zawiera ona paciorkowców hemolitycznych. Fromme poleca tak zwaną próbę lecytynową, dozwalającą odróżniać paciorkowce jadowite od niejadowitych. Obecność lecytyny wstrzymuje rozwój tylko zarazków jadowitych.

Paciorkowce znajdują się w pochwie nietylko w przypadkach chorobowych ale i u zdrowych kobiet; co więcej, w pochwie znajdować się mogą nawet paciorkowce wybitnie jadowite, hemolityczne, mimo to jednak paciorkowce te nie zawsze wywołują zakażenie. Stąd twierdzenie, że liczyć się musimy nietylko z różnymi rodzajami paciorkowców, ale także z ich własnościami, w różnych warunkach odmiennemi. Że fakt ten w wysokim stopniu utrudnia rozpoznanie, łatwo zrozumieć.

Sprawa pochodzenia zarazków także jeszcze nie jest wystarczająco wyświetlona. Samozakażenie uważać trzeba za rzecz, choć nie niemożliwą, ale nie ze wszystkiem udowodnioną; wynika to już choćby z tego, że od czasu postępowania przeciwgnilnego ilość zakażeń połogowych znacznie się zmniejszyła.

Uwzględniając więc pochodzenie i szerzenie się zarazków, jakoteż ich rodzaj i jadowitość, a mając zawsze przed oczyma obraz kliniczny poszczególnego przypadku, rozróżnić możemy w ogólności trzy rodzaje zakażeń połogowych:

1) Przypadki, w których jadowite paciorkowce krążą

we krwi. Brak tutaj czasem wszelkich objawów miejscowych.

2) Przypadki, w których materyał zakaźny umiejscowił się w naczyniach w obrębie miednicy, wywołując sprawy zakrzepowe. Tutaj zarazki krążą we krwi nie bezustannie, lecz od czasu do czasu do niej się dostają wraz z rozmiękłymi skrzepami.

3) Przypadki zakażenia wnętrza macicy. Zarazki jadowite znajdują się tylko w pochwie i wewnątrz macicy, a krążące wtedy czasami we krwi mikroby są zwykle niejadowite.

Te trzy rodzaje zakażeń połogowych przedstawiają patologicznie zupełnie odrębne zachorzenia. Do pierwszego rodzaju należą przypadki zakażenia ogólnego. Miejscowo zdziałać tutaj nic niestety nie możemy, a ponieważ nie mamy odpowiedniej surowicy leczniczej, przeto leczenie ogólne polegać może tylko na zwiększaniu odporności ustroju chorej.

Przypadki drugiego rzędu są poniekąd przejściem z zachorzenia ogólnego do miejscowego. Usiłowano tutaj miejscowo sprawę leczyć przez podwiązanie żył miednicznych, o czem poniżej pomówimy.

Trzeci rodzaj zachorzeń połogowych obejmuje zakażenia tylko miejscowe. Po większej części wyleczyć je można ostrożnem usunięciem z macicy zakażonej treści przez wypłukanie i wyczyszczenie macicy. Pomaga to nawet wtedy, jeżeli zarazki już krążą we krwi. Uwzględniając obecność jadowitych zarazków w pochwie, zważać trzeba przy tem bacznie na to, aby nie uszkodzić tkanek; przez to bowiem mogłyby zarazki dostać się do dróg krwionośnych. Postępowanie więc jest tutaj czysto miejscowe.

(Dok. nast.).

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Lüdke. **O sporządzaniu i działaniu surowicy przeciwdurowej.** (Zjazd lekarzy niem. w Salzburgu 1909. Sekcya med. wewnętrznej). Autorowi udało się przez wytrawianie większych ilości bakteryi durowych zapomocą pepsyny i kwasu solnego otrzymać silny jad durowy, bardzo toksyczny dla świnek morskich i królików. Przez bardzo ostrożne wstrzykiwanie tego jadu kozom i małpom uzyskał L. surowicę o własnościach uodparniających. Jad ten przy gotowaniu nie tracił własności trujących, ani uodparniających. Doświadczenia na zwierzętach, przeprowadzone przy odpowiedniej kontroli, wykazały, że surowica kóz uodpornionych zdołała ochronić zwierzęta przed 8-krotną trującą dawką jadu. Doświadczenia u ludzi dały wyniki zachęcające, bo na 6 chorych u pięciu wystąpiły po wstrzyknięciu surowicy kóz uodpornionych objawy wybitnej poprawy, a mianowicie spadek ciepłoty, poprawa stanu ogólnego, ustanie śpiączki i znacznie rychlejszy powrót do zdrowia, niż w przypadkach kontrolnych, bez wstrzyknięcia surowicy. Dr Blassberg.

Euler. **Autoseroterapia gruźliczego zapalenia otrzewnej przez stałe osączanie pod skórę.** (Med. Klinik 1910, Nr 16). Autor, zachęcony wynikami podskórnego osączania wodogłowia i szczęśliwym wynikiem, uzyskanym po przedziurawieniu żebra, które to przedziurawienie służyło za sączek podskórny w wysięku opłucnym, postanowił spróbować podobnego zabiegu w nawracającej puchlinie brzusznej u gruźliczych, przez sztuczne wytworzenie małej przepukliny w linii środkowej brzucha. Sposobność nadarzyła się autorowi u chorej, liczącej lat 32, która zauważyła u siebie przed 5 tygodniami puchlinę brzucha. Przy laparotomii stwierdzono gruźlicze zapalenie otrzewnej. Ognisk serowatych nie znaleziono. Jamę otrzewną z płynu opróżniono. Po miesiącu musiano jednakże znowu nakłuwać brzuch i wypuszczono $2^1/_2$ litra płynu. Mimo najenergiczniejszych zabiegów leczniczych, puchlina brzuszna wróciła, tym razem z gorączką; dokonano jeszcze raz (w 9 tygodni po pierwszej) laparotomii w linii środkowej pod pępkiem (cięcie 12 ctm długie). Żadnego ogniska gruźliczego nie znaleziono. Po wypuszczeniu płynu przebito pod pępkiem mięsień prosty prawy na długości 2—3 ctm i stworzono w ten sposób stałą przetokę podskórną. W pierwszych kilku dniach po zabiegu parcie płynu, gromadzącego się pod skórą, wywoływało nieco bolu. Zresztą przebieg pomyślny; stan chorej poprawił się po 2 miesiącach, a puchlina nie wróciła. Chora zjawiła się drugi raz w $^3/_4$ roku po pierwszej laparotomii; kaszel i kłucie w bokach ustąpiły; w miejscu przebicia mięśnia prostego prawego niema przepukliny, puchliny brzusznej niema.

Stahr.

Mandelbaum. **Nowy prosty sposób rozpoznawania duru brzusznego.** (Münch. med. Wochenschrift 1910, 25. I.). Do 100 gr zwykłego bulionu dodaje się 2 gr cytrynianu sodowego i potem rozlewa się go po 5 do 8 cm³ do probówek i wyjaławia. Bezpośrednio przed badaniem przeszczepia się do tych probówek hodowlę bulionową lub agarową dobrze ruchomych prątków durowych. Hodowla ta nie powinna być bardzo świeża, w każdym razie jednak powinna być po przeszczepieniu zdolna do dalszego rozwoju. Następnie wciągamy do włoskowatej rurki szklannej kroplę krwi badanego chorego, a później 10 do 15 razy większą objętość bulionu, zaszczepionego prątkami durowymi. Staramy się, żeby cały ten płyn, znajdujący się teraz w rurce włosowatej, znalazł się w środku i zatapiamy rurkę od dołu. Potrząsnąwszy energicznie cały płyn, zostawiamy go na 4 godziny w cieplarce w ciepłocie 37°, poczem możemy stwierdzić, że ciałka czerwone opadły na dno, a nad nimi znajduje się w rurce płyn jasny. Z tego jasnego płynu dobywamy kroplę pętlą platynową i kroplę wiszącą oglądamy pod mikroskopem. Jeśli badany ma dur, to prątki układają się w długie nitki lub łańcuch, a czasem w grudki, i tracą zupełnie ruchomość, w przeciwnym razie znajdujemy prątki odosobnione i ruchome.

Autor wypróbował swój sposób na 12 chorych durowych zawsze z wynikiem dodatnim. U niektórych z tych chorych, których surowica miała tylko względnie słabe własności aglutynacyjne, odczyn występował więcej lub mniej opieszale. Dalej badał M. tym sposobem krew 16 ludzi, którzy już dawniej (przed 1. do 50. lat) przechodzili dur i otrzymywał zawsze wynik dodatni, o ile chorzy nie przebywali duru wcześniej, niż przed jedenastu laty. M. podkreśla, że w tych przypadkach odczyn przedstawiał się nieco odmiennie, niż u osób, chorych na dur w czasie badania: co prawda, to i tu stwierdzał M. nitki, łańcuszki lub grudki nieruchomych prątków, ale obok nich i prątki oddzielne, ruchome. W ten sam sposób badał M. i »roznosicieli prątków durowych«, którzy dur nieraz i przed 5 laty przechodzili, ale z kałem prątki ciągle jeszcze wydzielali. Wynik dodatni był u wszystkich po 4 godzinach (prątki nieruchome, ułożone w grudki), a tylko po 8 godzinach bywał obraz podobny do tego, jaki stwierdzano u ludzi, którzy przeszli dur przed kilku, czy kilkunastu laty. Mielibyśmy zatem w metodzie tej łatwy i praktyczny sposób rozpoznawania »roznosicieli duru«. M. podjął swym sposobem badania takie na 75 osobach już to zdrowych, już to cierpiących na inne choroby (nie dur). Tutaj ani razu nie otrzymał wyniku dodatniego; zawsze prątki były oddzielne i ruchome. M. twierdzi, że nawet i tam miewał wyniki dodatnie, gdzie aglutynacya dawała wyniki niepewne, ze względu na słabe własności aglutynacyjne surowicy (1: 25 do 1: 80). Dalej twierdzi M., że sposób jego pozwala na oddzielenie od duru spraw paratyfusowych. Jeśli badamy krew chorego w początkowym okresie duru, to odczyn jest dodatni w rurce, zasianej prątkiem durowym, a ujemny w rurce, zasianej prątkiem paratyfusu; w okresie późniejszym, kiedy własność aglutynacyjna staje się silniej-

szą, odczyn zostaje oczywiście dodatnim w rurce z prątkiem durowym, a staje się słabo dodatnim (prątki ruchome obok pojedynczych nitek) w drugiej; jeśli surowica jest silnie aglutynującą, można po 4 godzinach stwierdzić wyraźnie dodatni odczyn w obu rurkach, ale już po 20 godzinach obraz się zmienia: w rurce z prątkiem durowym utrzymuje się w jednakowym stanie, w rurce z prątkiem paratyfusu staje się ujemnym. Stahr.

Loevy. **O objawach Basedowa przy nowotworach tarczycy.** (Zjazd lekarzy niemieckich w Salcburgu 1909. Sekcya med. wewn.). Autor opisuje 2 przypadki, w których przez długi czas istniał łagodny wól, bez żadnych przypadów, który jednak później przeszedł w złośliwy nowotwór z ogólnymi przerzutami, a wtedy dopiero wystąpiły typowe objawy Basedowa. Spostrzeżenia te przemawiają za zapatrywaniem, że złośliwe nowotwory w pewnych warunkach mogą tworzyć wydzieliny te same, co ich tkanka macierzysta, czego w przypadkach L. dowodziły objawy hypertyreoidyzmu, względnie dystyreoidyzmu. Dr Blassberg.

Goldschmidt. **W sprawie dychawicy.** (Zjazd lekarzy niemieck. w Salcburgu. 1909. Sekcya med. wewn.). Autor podnosi z naciskiem, że przy napadzie czystej dychawicy, wbrew twierdzeniu wielu autorów, występuje tylko bladość, a nie sinica, która to ostatnia dowodzi już powikłań ze strony serca lub przesunięcia jednego z oskrzeli. Nadto przy dychawicy niema wysokiej ciepłoty, a wręcz przeciwnie przy powikłaniu z wysoką ciepłotą dychawica ustępuje. Dr Blassberg.

Babiński i A. Barré. **Badania kiły rodzinnej przy pomocy odczynu Wassermanna.** (Soc. médic. des hôp. 20. V. 1910). Kiła rodzinna (małżeńska i dziedziczna) może być utajoną, a stwierdzić ją pozwalają nieraz dopiero przejawy schorzeń, zwanych parasyfilitycznemi. Na podstawie systematycznego, od dłuższego czasu już wykonywanego badania osób, żyjących w małżeństwie z chorymi dotkniętymi wiądem lub porażeniem postępującem, wykazali autorowie, że swoiste przewlekłe zapalenie opon mózgowych u tychże osób jest znacznie częstsze, niż dotąd przyjmowano. Autorowie zdołali również stwierdzić objawy wiądu rdzenia u kobiet, uważających się za zupełnie zdrowe i zapewniających, że nigdy nie chorowały na kiłę. Bez objawów wiądu nie wiedzianoby, że kobiety te były kiedykolwiek zakażone.

Zważywszy, że na ogół przewlekłe kiłowe zapalenie opon mózgowych jest chorobą rzadką w stosunku do częstości kiły, wolno przypuścić, że i przypadki małżeńskiego kiłowego zapalenia opon są wyjątkiem w stosunku do częstości przypadków kiły małżeńskiej. A skoro, rzecz biorąc bezwzględnie, przewlekłe swoiste małżeńskie zapalenie opon nie jest rzadkością, wolno przypuścić, że kiła małżeńska jest rzeczą dość częstą. Przypuszczenia te łatwo dzisiaj stwierdzić zapomocą odczynu Wassermanna.

W tym kierunku podjęte badania pozwoliły autorom przy pomocy odczynu Wassermanna stwierdzić kiłę w wielu razach u żon i dzieci chorych, dotkniętych już to wiądem, już to porażeniem postępującem. Żony te i dzieci nie miały zresztą klinicznie żadnych objawów kiły, a podejrzane były wyłącznie ze względu na węzły rodzinne. Z tego wynika, że jeśli w małżeństwie jedno z małżonków przyznaje się do przebycia kiły, lub okazuje ślady przebytej kiły, wtedy drugi małżonek i dzieci z tegoż małżeństwa powinny być zbadane sposobem Wassermanna. W przypadkach kiły rodzinnej byłoby również ciekawą rzeczą dowiedzieć się, jaki czas trwała już kiła u małżonka, który ją wnosił w rodzinę, w chwili zawarcia małżeństwa. Wywiady pewne powiodły się autorom w tym względzie tylko jeden raz. Badania na szerszą skalę, podjęte wedle wskazówek Bab. i Bar., dałyby wyniki doniosłe praktyczne, a szczególniej pozwoliłyby na ściślejsze, niż było to możliwe dotąd, oznaczenie okresu, poza który kiła nie może być przeniesiona na małżonkę i dzieci. Stahr.

Marfan. **Zakażenie krwi wiewiórowe z następowem zapaleniem wsierdzia i osierdzia.** (Soc. méd. des hôpitaux 27. V., 1910). Autor zdaje sprawę z przebiegu choroby 10-letniej dziewczynki, u której lekkie wiewiórowe zapalenie sromu i pochwy dało powód do kolejnego zapalenia otrzewnej, zapalenia zastawki dwudzielnej z prawie równoczesnem zajęciem osierdzia, a wreszcie do zapalnego nacieczenia opłucno-płucnego z wysiękiem opłucnym. Wszystkie te sprawy chora szczęśliwie przebyła, została tylko niedomykalność zastawki dwudzielnej i zrosty osierdziowe. Wiewiórowego pochodzenia sprawy dowodzi hodowla ze krwi, która wykazała dwoinki wiewiórowe. Co się tyczy leczenia, to wstrzykiwano 4 razy bez żadnego skutku szczepionkę przeciwwiewiórową. Również nic nie pomogły wstrzykiwania podskórne surowicy przeciwmeningokokowej, a drugie wstrzyknięcie wywołało znaczne podniesienie się ciepłoty (40⁰ C) w 3 dni później i ból z obrzękiem na miejscu wstrzyknięcia. Objawy te ustąpiły po 48 godzinach same, co dowodzi ich surowiczego pochodzenia, a nie jakiegoś wikłającego zakażenia. Ciekawem jest w tem spostrzeżeniu, że sprawa usadowiła się na zastawce dwudzielnej, siedzibą wybiorczą zapalenia wsierdzia bywa bowiem tętnica główna. Autor zaznacza jeszcze, że w tym przypadku skórny odczyn tuberkulinowy był dodatni, a to bezwątpienia z powodu dawniejszych zmian gruźliczych, istniejących u tej chorej. Stahr.

Weidenbaum. **Leczenie fizyczne w medycynie wewnętrznej.** (Mediz. Klinik 1910, Nr 31). W. od lat 5 stosuje leczenie fizyczne w wielu przypadkach chorób wewnętrznych i jest z wyników bardzo zadowolony. Przy cierpieniach wątroby, obrzęku jej wskutek nieżytów, kamicy, i t. p. stosuje W. duże bańki wzdłuż podżebrza prawego, założone nadzwyczaj silnie przez $1/2$ do jednej godziny. Nieraz udaje się w ten sposób przerwać napad kolki. Podobnie działają bańki przy kamicy nerkowej. Bańki takie oddają także cenne usługi przy dychawicy, rozedmie płuc i t. p. Leczenie gorącem powietrzem na wielką skalę stosuje W. przy nerwobolach, cukrzycy i jej powikłaniach, n. p. zgorzeli, przy mocznicy i t. p.

Przed zamierzoną operacyą z powodu zgorzeli cukrzyczej należy podług W. bezwarunkowo próbować leczenia gorącem powietrzem, albowiem przytem nieraz spostrzegano już poprawę i wyleczenia, lub znacznie niższą demarkacyę, przez co i amputacyę można było wykonać niżej. K.

Pedyatrya.

C. Levaditi. **Zarazek porażenia rdzeniowego u dzieci** (poliomyelitis acuta). (Presse méd. 1910, Nr 41). Na podstawie długotrwałych doświadczeń dochodzi L. do następujących wniosków: Pomiędzy porażeniem rdzeniowem, a wścieklizną istnieje wielkie podobieństwo: Oba zarazki, porażenia rdzeniowego i wścieklizny, są zarazkami przesączalnymi, posuwają się w ustroju wzdłuż pni nerwowych, wydzielają się ze śliną i wywołują podobne zmiany w ośrodkach nerwowych. Różnią się zaś tem, że zarazek porażenia nie jest chorobotwórczym dla psa i bardzo słabo chorobotwórczym dla królika. Drugi wniosek, głównie praktyczny, odnosi się do sposobu szerzenia się choroby i do zapobiegania. Jest rzeczą bardzo prawdopodobną, że zarazek może się przenosić za pośrednictwem śliny i wydzieliny nosa. Ponieważ wysuszanie nie niszczy żywotności zarazka, jest rzeczą jasną, że nawet zaschłe wydzieliny mogą być zakaźne i przenosić zakażenie nietylko wprost, ale i pośrednio. Poszukiwania epidemiologiczne potwierdziły zresztą ten drugi sposób przenoszenia się choroby (Wickmann). Doświadczenia dotychczasowe nie wyjaśniły jeszcze ostatecznie, jakiemi drogami naturalnemi może zarazek dostawać się do ustroju. Wszystko przemawia za tem, że zarazek wnika przez błonę śluzową nosa i drogą przewodu pokarmowego. Jednakże należy jeszcze rozstrzygnąć, czy poprzednie obrażenia tych błon śluzowych nie ułatwiają wniknięcia zarazka, i czy zapalenia migdałków i jelit, opi

sywane przez klinicystów, jako objawy zwiastunowe tej choroby, nie są tylko warunkami, ułatwiającymi zakażenie. Jakkolwiek rzecz się ma, ochrona powinna polegać na jak najsilniejszem odkażaniu błon śluzowych nosa i gardła środkami, mającymi własność szybkiego niszczenia zarazka. Dalsze badania okażą, które [1]) z pośród środków odkażających najlepiej się do tego nadadzą. Stahr.

S. Ostrowski. **Współczesny stan nauki o niedokrewności niemowlęcej z obrzmieniem śledziony.** (Przegląd pedyatryczny 1910, Zeszyt II). (Anaemia splenica infantum). Omówiwszy ważniejsze prace nad niedokrwistością niemowlęcą przechodzi autor do własnych badań, przeprowadzonych na 10 chorych, których wyniki zestawia w tablicach. Opisywane przypadki dotyczyły dzieci w wieku $1^1/_{12}$ do $2^7/_{12}$ lat, dotkniętych przeważnie nieżytem przewodu pokarmowego; nie da się jednak wyłączyć możliwość powstania omawianej sprawy samoistnie, bez dających się wykazać poprzedzających czynników szkodliwych. Obraz chorobowy rozwija się między 6-tym miesiącem, a ukończonym 2-gim rokiem życia, bez różnicy płci, a cechuje się bladością skóry z odcieniem oliwkowym i powiększeniem śledziony, bez wyraźniejszych zmian w wątrobie i gruczołach chłonnych. Mikroskopowo stwierdza się: oligocytemię, oligochromemię, anizo-poikilocytozę, limfocytozę, obecność myelocytów i erytroblastów. Z narządów wewnętrznych śledziona okazuje zanik ciałek Malpighiego i rozrost tkanki łącznej, wątroba zaś zaokrąglenie komórek gruczołowych. Rokowanie wątpliwe; leczenie polega na stosowaniu Fe, As i promieni X. Bujak.

L. Bondy. **Próba tuberkulinowa śródskórna** (Mantoux), **stosowana w celach rozpoznawczych gruźlicy.** (Przegl. ped. 1910. II). Próba ta polega na wstrzyknięciu tuberkuliny w ilości 0,01 mgr w sam miąższ skóry właściwej, czego następstwem jest wytworzenie się odczynu zapalnego (zaczerwienienie, naciek) u osobników gruźliczych. Na podstawie badań innych autorów i własnych dochodzi B. do wniosku, iż próba śródskórna przewyższa czułością próbę naskórną Pirqueta, zwłaszcza u dorosłych; dalszą jej zaletą jest ścisłość dawkowania, której brak próbom Pirqueta, Calmettea i Moro; wreszcie próba śródskórna wymaga wstrzyknięcia małej ilości tuberkuliny, przez co unika się szkodliwych następstw, zdarzających się przy próbie Bergmanna. Bujak.

Rozenblatówna. **Przyczynek kliniczny do kazuistyki zboczenia wzrostu chrząstek.** (Chondrodystrophia foetalis. Mikromelia). (Przegl. ped. 1910. II). Wspomniane zboczenie spostrzegała autorka u 22-miesięcznej dziewczynki, nieobarczonej dziedzicznie. Dołączone zdjęcia fotograficzne i rentgenogramy okazują wszystkie cechy klasyczne zboczenia wzrostu chrząstek: skrócenie kończyn, przerost mięśni pośladków i ud, pofałdowanie skóry w okolicy stawów, skrzywienie ku przodowi kręgosłupa lędźwiowego i niestosunkowo wielką czaszkę; prócz tego istniała w danym przypadku charakterystyczna pewna sztywność stawu łokciowego, a nadmierna giętkość innych. Zwykłych w tych przypadkach zmian w stawie biodrowym, autorka nie stwierdziła. Pracę dopełnia zestawienie wyników badań nad etyologią, anatomią patologiczną, rentgenologią i próbami leczenia przetworami tarczycy. Bujak.

Neurologia i psychiatrya.

E. Amerand. **Swoiste leczenie ogólnego porażenia postępującego i wiądu rdzenia; czy należy leczyć takich chorych.** (Thèse de Paris, 1910). N. Angeli. **W sprawie energicznego leczenia rtęcią; jego wyniki w toku porażenia postępującego.** (Thèse de Paris, 1910).

Obaj autorowie dochodzą do takich samych wniosków. Amerand donosi o 16 chorych na porażenie postępujące, których nie leczono rtęcią, i 7, poddanych silnemu działaniu rtęci. Z soli rtęciowych stosowano będźwinian, dwujodek i sublimat. U dwóch chorych stosowano olej szary. Jeśli porównać obie grupy chorych, to łatwo da się stwierdzić, że leczenie nie miało żadnego widocznego wpływu ani na bieg choroby, ani na czas zjawiania się różnych objawów chorobowych, ani nawet na czas zejścia śmiertelnego. Pomiędzy chorymi, których nie poddano żadnemu leczeniu, u jednego stwierdzono zwolnienie sprawy chorobowej, trwające 4 miesiące, u drugiego małą poprawę, a przeciwnie u niektórych leczonych wśród zabiegów lekarskich sprawa się pogarszała. Wreszcie u 3 chorych na wiąd rdzenia, leczonych silnemi wstrzykiwaniami dwujodku rtęci, nie zauważono żadnej poprawy. Angeli leczył 17 paralityków rtęcią i również nie widział żadnego polepszenia. Z tegoby zatem wynikało, że jest rzeczą nieużyteczną poddawać zarówno chorych na wiąd, jak i chorych na porażenie postępujące swoistemu leczeniu rtęcią. Nietylko nie można spodziewać się żadnego skutku tego leczenia, ale w wielu przypadkach można na karb tegoż leczenia położyć pogorszenie sprawy chorobowej. Stahr.

Flörcken. **Przyczynek do leczenia przełomów wiądowych zapomocą wycinania tylnych korzeni.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 27). Zwykle wycinano dotąd korzenie tylne (zabieg Förstera-Küttnera) z powodu bolów wiądowych okolicy żołądka. F. podaje przypadek, w którym Enderlen dokonał pomyślnie wycięcia 5—9. korzenia z powodu silnych bolów klatki piersiowej u 49-letniego chorego na wiąd. Jeszcze przed Försterem, w r. 1888, polecano już podobną operacyę, jak o tem donosi Dennet, Abbe i t. p. Czy wyniki będą trwałe, nie można jeszcze obecnie ocenić. F. poleca operować jednoczasowo. K.

Prof. Codivilla. **O operacyi Förstera.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 27). Operacya Förstera polega na wycięciu (resectio) tylnych korzeni rdzenia przy porażeniu kurczowem. Przypadki, przedstawione przez Förstera na Zjeździe niem. Towarzystwa ortopedycznego, nie dały jasnego obrazu skuteczności tego sposobu leczenia, albowiem prócz właściwej operacyi stosowano tam i inne sposoby i zabiegi, jak przeszczepiania i t. p. Natomiast C. w jednym przypadku u 15-letniej dziewczyny zastosował tylko operacyę Förstera, wycinając po jednej stronie 3, a po drugiej 2 korzenie i na podstawie tego przypadku dochodzi do przekonania, że zabieg Förstera nie daje wcale lepszych wyników, niż operacye obwodowe, nie daje się zaś dokładnie w wynikach obliczyć, a nieraz może zagrażać życiu. Po wycięciu korzeni zjawiają się nieraz zaniki mięśni, dlatego też zabieg ten stosowaćby można jedynie u osób z silnie rozwiniętymi mięśniami, co znów rzadko się zdarza. W każdym zaś razie lepiej jest, zdaniem C., wycinać korzenie w części wyższej, a nie przy końskim ogonie rdzenia, albowiem wyżej zabieg jest łatwiejszy, mniej uszkadza się kości i łatwiej odróżnić włókna ruchowe od czuciowych. K.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne z dnia 28. czerwca 1910 r.

Komitet konkursowy imienia Koczorowskiego przyznał nagrodę Fr. Barachowi (z zakładu Prof. Obrzuta we Lwowie) za pracę p. t. »O włóknach Dürcka«. Komitet konkursowy imienia Wszebora przyznał nagrodę R. Hertzowi za pracę p. t.: »O wywoływanem doświadczalnie szpikowem przeistoczeniu śledziony«.

Tadeusz Kon wygłosił rzecz: **O zarazku krztuśca.** Omówiwszy, co rozumiano do dnia dzisiejszego pod zarazkiem krztuśca, opisuje prelegent własności laseczników

[1]) Levaditi i Landsteiner czynili próby z olejem mentolowym i mieszaniną kw. borowego i salolu i mieli zadowalniające wyniki. (C. R. de la Soc. de biologie Nr. 9, 1910).

krztuśca, wykrytych przez Bordeta i Gengou. W plwocinie dzieci, chorych na krztusiec, we wszystkich bez wyjątku przypadkach znajdował prelegent laseczniki krztuścowe, wyhodować ich jednak nie udało się ze względu na to, że nie można było plwociny otrzymać we wczesnych okresach choroby. Nadto znajdował prelegent inne rodzaje drobnoustrojów wtórnych, niekiedy tak obficie, że sprawiały wrażenie czystej hodowli. Dotyczyło to głównie paciorkowców. Drobnoustroje te nie pozostają bez wpływu na przebieg choroby i kto wie, czy nie przyczyniają się w znacznym stopniu do tego, że okres zanoszenia się jest tak długotrwały i tak uporczywy. Badania aglutynacyjne robił prelegent w okresie zdrowienia i w końcowych okresach choroby i otrzymywał bardzo wyraźną aglutynacyę aż do rozcieńczeń pośrednich między 1: 100, a 1: 250.

Tadeusz Wilczyński.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Sekcya neurologiczno-psychiatryczna.

Posiedzenie z d. 13. lipca 1909 r.

(Sala szpitala małż. Poznańskich).

(Dokończenie).

4. Kol. Klozenberg przedstawia przypadek **rozsianego zapalenia nerwów** (polyneuritis) z udziałem VII.

Chora przed 8 tygodniami zapadła na cierpienie przewodu pokarmowego: przez 2 tygodnie wymiotowała, poczem miała rozwolnienie. W trzecim tygodniu choroby zaczęła doznawać mrowienia i bolów w kończynach, czuła również w nich osłabienie. Przed 3 tygodniami nastąpiło przekrzywienie lewej połowy twarzy, z powodu którego zwróciła się do ambulatoryum szpitalnego.

Chora skarży się na bole i osłabienie w kończynach i pocenie się rąk. Chodzi zaledwie podtrzymywana z obu stron. Chód ma charakter stąpania końskiego (steep-page) z odcieniem bezładowym (ataktycznym), zginacze w kończynach dolnych lepiej zachowały siłę, aniżeli mięśnie prostujące: wyprostowanie palców zupełnie niemożliwe. W bliższych tułowia częściach kończyny ruchy znacznie lepsze, aniżeli w obwodowych, przyczem najbardziej i najrozleglej dotknięte jest czucie dotykowe, nieco mniej czucie bolu, a najmniej czucie ciepła. Oddziaływanie elektryczne mięśni kończyn na ogół zachowane, aczkolwiek pobudliwość jest znacznie osłabiona. Wyjątek stanowią m. extensor commun. longus i brevis i fl. hallucis longus na kończynie dolnej prawej, gdzie EaR. Porażenie nerwu twarzowego zwykłego typu; oddziaływanie z nerwu i mięśnia zachowane; pobudliwość obniżona. (Streszczenie własne).

Dyskusya: Kol. Pański podkreśla udział w chorobie nerwu twarzowego, który się niezmiernie rzadko zdarza przy rozsianem zapaleniu nerwów, a dalej fakt, że pobudliwość elektryczna w stosunku do zmian, jakie znajdujemy u chorej, jest znaczna: gdyby z niej sądzić, możnaby przypuszczać, że jest to przypadek lekki.

5. W. Chodźko. **Przypadek psychozy pourazowej u alkoholika z objawami porażenia postępującego** (Pseudo-paralysis progressiva traumatica). Chory Ł. K., lat 37, stróż kolejowy, przybył do szpitala »Kochanówka« pod Łodzią 16. XII. 1908 roku. W wywiadach zanotowano, że chory w ciągu 2 lat ostatnich ulegał trzykrotnie urazowi głowy, jednakże bez utraty przytomności; od czasu drugiego urazu chory skarżył się na bole głowy, od czasu trzeciego urazu twierdził, że źle widzi i że widzi podwójnie. Umiarkowany alkoholizm; chory upijał się podobno raz — dwa razy na miesiąc; o kile nic pewnego nie wiadomo.

Wkrótce po trzecim urazie, który zdarzył się na rok przed przybyciem do szpitala, chory utracił pamięć, zapominał o robocie, jąkał się, narzekał na bole w krzyżu, rękach i w tułowiu. Bole te po 2-miesięcznym pobycie w szpitalu ustąpiły, pozostało jednak osłabienie pamięci i jąkanie się. We wrześniu 1908 r. został chory wydalony z posady z powodu niezdolności do pracy. W ostatnich dniach przed przybyciem do szpitala był podniecony, biegał po mieszkaniu, zbierał rzeczy i wyrzucał je przez okno, mówiąc, że złodzieje mają je ukraść, modlił się ciągle, całował obrazy. Sen i apetyt był niedostateczny.

Badanie przedmiotowe: Chory wzrostu nizkiego, budowa i odżywienie liche, kolor skóry blado-szary, błony śluzowe blade. Tony serca głuche, akcent nad aortą, tętno 54 na minutę, twarde; granice płuc dolne — obniżone. Źrenice jednakowej szerokości, o zarysach nieprawidłowych, na światło oddziaływają z opóźnieniem. W mowie chory zacina się; zaburzenia mowy mają charakter nieokreślony, pośredni między jąkaniem i typową dysartryą. Prawa kończyna górna cokolwiek słabsza od lewej. Odruchy na kończynach górnych z obu stron silnie wzmożone. Odruchy kolanowe bardzo silnie wzmożone z drganiem padaczkowatem rzepki. Odruchy brzuszne z obu stron żywe. Odruchy podeszwowe: z prawej strony prawidłowy, z lewej — niewyraźny; odruchy ścięgien Achillesa z obu stron żywe. Świadomość chorego przyćmiona, chory nie oryentuje się zupełnie co do miejsca, czasu i otoczenia. Odpowiada prawidłowo tylko na zapytanie co do własnego nazwiska i imienia, poza tem odpowiada zupełnie bez związku z pytaniem; ruchowo podniecony, często schodzi z łóżka, ściąga sąsiadom kołdry, niszczy poduszki, kieruje się do drzwi, jakby miał zamiar wyjść dokądkolwiek.

Przebieg choroby: 23. XII. 1908. Świadomość przyćmiona, niepokój — chory ciągle gdzieś się wybiera, mówi coś niezrozumiałego. 5. III. 1909. Świadomość przyćmiona, podniecenie ruchowe trwa, chory mówi urywanemi zdaniami, — znacznie wychudł i osłabł. 1. IV. 1909 podniecony, nie chce leżeć w łóżku, wyrzuca kołdrę, zanieczyszcza się. Apetyt żarłoczny. 4. IV. 1909. Źrenice nierówne, lewa szersze od prawej, zarysy nieprawidłowe, oddziaływanie na światło b. leniwe. Wybitne drżenie rąk i języka. Odruchy ścięgniste wszystkie wzmożone, jedynie odruch prawego ścięgna Achillesowego jest b. słaby. Objaw Romberga. Badanie psychiczne: Czem się pan zajmuje? »Ja tu cały świat obrałem, 16 lat«. Ile pan ma lat? »Ja miałem 15 lat«. Gdzie pan mieszka? »No, ja tutaj mam robić«. Który rok teraz mamy? »Tam mamy zapisane wszystko; cały świat. Jeden drugiego ratował«. Jak dawno pan tu jest? »Tutaj opierały się ruskie, przyznawali, że katolicki; tutaj szyby wybija« (kto?) »a ten; musi oddać tysiące rubli, wszystko mam zapisane; jako trup był, to musiałem po trupa iść«... i t. d. Czy pan chory?« A no niezdrowy jestem, bo tutaj siedzę; chłopiec umarł, ale się może ożywi«. O ile można sądzić, chory miewa złudzenia i omamy wzrokowe i słuchowe.

15. IV. 1909. Chory b. podniecony ruchowo. Silne krwawienie z odbytnicy (prolapsus ani). 11. V. 1909. Świadomość przyćmiona; chaotyczne bredzenia wielkości o ubogiej treści; podniecenie ruchowe mniejsze, częste zanieczyszczanie się moczem i kałem. 18. V. 1909. Chory, dotąd bardzo żarłoczny, nagle przestał jeść, nakrywa się kołdrą na głowę. Tętno 57 na minutę, odruchy kolanowe wzmożone. W czasie badania zjawiły się drgawki kloniczne mięśni twarzy, przeważnie w prawej połowie, trwające kilkanaście sekund — następnie skręcenie głowy i gałek ocznych na prawo. Wykonano nakłucie lędźwiowe: płyn mózgowo-rdzeniowy zupełnie przeźroczysty, ilość limfocytów w 1 $mm^3 = 29$, białka ilość średnia. — 19. V. 1909. Chory więcej ożywiony, tętno 76—80 na minutę; apetyt powrócił. — 2. VI. 1909. W górnych kończynach wystąpiły objawy flexibilit. cerea. — 3. VI. 1909. Flexibilitas cerea kończyn górnych znikła. — 17. VI. 1909. C. wieczorna = 37,3° 6. VII. 1909. Chory gorączkuje prawie ciągle, ciepłota wieczorna dochodzi do

39°; silny obrzęk moszny i prącia. Podniecenie ruchowe ustało. Z odbytnicy wyszły cząstki tasiemca. 9. VII. 1909. Phlegmone scroti et penis. Incisio. 11. VII. 1909. Chory zmarł przy objawach ogólnego osłabienia. Rozpoznanie kliniczne: Paralysis progressiva.

Sekcya zwłok, dokonana 12. VII. 1909, wykazała: Mózg wagi 1026 gramów. Pod oponą twardą znaczna ilość płynu barwy ciemno-bursztynowej, w okolicy obu płatów czołowych opona twarda tworzy dwa duże worki, wypełnione płynem barwy bursztynowej, po prawej stronie worek jest większy, niż po lewej. Na wewnętrznej powierzchni opony twardej w miejscach, pokrywających wyniosłości obu półkul, widać grube błony, pokryte i wypełnione krwią, rozmaicie zabarwioną, miejscami zaś skrzepami, wielkości prosa albo grochu. W okolicy bieguna czołowego lewego zauważyć można delikatne zrosty opony twardej z oponą miękką. Najgłębsze warstwy nalotów na oponach twardych mają barwę cytrynowo-żółtą po stronie prawej, zaś szaro-żółtą po stronie lewej. Naloty, pokrywające powierzchnię wewnętrzną opony twardej na półkuli lewej, są znacznie grubsze i zawierają znaczną ilość ropy. Opona miękka na całej przestrzeni obu półkul jest przeźroczysta, nie zgrubiała, schodzi łatwo, zrostów z istotą korową nie okazuje. Prawy płat czołowy ma na bocznej swej powierzchni zagłębienie i jest wyraźnie mniejszy od płata czołowego lewego. W okolicy zakrętów centralnych półkuli lewej, mniej więcej pośrodku ich długości, ku tyłowi od tychże zakrętów, istota korowa okazuje wypuklenie pagórkowate, na którego szczycie daje się zauważyć twór kulisty, białawy, wielkości maku, twardy (torbiel!); takież wypuklenie znajdujemy w okolicy półkuli lewej pomiędzy zakrętem czołowym drugim, a zakrętami centralnymi. Komory mózgowe nie-są rozszerzone. Miażdżyca aorty. Rozpoznanie anatomiczne: Pachymeningitis haemorrhagica interna duplex. Atheroma aortae.

Wobec takiego wyniku badania pośmiertnego pierwotne rozpoznanie kliniczne, które wydawało się zupełnie uzasadnione przez wyniki badania przedmiotowego i spostrzegania klinicznego, musi uledz znacznej zmianie. Objawy kliniczne, najbliższe porażeniu postępującemu, wobec braku wszelkich zmian makroskopowych, w oponach miękkich i korze, mogą być objęte mianem psychozy pourazowej, która powstała u alkoholika na tle krwotocznego zapalenia opony twardej, wywołanego przez liczne urazy głowy. Ponieważ jednak z jednej strony nazwa »psychoza pourazowa« nie może określić ściślej danego przypadku chorobowego, a obejmuje zwykle zupełnie odmienny zbiór objawów klinicznych, z drugiej zaś strony objawy kliniczne u chorego tego nie różniły się niczem (oprócz chyba zaburzeń mowy) od zwykłego porażenia postępującego, sądzę, że opisany przypadek choroby najstosowniej byłoby określić nazwą: »pseudo-paralysis progressiva traumatica«. Alkoholizm (zresztą niezbyt wybitny) chorego mógłby nam tłómaczyć usadowienie się sprawy chorobowej przedewszystkiem w oponie twardej. (Streszczenie własne).

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Sprawy sanitarne w Sejmie. (c. d.). W komisyi sanitarnej przydzielono do referatu: sprawozdanie Departamentu sanitarnego pos. Prof. Marsowi, budowę zakładu dla obłąkanych w Kobierzynie pos. Saremu, przyznanie prawa publiczności szpitalowi w Nowym Targu pos. Dr Bednarskiemu. Członkiem komisyi w miejsce Rektora Prof. Łazarskiego został p. Ciuchciński. — W komisyi poruszono sprawę sanacyi zakładu zdrojowego w Krynicy. Zabierali głos posłowie: Gołuchowski, Mars, Bednarski, Wład. Czaykowski, Federowicz. Na wniosek pos. Federowicza uchwalono odbyć osobne w tej sprawie posiedzenie przy udziale referentów Wydziału krajowego i Namiestnictwa. Posiedzenie to odbyło się 4. X. Wydział krajowy reprezentował Dr Bernadzikowski, a rząd radca Grodzicki, który udzielił szczegółowych wyjaśnień w sprawie budowy nowych łazienek borowinowych i nowego zakładu hydropatycznego, w sprawie powiększenia wodociągów wody słodkiej, ujęcia źródeł mineralnych i w sprawie regulacyi Kryniczanki. Po sprawozdaniu reprezentanta rządu doszła komisya do przekonania, że roboty inwestycyjne, o ile dotyczą budowy nowych łazienek borowinowych i zakładu hydropatycznego, powiększenia wodociągu i ujęcia źródeł mineralnych, są w pełnym toku, — dalej, że wypracowane zostały szczegółowe plany i kosztorysy, a fundusz w kwocie około 1 miliona, przeznaczony na te budowy, jest zabezpieczony. Głównym przedmiotem obrad była dyskusya w sprawie kanalizacyi Krynicy. Komisya wyraziła zapatrywanie, że wszystkie inwestycye muszą iść w parze z kanalizacyą, jeżeli cel ich niema być chybiony. Komisya ma odbyć w sprawie Krynicy jeszcze jedno posiedzenie, na którem poweźmie konkretne wnioski i przedłoży je Sejmowi w obecnej sesyi. — »Nowa Reforma« (4. X. 1910) donosi, że wpłynęła do Sejmu i została przekazana komisyi sanitarnej »skarga lekarzy poznańskich na zdrojowiska galicyjskie«, dotycząca wszystkich zdrojowisk z Krynicą na czele, a wytykająca »ich rażące niedostatki na punkcie zdrowotnym, kolidujące z ustawowemi wymaganiami higieny i policyi sanitarnej« i podająca, »iż chorzy wysyłani przez lekarzy tamtejszych wrócili do domów nietylko bez poprawy zdrowia, lecz nawet z nowonabytemi w zdrojowiskach galicyjskich chorobami, czy to zakaźnemi, jak czerwonka, szkarlatyna, dyfterya i tyfus, czy to nabytemi drogą złych urządzeń kąpielowych, jak braku pieców w łazienkach i t. p.«. Równobrzmiącą petycyę wnieśli, jak podaje »Nowa Reforma«, lekarze z Królestwa Polskiego na ręce posła Tertila. »W ten sposób«, dodaje »Reforma«, »wystąpiła do Sejmu opinia całego polskiego świata lekarskiego, złączona z opinią ogółu, z głośnem wołaniem o zaradzenie złemu pod grozą zwracania w przyszłości chorych do zdrojowisk pozagalicyjskich, zaopatrzonych w wodociągi i kanalizacyę, wolnych zatem od chorób zakaźnych, choćby o wodach mniej skutecznych, niż galicyjskie«.

Sprawozdanie Departamentu sanitarnego Wydziału kraj., streszczone w poprzednim numerze »Przeglądu«, będzie przedmiotem rozpraw i opinii sejmowej komisyi sanitarnej; skoro tylko sprawozdanie tej komisyi dostanie się pod obrady Sejmu, nie omieszkamy podać go w streszczeniu wraz z nasuwającemi się uwagami. Zanim to jednak nastąpi, należy podnieść ze sprawozdania Departamentu V. Wydziału kraj. znamienniejsze szczegóły. Wymieniamy je w tejsamej kolei, jak idą w sprawozdaniu, odznaczającem się taksamo, jak sprawozdanie zeszłoroczne, przejrzystym układem i dążnością do ujęcia spraw w pewną systematyczną całość, co należy z uznaniem zaznaczyć.

Przedewszystkiem zasługuje na uwagę wzrost kosztów jednego dnia leczenia, który wprawdzie z roku 1902 na 1903 podniósł się cokolwiek (z 1·35 na 1·47 kor.), potem jednak utrzymywał się prawie na jednym poziomie i wynosił w r. 1906 1·52 k.; natomiast w r. 1910 dochodzi już 1·80 k. Ze stanowiska podnoszonych przez nas dawniej*) postulatów byłby to objaw pożądany, o ileby ten wzrost kosztu jednego dnia leczenia zależał od poprawy warunków pobytu chorych w szpitalu, a więc przedewszystkiem od poprawy pożywienia; jednakże właśnie co do kosztów samego żywienia brak w sprawozdaniu danych porównawczych, a byłyby bardzo pożądane. Przy porównaniach zaś trzebaby uwzględniać szybki postęp drożyzny w Galicyi, zważywszy, że wobec tego wzrost kosztu żywienia może wcale nie oznaczać istotnej poprawy żywienia. Trzebaby także porównać ten koszt w Galicyi z kosztem żywienia chorych szpitalnych w innych krajach. To, co z tabeli, zamieszczonej w sprawozdaniu, a sięgającej tylko do r. 1906, wyczytać można o ogólnych kosztach leczenia, nie świadczy na korzyść naszych stosunków. Pomijając Austryę dolną, w innych krajach, wziętych do porównania, waha się koszt dnia leczenia w pięcioleciu 1902—1906 około 2 kor., w Galicyi około $1^1/_2$ korony.

Nasuwa się tu uwaga, że żywienie chorych w naszych szpitalach jest wprawdzie oparte na pewnych »normach«, wydanych swego czasu przez Wydział krajowy niewątpliwie z udziałem Departamentu sanitarnego, — że wszelako żywienie to nie było w nowszych czasach u nas właściwie naukowo opracowane. Pod tym względem pozostajemy w tyle za Warszawą, gdzie w ostatnich latach zajmował się tą sprawą Dr Landau, a potem

*) »W sprawie szpitalnictwa galicyjskiego«. Przegl. lek. 1907.

gruntowne badania ogłosił Dr Kazimierz Rzętkowski. Gdyby można być pewnym, że norma żywienia w naszych szpitalach nie wymaga rewizyi, wówczas i żądanie ściśle naukowego zbadania tej sprawy nie byłoby zapewne na miejscu. Wszelako wobec zarzutów, czynionych obecnej normie żywienia w szpitalach galicyjskich, byłyby takie badania niezmiernie na czasie. Jestto wdzięczne zadanie dla naszych lekarzy szpitalnych, w szczególności dla tworzących się tu i owdzie przy szpitalach pracowni; możnaby z niemałą dla naszego szpitalnictwa korzyścią użyć części zasiłków, przyznawanych naszym lekarzom szpitalnym na »studya zagraniczne«, właśnie na poparcie tego rodzaju poszukiwań. Nie należy wątpić, że do badań tych znaleźliby się kandydaci i chętni i odpowiednio ukwalifikowani, byleby mogli liczyć na materyalną pomoc w swej pracy i na to, że wyniki ich badań, ogłoszone w którem z czasopism lekarskich, wpłyną na pogłębienie traktowania tej sprawy przez kolegów i na ewentualną poprawę stosunków.

Drugim punktem, zasługującym na podniesienie, jest zwiększanie się liczby łóżek szpitalnych w kraju, idące w latach ostatnich nieco szybszem tempem. Wprawdzie co do liczby łóżek w stosunku do ludności znajduje się Galicya na najgorszem miejscu w szeregu krajów austryackich jeszcze i w roku 1906 (1:1205), ale sądząc z liczby szpitali otwartych i rozszerzonych między r. 1906 a 1910, niedaleką jest chwila, gdy zapotrzebowanie zaspokojone będzie przynajmniej w połowie i jedno łóżko przypadnie na mniej, niż tysiąc mieszkańców. Że wtedy dopiero będziemy w połowie drogi, dowodzi utrzymujące się stale jeszcze w r. 1910 niesłychane przepełnienie większości szpitali.

Przełamanie lodów w sprawie klinik lwowskich jest bardzo jasnym punktem w sprawozdaniu, opaźnianie się bowiem dalsze budowy tych klinik zatamowałoby prawidłowy rozwój Wydziału lekarskiego lwowskiego. Pragnąć trzeba, aby także i dalsza rekonstrukcya szpitala lwowskiego przygotowana została bez dłuższej zwłoki, bo szpital w mieście uniwersyteckiem ma przed sobą takie zadania, którym bez odpowiedniego pomieszczenia i urządzenia podołaćby nie mógł. To też budowa krajowego zakładu zakaźnego i utworzenie pracowni rentgenologicznej we Lwowie jest w tym względzie wyraźnym krokiem naprzód. Ale konsekwentnie należałoby corychlej pomyśleć o stworzeniu podobnegoż zakładu zakaźnego krajowego i w drugiem naszem mieście uniwersyteckiem, w Krakowie, gdzie obecny oddział zakaźny w szpitalu św. Łazarza okazuje się za szczupły, a od miasta nie można żądać większych świadczeń, niż od miasta Lwowa, szczególnie wobec znacznie gorszego położenia finansowego gminy krakowskiej. Również konsekwencyą objęcia przez kraj szpitala dla dzieci we Lwowie, powinnoby być objęcie przez kraj krakowskiego szpitala św. Ludwika i to w takich warunkach, aby utrzymującemu je dotąd Towarzystwu umożliwić rozszerzenie jego filantropijnej działalności na innem polu, (jak zwalczanie zołzów i gruźlicy w stałym, rok cały otwartym zakładzie, jakich całe dziesiątki działa zagranicą, gdy u nas mamy tylko kolonie letnie). Wreszcie konsekwencyą wyposażenia jednego ze szpitali krajowych w pracownię rentgenowską z osobnym, specyalnie ukwalifikowanym kierownikiem, powinnoby być utworzenie takiejże samoistnej pracowni i w drugim wielkim szpitalu krajowym, w Krakowie. Naodwrót należałoby znów w szpitalu lwowskim usunąć ile możności te wszystkie braki, które już w Krakowie usunięto lub usunąć postanowiono. Warunki obu tych szpitali ze względu na ich wielkość i rolę w miastach uniwersyteckich są równe, równe też powinno być ich traktowanie. Dlatego tem dotkliwsze jest względne przepełnienie szpitala krakowskiego, tem bardziej pragnąć należy, aby jeszcze w bieżącej sesyi zdążył Wydział krajowy przedłożyć a Sejm uchwalić plany dalszej gruntownej rekonstrukcyi szpitala w Krakowie, a przedewszystkiem, aby raz w jakikolwiek sposób sprawa budowy zakładu położniczego w Krakowie wyciągniętą została z obecnego zabagnienia. (Ciąg dalszy nastąpi).

Słuchaczów medycyny w roli sekundaryuszy lub lekarzy pomocniczych w szpitalach zakazało używać austryackie ministerstwo spraw wewn. w jednem z najświeższych swych rozporządzeń. W obrębie zakresu działania szpitali można jednak studentom medycyny, którzy mają absolutoryum, a nie osiągnęli jeszcze dyplomu doktorskiego, jako aspirantom, hospitantom etc., poruczyć tylko takie czynności, które nie stanowią samoistnego leczenia chorych, jak np. sporządzanie historyi chorych, usługi przy badaniu chorych etc. Jest to wszakże dopuszczalne tylko o tyle, o ile zakład przy tem nie ponosi szkody. Niezbędnym jest zatem warunkiem, aby miejsca lekarzy pomocniczych były należycie obsadzone, a medycy podlegali kontroli lekarzy szpitalnych. R.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 25. IX. do 1. X. 1910 zgłoszono przypadków: błonicy 10 † 2 (w tem obcych 4 † 2), krztuśca 2, płonicy 9 † 1 (1 † —), odry 10 † — (— † —), duru brzusznego 5 † 2 (3 † —), czerwonki 1, nagm. zapalenia opon 1. Dr Janiszewski.

Choroby zakaźne w Warszawie. Od 7. VIII. do 3. IX. 1910 przybyło do szpitali warszawskich przypadków: ospy 28 † 9 (w całem mieście † 10), odry 7 † 1 (13), płonicy 117 † 5 (61), błonicy 29 † 4 (17), róży 42 † 2 (11), duru plamistego 19 † 1 (1), duru brzusznego 76 † 15 (14). (Gaz. lek. Nr 40).

Wiadomości bieżące.

Zjazd chirurgów polskich, obradujący właśnie w Warszawie, zgromadził przeszło czterystu uczestników, wśród których znajdują się wszyscy najwybitniejsi polscy chirurdzy i wielu znakomitych przedstawicieli innych gałęzi polskiej medycyny. Na Zjazd zgłoszono do dnia wydania programu niebywałą liczbę 178 wykładów; toteż trzy dni, przeznaczone na Zjazd, napewno nie wystarczą do wyczerpania tak obfitego materyału. Główne znaczenie mają rozprawy, toczące się około 3 tematów programowych: 1) Zapalenie wyrostka robaczkowego (sprawozdawcy prof. Rydygier i prof. Kader), 2) Współczesne sposoby znieczulania (prof. Kryński). 3) Aseptyka i antyseptyka operacyjna (prof. Herman i Dr Leśniowski). Pierwszy i drugi temat poprzedziły teoretyczne wykłady prof. Kostaneckiego (O położeniu wyrostka rob. i jego fałdach otrzewnej ze stanowiska historyi rozwoju) i prof. Cybulskiego i p. Eigera (O elektrokardyogramach przy rozmaitych sposobach narkozy). Zjazdowi przewodniczą: prof. Kosiński, prof. Ziembicki i prof. Rydygier.

Kraków. Ministerstwo oświaty zatwierdziło habilitacyę Dra Tadeusza Koźniewskiego z zakresu farmakognozyi.

— W Zakładzie dentystycznym Uniw. Jagiell. wolną będzie posada I-go asystenta. Zgłoszenia przyjmuje do dnia 1. XI. b. r. Prof. Dr Wincenty Łepkowski.

— Otrzymujemy następujące pismo: »Z powodu szerzenia się cholery we Włoszech nie odbędzie się w roku bieżącym trzecia naukowa wycieczka lekarska, która była projektowana w listopadzie b. r., a miała na celu zwiedzenie Hiszpanii, północnej Afryki, Sycylii i Dalmacyi. Może w roku przyszłym ułożą się korzystniej stosunki zdrowotne i ponętna ta wycieczka będzie się mogła odbyć. — Dr Obtułowicz (Lwów)«.

Warszawa. Rodzina zmarłego w Łodzi przemysłowca ś. p. Emila Geyera ofiarowała na cele dobroczynne 115.000 rubli, z czego 50.000 rb. na fundusz kolonii wakacyjnych dla słabowitych dzieci robotników zakładów fabrycznych p. f. Geyera, 4000 rb. na Pogotowie ratunkowe w Łodzi, 1000 rb. na zakład dla nerwowo-chorych w Drewnicy pod Warszawą.

Z różnych stron. Na VIII. międzynarodowym Zjeździe fizyologów w Wiedniu (27—29. IX. b. r.) mieli wykłady z Polaków: Prof. Beck: »O badaniach galwanometrycznych na rdzeniu«; Dr Zbyszewski: »O elektrokardyogramach serca«; Dr Borkowski: »O polaryzacyi nerwów«; Dr Sosnowski: »O prądach elektrotonicznych«; prof. Cybulski, który należy do komitetu wykonawczego Zjazdu, z powodu nagłego zasłabnięcia nie przybył, a odczyt jego »O prądach czynnościowych mięśni« odczytał w zastępstwie prof. Beck.

— Polski Związek lekarzy i przyrodników w Petersburgu odbył 13. (26) IX. b. r. uroczyste posiedzenie na cześć rodaków, przybyłych na międzynarodowy Zjazd ginekologiczny. Po przemówieniu powitalnem prezesa prof. Czeczotta i po wykładach Dra Neugebauera z Warszawy i prof. Ziemackiego, zapadła na wniosek prof. St. Zaleskiego następująca uchwała: »Przyjmując za punkt wyjścia urzeczywistnienie na obecnym V. Zjeździe międzynarodowym akuszeryjno-ginekologicznym dawnych wieloletnich dążeń naszych stowarzyszeń naukowych do utworzenia na wszelkich zjazdach międzynarodowych osobnych komitetów polskich, dołożyć wszelkich starań, aby komitety były odtąd instytucyą stałą«. Posiedzenie zakończyło się przemówieniem prof. Kadera z Krakowa, który podniósł znaczenie i zasługi Polskiego Związku lekarzy i przyrodników w Petersburgu. Po posiedzeniu odbyła się w serdecznym nastroju biesiada, na której przemawiali Dr Marcinkiewicz, prof. Rosner, Dr Jezierski, Dr Falgowski, prof. Zaleski, Dr Neugebauer i i. i wysłano telegramy z wyrazem wdzięczności i hołdu do prof. Cybulskiego i prof. Marsa.

— Jak donosi »Kuryer lwowski«, we Lwowie powstało ruskie Towarzystwo lekarskie. Komitet założycieli ogłosił w pismach odezwę do Rusinów lekarzy i weterynarzy, wzywając do wstępowania do Towarzystwa, przyczem zaznacza, że czynią się starania w ministerstwie wojny i obrony krajowej o pozwolenie lekarzom wojskowym do wstępowania do Towarzystwa; dotychczas zgłosiło się 63 członków na 150 lekarzy i weterynarzy Rusinów. Na zgromadzeniu konstytuującem uchwalono podjąć starania o rozdział Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej na sekcyę polską i ruską. Zarząd Towarzystwa tworzą: przewodniczący Dr Ozarkiewicz, zastępca przewodniczącego Dr Drzymalik, skarbnik Dr Bereźnicki, sekretarz Dr Wachnianin, gospodarz Dr Kobryński, a jako zastępcy Dr Doliński i Dr Trześniowski. Honorowym prezesem Towarzystwa wybrano prof. Horbaczewskiego z Pragi.

Mianowani: Prof. Ghon z Wiednia profesorem anatomii patol. w Pradze (wydział niemiecki); Prof. Payr z Gryfii dyrektorem kliniki chir. w Królewcu; Dr Craig profesorem medycyny wewn. w Dublinie; Dr Munro Kerr profesorem położnictwa w Glasgowie; Prof. F. König z Altony dyrektorem kliniki chir. w Gryfii.

Zmarli:

Dr Andrzej Obrzut

profesor anatomii patologicznej w Uniwersytecie lwowskim, zmarł w 55 roku życia w Nowych Benatkach w Czechach. Obszerniejszy życiorys pomieścimy w jednym z następnych numerów.

Dr Feliks Głogowski w Łochowcach (guber. lubelska), Dr Franciszek Groer w Petersburgu w 62 r. ż.;

histolog prof. S. Mayer w Pradze, ginekolog prof. Chrobak w Wiedniu; internista prof. Leyden w Berlinie.

Redakcya otrzymała: Spira: O stosunkach fizyologicznych i patologicznych między nerwem twarzowym a narządem słuchowym. »Tyg. lek.« 1910. — J. Nelken: Ein Fall von Poliomyelitis anterior acuta cruciata mit folgender Syringomyelie. Odb. »Zeits. f. ges. Neurol. u. Psych.« 1910. — Kwestyonaryusz o życiu płciowem, wydany przez komisyę ankietową przy Bibliotece Medyków U. J. w Krakowie. — Rzętkowski: O żywieniu chorych w szpitalach warszawskich. Odb. »Pamiętnik Tow. lek. warsz.« 1910. — Opolski: Über eine neue Form der haemorrhagischen Diathese: Myokerosis angiotica haemorrhagica. Odb. »Wiener klin. Rundschau«. 1910. — Annual report of the department of health City of Buffalo 1909.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich we wrześniu 1910.

Gazeta lek. Nr 36—40: J. Pruszyński: O działaniu na ustrój endotoksyn cholerycznych. — Popielski (dok.). (36—38). — Higier H.: Nawroty przy nowotworach wrzekomych mózgowia. (37. 38). — Hertz R.: Barwiąca się przyżyciowo ziarnistość czerwonych krążków krwi, jej pochodzenie i stosunek do zasadochłonnych nakropień. (38). — Malinowski: Dotychczasowe wyniki własnych doświadczeń leczenia syfilisu przetworem prof. Ehrlicha »606«. (38). — Kozerski: Obecny stan leczenia syfilisu metodą Ehrlicha. (39. 40). — Fidler i Kossak: Przyczynek do epidemiologii i charakterystyki duru brzusznego (40). — Kizler: O rozwoju trudno hodujących się drobnoustrojów na pożywkach Cantaniego. (40).

Medycyna i Kronika lek. Nr 36—40: Wasserthal: O przepuszczalności jelita dla dyastazy. (36). — Springer (dok.). (36—38). — Leyberg J.: O przewlekłem zapaleniu tkanki tłuszczowej skóry białego szczura. (37—39). — German: Przypadek całkowitego wynicowania macicy po porodzie. (39). — Halpern: O przemianie materyi w myastenii. (40). — Wilczyński: O działaniu szczepionek przeciwgruźliczych Dr T. Czajkowskiego. (40).

Tygodnik lekarski Nr 35—39: Schusterówna: O gruźlicy migdałków. (35). — Begleiter (dok.). (35). — Ziembicki (dok.). (35—39). — Reis W.: Badania doświadczalne nad zachowaniem się in vitro dwuprątka Morax-Axenfelda pod wpływem rozmaitych czynników leczniczych. (36—39). — Konopacki: Chemiczny problemat zapłodnienia. (38—39). — Chłapowski Fr.: O metodzie leczniczego szczepienia w chorobach zakaźnych wedle A. Wrighta. (38).

Przegląd chorób skórn. i wen. Nr 7: Rosenberg: Przypadek pemphigus vegetans. — Wiśniewski: Cukrówki. — Nr 8. Malinowski: Stan obecny leczenia syfilisu preparatem prof. Ehrlicha »606« i dotychczasowe wyniki własnych doświadczeń.

Postęp okulist. Nr 7. Wicherkiewicz: Przypadek pęknięcia oka z wyrzucającym krwotokiem u dziecka.

Przegląd chirurg. i ginekol. Z. II. Drac J.: Przyczynek do rozpoznania i leczenia ropnia śledziony. — Flatau i Sawicki: O żebrze szyjnem (dok.).

Kronika dentyst. Nr 9—10. M. Krakowski: Które nowo zalecane środki hemostatyczne, stosowane w dentystyce, odpowiadają celowi? (c. d.).

Zdrowie Z. 9. Brzeziński J.: O działalności kulturalno-higienicznej lekarza fabrycznego. — Kozłowski: Zakład dyetetyczny w Ojcowie.

Przegląd zdrojowo-kąpielowy Nr 11—12. Klęsk A. Spokój w zdrojowiskach. — Piotrowski (dok.).

Nasze zdroje Nr 18—20. Malewski: Z dziedziny dyetetyki. O dyetetycznem leczeniu chorych. — Bandrowski: Ucisk podatkowy naszych zdrojowisk. — Przed walnym Zjazdem zdrojowym we Lwowie. — Dr B. K.: Kistowodzk-Piatigorsk-Essentuki i »Mineralne wody«. — Vessely F.: O leczeniu wodami mineralnemi w domu. — Flis K.: Wypadki nagłej śmierci w miejscowościach zdrojowych.

Głos lekarzy Nr 17—19. Mikołajski: 1) Lwowska komisya przemysłowo-lekarska. 2) Z kongresu higieny szkolnej w Paryżu. 3) Ze stosunków praktyki lekarskiej. 4) Sprawy sanitarne w Sejmie. — Kasy chorych w Austryi. — Ankieta w sprawie kary śmierci (c. d.).

Redaktor odpowiedzialny:

Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 12. października 1910 o g. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym wykład Dr Filipa Eisenberga: Bakteryologia cholery.

(Na posiedzeniu następnem odbędą się wykłady o klinice i profilaktyce cholery).

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Pillullae Emalypti compos. wyrobu p. Henryka Bankego w Krakowie, zostały dopuszczone do powszechnego obrotu handlowego rozporządzeniem Ministerstwa spraw wewn. z 20. VIII. 1910. L. 17965. R.

POD ZŁOTĄ GWIAZDĄ POD ZŁOTĄ GWIAZDĄ

APTEKA POD „ZŁOTĄ GWIAZDĄ" PIOTRA MIKOLASCHA

wyrabia: **WE LWOWIE** wyrabia:

Syrup Sulfoguajakolowy i Syrup Sulfoguajakolowy z Kolą.

W działalności zupełnie identyczny z Siroliną firmy Hoffmann La Roche według orzeczenia Komisyi Przemysłowo-lekarskiej Towarzystwa Lekarskiego we Lwowie. O 50% tańszy od Siroliny.

Syrup Sulfoguajakolowy kosztuje 2 K.

Syrup Sulfoguajakolowy z kolą kosztuje 2·50 K.

Wydaje się tylko na przepis lekarski.

Poleca ustalonej sławy **WINA LECZNICZE**

przez Dra Karola Mikolascha pierwsze w Austryi w r. 1876 wprowadzone.

Wina Chinowe, Chinowe-żelaziste, Kaskarowe, Condurango, Borówkowe, Rumbarbarowe, Pepsynowe, Cola, Peptonowe, Malaga, Tokaj stary, Cognac najlepszy. 210

Zaopatrzone atestami pierwszorzędnych powag lekarskich i naukowych.

Główny skład wszystkich specyfików krajow. i zagranicznych

Polecone przez Świetne Tow. lekarskie krakowskie

Z pomiędzy dziś znanych przetworów **żelazistych** jest najłatwiej strawnym i nie psującym zęby środkiem

LIQUOR MANGANO FERRI PEPTONATI

składu 0·60% Fe i 0·10% Mn wyrobu 208

Aptekarza D. MATULI w Podgórzu (Kraków).

Polecany jako środek lekko strawny, pobudzający apetyt, w blednicy, braku krwi, malaryi, zołzach, w kobiecych i nerwowych słabościach.

Sposób użycia: Dzieciom do lat 12 daje się 2 razy dnia po łyżce od kawy z mlekiem; osoby dorosłe używają 2—3 razy dnia po łyżce stołowej.

Na składzie w każdej większej aptece. Cena 2 K 40 h.

Wyrób krajowy. — Dwie flaszki wysyłam franco.

Aromatyczne kąpiele ziołowe

Hausmana

bardzo przyjemne w użyciu, posilają przez swoją zawartość soli jodowych organizm i wzmacniają system kostny.

Wskazania: zołzy, niedokrewność, upośledzenie dróg oddechowych i krążenia krwi.

Cena pudełka 1 K. 230

Herbata odtłuszczająca „Gracioza"

Hausmana

dla osób wielkiej tuszy. Usuwa nadmiar tłuszczu ludzkiego, działając podobnie jak woda Marienbadzka.

Cena pudełka 3 K.

Wyrób Apteki pod „Białym Orłem"

w Krakowie, Rynek Linia A—B Nr 45.

TRAN JODOWO ŻELAZISTY

zawiera równie jak Tran Lahussena w 100 gr. tranu 0·20 jodku żelaza. Przetwór ten leczniczy jest sporządzony na najlepszym tranie Meyera, przeto jest smaczny i nie psuje żołądka.

Tran jodowo-żelazisty Wiszniewskiego może być z dobrym skutkiem zalecanym w chorobach płuc, zołzach, niedokrewności i t. p.

Sposób użycia: Dzieciom daje się 1—2—3 razy dziennie po łyżeczce po jedzeniu. — Dorosłym 1—3 łyżek dziennie. 221

Cena flaszki 1 K. 20. hal. — Wyrób własny i skład główny w aptece

K. WISZNIEWSKIEGO w Krakowie.

We Lwowie na składzie w aptece PIOTRA MIKOLASCHA.

Abacya

Dr Xaw. Gorski

ordynuje od września do końca maja

willa „Jadran" 309



Pertussin

Extract. thymi saccharat. Taeschner

(nazwa we wszystkich państwach prawnie strzeżona).

Nieszkodliwy, pewnie działający środek przeciw

krztuścowi, nieżytom krtani i oskrzeli, rozedmie itd.

Dawka dla dzieci: co 2 godziny 1 łyżeczkę kawową do 1 łyżeczki dziecięcej, stosownie do wieku, dorosłym co 1—2 godzin 1 łyżkę stołową. Sprowadza się we flaszkach zawartości 250 g. przez każdą aptekę. Piśmiennictwo z wybitnych czasopism lekarskich niemieckich i austryackich, jakoteż próbki bezpłatne dla doświadczeń do rozporządzenia panów lekarzy. — Sporządzony w

Kommandanten-Apotheke E. TAESCHNER

74 **Berlin C. 19, Seydelstr. 16.**

L. 2003/10. **KONKURS.**

Wydział powiatowy w Tłumaczu rozpisuje niniejszem konkurs na posadę **lekarza okręgowego** z siedzibą w Ottynii.

Do okręgu ottynijskiego należą następujące gminy: Ottynia, Grabicz, Zakrzewce, Targowica, Hołosków, Skopówka, Mołodyłów, Neudorf, Strupków, Uherniki, Babianka, Winograd i Werona.

Z posadą tą połączona jest roczna płaca w sumie 1.000 Kor. z funduszu powiatowego i ryczałt na objazdy 400 Kor. z funduszu krajowego. 447

Kompetenci winni wnieść swoje udokumentowane podania do Wydziału powiatowego w Tłumaczu najpóźniej do końca października b. r. i wykazać wiek, obywatelstwo austryackie, stopień doktora wszech nauk lekarskich i dotychczasową praktykę.

Posada ta jest połączoną z prawem do emerytury a to w granicach postanowień ustawy z dnia 12 maja 1909, Nr 68 Dz. ust. kr.

Tłumacz, dnia 3 października 1910.

Wydział powiatowy.

Sekretarz: *Walewski.* Prezes: *Jakubowicz.*

Rok XLIX. Kraków, dnia 15. października 1910. Nr 42.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Leczenie błonicy surowicą swoistą.

(Wyniki w okresie ubiegłych lat 15, 1895—1909).

Podał

W. Puławski (Radziejów, gub. warszawska).

(Ciąg dalszy).

Ponieważ zdaniem mojem sprawa ta jest niezmiernie ważna ze względu na brak w tych przypadkach objawów nadwrażliwości, nad którą co do różnych innych surowic, przeważnie bakteryobójczych, czynione są spostrzeżenia przez wszystkich pedyatrów-klinicystów, zwolenników seroterapii, przeto uważałem za pożyteczne, a nawet poniekąd za konieczne, zestawić wszystkie te przypadki w szczegółowej tablicy IV. Z tablicy tej widać, że przypadków, w których surowicę zastrzykiwano czterokrotnie, było 10, trzykrotnie — 30 i dwukrotnie — 14. We wszystkich tych przypadkach, leczonych w różnych odstępach czasu, nigdy nie dało się zauważyć żadnych innych objawów posurowiczych, prócz wysypki o różnych postaciach, występującej niezależnie od powtarzania wstrzykiwań, lecz zależnej tylko od ilości wstrzykniętej surowicy.

Jak dowiodły najnowsze badania w tym kierunku (Bordet, Pirquet, Besredka, Kraus i Dörr, Wolff-Eisner i in.) białko surowic antytoksycznych, wstrzykiwanych podskórnie, a choćby i do żył, jest bezwątpienia mniej jadowitem dla ustroju w porównaniu z białkami surowic bakteryobójczych (bakterizide Sera). W tych drugich, prócz zwykłego białka płynnego surowicy (Serumeiweiss), są jeszcze białka, pochodzące z rozkładu ciał bakteryi (Leiberbakterieneiweiss), które właśnie działają w wysokim stopniu toksycznie na automatyczne ośrodki nerwowe naczynioruchowe, łatwo wyprowadzając je z nietrwałej równowagi w danym poszczególnym wypadku (vasomotorische Labilität), wywołując nieraz nadzwyczaj groźne dla życia objawy, stanowiące istotę nadwrażliwości (Anaphylaxia — Ueberempfindlichkeit). Za typowy przykład surowic takich mogą służyć n. p. surowice durowe, choleryczna lub różnego rodzaju tuberkuliny. Wynika z tego, że surowice: przeciwbłonicza i przeciwpłonicza, jako antytoksyczne, jeżeli tylko są ściśle i dokładnie wolne od wszelkiego rodzaju bakteryi, produktów ich rozkładu oraz elementów bakteryobójczych, nie mogą dać nigdy objawów nadwrażliwości. Można nawet powiedzieć, że przy zachowaniu warunków tylko co wymienionych, wyłączone są najmniej zwykle spodziewane t. zw. idyosynkrazye, których istota musi bezwarunkowo polegać na analogicznej intoksykacyi przejściowej tychże nerwowych ośrodków naczynioruchowych (Vasomotorische Labilität)

Groźne dla życia objawy, jakie spostrzegano na długo przed wprowadzeniem w użycie surowic leczniczych, przy zwykłych przelewaniach krwi, a które przy wyłączeniu możliwości zatoru powietrznego przypisywano działaniu wprowadzonych do ustroju obcych ciałek czerwonych krwi, sprowadzić należy obecnie do ujemnego działania wprowadzonego do obiegu krwi płynnego białka krwi obcej (artfremdes Eiweiss).

VIII) Przypadki krtaniowe, w liczbie 381, włączone do szeregu statystycznego, nie obejmują następujących: 1) »Laryngitis pseudocruposa«, występująca zwykle nagle, najczęściej w nocy ze snu i równie prędko do rana lub do południa dnia następnego znacznie łagodniejąca lub ustępująca zupełnie przy zastosowaniu zwykłego leczenia. 2) »Laryngitis pseudocruposa antemorbillosa«, polegająca na przejściowem zapaleniu błony śluzowej krtani wskutek wysypki odrowej, występującej tu analogicznie do tego, jak i na skórze. Zapalenie to przechodzi zwykle pomyślnie przy środkach wykrztuśnych i inhalacyach, ewentualnie okładach rozgrzewających, z chwilą gdy wysypka pokryje już całą powierzchnię skóry.

Co się tyczy poodrowego zapalenia krtani (Laryngitis postmorbillosa), bardzo nieraz niebezpiecznego i często śmiertelnego, jako polegającego na obrzęku głośni, to zdaniem niektórych klinicystów (Heubner, Baginsky) powinno ono być leczone bezwarunkowo i surowicą przeciwbłoniczą dla tej przyczyny, że błony śluzowe narządów oddechowych po odrze są nadzwyczaj czułe na przyjęcie wszelkiego rodzaju zarazków, a zatem na pierwszym planie prątka Löfflera, przebywającego stale na błonie śluzowej jamy ustnej i gardła w oczekiwaniu chwili, sprzyjającej jego dalszemu rozwojowi do granic groźnie chorobowych. To samo stosuje się do t. zw. »Laryngitis postscarlatinosa tarda«.

IX) Zapobiegawczego stosowania surowicy przeciwbłoniczej, w ścisłem tego wyrazu znaczeniu, nie podejmowałem, gdyż, mając do czynienia z ludnością wogóle mniej inteligentną, trudno bardzo jest wytłómaczyć konieczność ponownych wstrzyknięć po upływie trzech do czterech tygodni i tak kilkakrotnie aż do wygaśnięcia epidemii. Rodzice argumentują zwykle, że lepiej zaczekać, aż jakiekol-

TABLICA IV.

L. p.	Płeć	Rodzina	I. Rok wstrzyknięcia	I. Wiek w latach	I. Objawy chorobowe	I. Rodzaj i ilość surowicy	I. Ilość dawek	I. Objawy posurowicze	II. Rok wstrzyknięcia	II. Wiek w latach	II. Objawy chorobowe	II. Rodzaj i ilość surowicy	II. Ilość dawek	II. Objawy posurowicze	III. Rok wstrzyknięcia	III. Wiek w latach	III. Objawy chorobowe	III. Rodzaj i ilość surowicy	III. Ilość dawek	III. Objawy posurowicze	IV. Rok wstrzyknięcia	IV. Wiek w latach	IV. Objawy chorobowe	IV. Rodzaj i ilość surowicy	IV. Ilość dawek	IV. Objawy posurowicze
1	M.		1895	1/2	Angina diphth.	Dyfter. 1000 j. o.	1		1898	3 1/2	Angina c. Laryng.	Dyfter. 2000	1	Urticaria na 7—8 dni	1902	7 1/2	Angina diphth. incipiens	Dyfter. 1000	1		1900	11 1/2	Angina diphth.	Dyfter. 1000	1	
2	M.		1895	3 1/2	Angina c. Laryng.	Dyfter. 2000 j. o.	2		1899	7 1/2	Angina c. Laryng.	Dyfter. 2000	1	Urticaria 7 dnia	1903	11 1/2	Angina	Dyfter. 2000	1		1905	13 1/2	Scarlatina	szkarlat. 30 ctm.³	1	
3	M.	Kl.	1896	2 1/2	Angina c Laryng.	Dyfter. 2000 j. o.	1	Urticaria na 7—8 dni	1898	4 1/2	Angina incipiens	Dyfter. 1000	1		1902	8 1/2	Angina c. Laryng	Dyfter. 2000	1	Urticaria na 8—9 dni	1907	13 1/2	Angina diphth.	Dyfter. 3000	1	Urticaria na 0—7 dni
4	M.		1897	1/4	Angina diphth.	Dyfter. 1000 j. o.	1		1900	3 1/4	Angina incipiens	Dyfter. 1000	1		1902	5 1/4	Angina c. Laryng.	Dyfter. 2000	1		1904	7 1/4	Scarlatina	szkarlat. 30 ctm.³	1	Urticaria dnia 8
5	Z.		1903	3/4	Angina diphth.	Dyfter. 1000 j. o.	1		1905	2 3/4	Angina incipiens	Dyfter. 1000	1		1907	4 3/4	Angina	Dyfter. 2000	1	Urticaria na 10 dzień						
6	M.		1896	1/2	Angina	Dyfter. 2000	1	Urticaria na 8—10 dni	1898	2 3/4	Angina incipiens	Dyfter. 1000	1		1902	6 3/4	Angina	Dyfter. 2000	1	Urticaria na 8 dzień	1908	12 3/4	Scarlatina	szkarlat. 20 ctm.³	1	
7	M		1896	4 1/2	Angina	Dyfter. 2000	1	Urticaria na 6—8 dni	1898	6 1/2	Angina	Dyfter. 2000	1	Urticaria na 7—8 dni	1901	9 1/2	Angina	Dyfter. 2000	1	Urticaria 9 dnia						
8	Z.	B.	1896	1 1/2	Laryng. po anginie	Dyfter. 2000	1	Urticaria na 10—11 dni	1902	7 1/2	Ancina c. Laryng.	Dyfter. 2000	1	Urticaria na 6—7 dni	1906	11 1/2	Angina incipiens	Dyfter. 1000	1		1908	13 3/4	Scarlatina Angina diphteroid.	szkarlat. 30 ctm.³ + dyfter. 1000 j. o.	1	Urticaria na 10—12 dni
9	Z.		1898	1 1/2	Laryng. incipiens	Dyfter. 1000	1		1902	5 1/2	Angina incipiens	Dyfter. 1000	1		1906	9 1/2	Angina	Dyfter. 2000	1	Urticaria na 9 dzień	1908	11 1/2	Scarlatina	szkarlat. 20 ctm.³	2	
10	M.		1898	5	Angina c. Laryng.	Dyfter. 4000	2	Erythema Urticaria na 8—11 dni	1902	9	Angina incipiens	Dyfter. 1000	1		1906	13	Angina	Dyfter. 1000	1							
11	M.		1907	1 1/2	Angina c. Laryng.	Dyfter. 2000	1	Urticaria na 7—9 dni	1908	2 1/2	Scarlatin. Angina diphteroid.	Szkarlat. 20 ctm.³ Dyfter. + 1000 j. o.	2	Urticaria na 6—8 dni												
12	M.	L.	1896	4	Angina c. Laryng	Dyfter. 1000	1		1897	5	Angina	Dyfter. 1000	1		1902	10	Angina	Dyfter. 2000	1	Erythema, Urticaria na 6—8 dni						
13	M		1900	1/2	Angina	Dyfter. 1000	1		1902	2	Angina	Dyfter. 1000	1		1904	4	Scarlatina Angina diphteroid.	20 ctm³. + 1000 jedn. ochr.	2							
14	M.	R.	1895	3 3/4	Angina c. Laryng.	Dyfter. 1000	1		1900	8 3/4	Angina c. Laryng.	Dyfter. 2000	1		1904	12 3/4	Scarlatina	szkarlat. 20 ctm.³	1							
15	M.		1895	6 3/4	Angina c. Laryng.	Dyfter. 2000	2		1897	8 3/4	Angina	Dyfter. 1000	1		1902	13 3/4	Angina	Dyfter. 1000	1							
16	M.	Bal.	1897	7	Laryng.	Dyfter. 2000	1	Erythema na 7—9 dni	1900	10	Angina incipiens	Dyfter. 1000	1		1904	14	Angina	Dyfter. 2000	1							
17	Z.		1897	2	Angina c. Laryng.	Dyfter. 2000	1	Erythema Urticaria na 6—8 dni	1900	5	Angina incipiens	Dyfter. 1000	1		1904	9	Angina	Dyfter. 2000	1	Urticaria na 8—9 dni						

18	Z.	Bal.	1898	6	Angina incip.	Dyfter. 1000	1		1901	9	Angina	Dyfter. 2000	1	Urticaria na 6—8 dni	1904	12	Angina	Dyfter 2000	1	Urticaria na 6—7 dni						
19	M.	Z.	1898	4	Angina	Dyfter. 1000	1		1903	9	Angina	Dyfter. 2000	1	Urticaria na 6—7 dni	1905	11	Angina	Dyfter. 2000	1		1908	14	Scarlatina	S karlat. 30 ctm.^{3}	1	Urticaria na 9—10 dni
20	M.		1898	6½	Angina	Dyfter. 2000	1	Urticaria na 8—10 dni	1903	11½	Angina incipiens	Dyfter 1000	1		1906	14½	Angina	Dyfter. 3000	1	Urticaria, Erythema na 6—8 dni						
21	M.		1899	1	Angina c. Laryng.	Dyfter. 2000	1	Erythema Urticaria na 6—8 dni	1903	5	Angina	Dyfter. 2000	1		1907	9	Scarlat.	szkarlat. 20 ctm.^{3}	1							
22	Z.		1904	3	Laryng.	Dyfter. 2000	1	Urticaria na 8—11 dni	1906	5	Angina	Dyfter. 2000	1	Urticaria na 9—10 dni	1907	6	Angina	Dyfter. 1000	1		1909	8	Scarlatina	Szkarlat. 20 ctm.^{3}	1	
23	Z.	Ciech.	1898	4	Angina	Dyfter. 1000	1		1903	9	Angina	Dyfter. 2000	1	Urticaria na 6—8 dni	1906	12	Angina	Dyfter. 2000	1	Urticaria na 9—10 dni						
24	M.		1898	1½	Angina c. Laryng.	Dyfter. 2000	1	Urticaria na 8—9 dni	1903	6½	Angina	Dyfter. 2000	1		1909	12½	Scarlatina Angina diphteroid.	30 ctm.^{3} + 2000 jedn. ochr.	2	Urticaria na 10 dzień						
25	M.	Kozł.	1897	4	Laryngit.	Dyfter. 2000	1	Urticaria na 6—8 dni	1900	7	Angina	Dyfter. 1000	1		1904	11	Angina	Dyfter. 2000	1	Urticaria na 7—8 dni	1908	15	Scarlatina	Szkarlat. 30 ctm.^{3}	1	Urticaria na 9—10 dni
26	M.		1902	¾	Angina c. Laryng.	Dyfter. 2000	2	Erythema Urticaria na 6—8 dni	1907	6	Angina	Dyfter. 2000	1	Urticaria na 6—8 dni	1909	8½	Angina c. Laryng.	Dyfter. 3000	1	Urticaria na 7—9 dni						
27	Z.	Ban.	1903	2	Angina	Dyfter. 1000	1		1906	5	Laryngitis	Dyfter. 4000	2	Erythema Urticaria na 7—10 dni	1909	8	Angina	Dyfter. 2000	1	Urticaria na 6—7 dni						
28	Z.	Zych.	1896	5½	Angina	Dyfter. 2000	1	Urticaria na 7—9 dni	1905	14	Angina	Dyfter. 2000	1	Urticaria na 8—10 dni												
29	M.	Ziel.	1900	2	Angina incip.	Dyfter. 1000	1		1904	6	Angina	Dyfter. 2000	1	Urticaria na 9 dzień												
30	M.	Soj.	1897	8	Angina	Dyfter. 2000	1	Urticaria na 6 dzień	1903	14	Angina	Dyfter. 2000	1													
31	M.	Saw.	1898	2	Laryng.	Dyfter. 3000	2	Urticaria na 8—10 dni	1906	10	Angina	Dyfter. 2000	1		1908	12	Scarlatina Angina diphteroid.	30 ctm.^{3} + 2000 jedn. ochr.	3	Urticaria na 11—12 dni						
32	Z.	Fab.	1897	1	Angina c. Laryng.	Dyfter. 2000	1	Urticaria na 7—8 dni	1899	3	Angina	Dyfter. 1000	1		1909	13	Scarlatina Angina diphteroid.	30 ctm.^{3} + 2000 jedn. ochr	2	Urticaria na 9—10 dni						
33	M.	Lin.	1898	1	Angina c. Laryng	Dyfter. 1000	1		1902	5	Angina c. Laryng.	Dyfter. 2000	1		1904	7	Scarlatina	szkarlat. 20 ctm.^{3}	1							
34	Z.		1900	1	Angina c. Laryng.	Dyfter. 2000	1	Urticaria na 8 dzień	1902	3	Angina Laryngitis	Dyfter. 2000	1	Urticaria na 7 dzień	1904	5	Scarlatina	szkarlat. 20 ctm.^{3}	1							
35	M.	Fr.	1899	2½	Laryng.	Dyfter, 3000	2	Urticaria na 7—10 dni	1901	4½	Laryngitis	Dyfter. 2000	1		1906	9½	Scarlatina	szkarlat. 20 ctm.^{3}	1							
36	M.	Pań.	1898	1	Laryng.	Dyfter. 2000	1		1902	5	Angina	Dyfter. 1000	1		1907	10	Scarlatina Angina diphteroid.	20 ctm.^{3} + 1000 jedn. ochr.	2							

TABLICA IV (Ciąg dalszy).

L. p.	Płeć	Rodzina	I.						II.						III.						IV.					
			Rok wstrzyknięcia	Wiek w latach	Objawy chorobowe	Rodzaj i ilość surowicy	Ilość dawek	Objawy posurowicze	Rok wstrzyknięcia	Wiek w latach	Objawy chorobowe	Rodzaj i ilość surowicy	Ilość dawek	Objawy posurowicze	Rok wstrzyknięcia	Wiek w latach	Objawy chorobowe	Rodzaj i ilość surowicy	Ilość dawek	Objawy posurowicze	Rok wstrzyknięcia	Wiek w latach	Objawy chorobowe	Rodzaj i ilość surowicy	Ilość dawek	Objawy posurowicze
37	Z.	Lan.	1906	$2\frac{1}{2}$	Laryng.	Dyfter. 2000	1	Urticaria na 8 dzień	1909	$5\frac{1}{2}$	Angina	Dyfter. 2000	1													
38	M.	Wen.	1903	1	Angina c. Laryng.	Dyfter. 2000	1		1904	2	Angina	Dyfter. 1000	1		1907	5	Angina	Dyfter. 2000	1							
39	M.	Ćwik.	1901	$1\frac{1}{4}$	Angina c. Laryng.	Dyfter. 2000	1	Erythema na 7—8 dni	1907	$7\frac{1}{2}$	Angina Laryngitis Stomatitis	Dyfter. 4000	2	Erythema Urticaria na 6—9 dni												
40	M.	Mac.	1899	3	Angina c. Laryng.	Dyfter. 2000	1	Urticaria na 6—7 dni	1904	8	Angina	Dyfter. 2000	1	Urticaria na 6—8 dni	1908	12	Angina c. Laryng.	Dyfter. 2000	1	Urticaria na 8 dzień						
41	M.	Złot.	1897	1	Laryng. incip.	Dyfter. 1000	1		1902	5	Angina incipiens	Dyfter. 1000	1		1908	11	Angina c. Laryng.	Dyfter. 2000	1							
42	Z.	Szest.	1898	2	Angina c. Laryng.	Dyfter. 2000	1		1901	5	Angina	Dyfter. 1000	1		1908	12	Angina	Dyfter. 2000	1							
43	M.	Kem.	1899	$\frac{1}{2}$	Angina c. Laryng.	Dyfter. 2000	1	Urticaria na 8—10 dni	1904	$5\frac{1}{2}$	Angina	Dyfter. 1000	1		1908	$9\frac{1}{2}$	Angina	Dyfter. 2000	2	Erythema, Urticaria na 7—9 dni						
44	Z.	Stan.	1900	$\frac{1}{2}$	Angina	Dyfter. 1000	1		1907	6	Angina c Laryng.	Dyfter. 4000	2	Erythema Urticaria na 6—9 dni												
45	M.	Marc.	1898	$\frac{1}{2}$	Laryngit.	Dyfter. 2000	1	Urticaria na 6—8 dni	1900	2	Angina	Dyfter. 1000	1		1904	6	Scarlatina	Szkarlat. 20 ctm.^{3}	1							
46	Z.	Kot.	1899	9	Angina	Dyfter. 2000	1	Urticaria na 8—10 dni	1902	12	Angina incipiens	Dyfter. 1000	1		1904	14	Angina	Dyfter. 2000	1							
47	M.		1902	$\frac{1}{2}$	Angina	Dyfter. 1000	1		1904	$2\frac{1}{2}$	Laryngitis	Dyfter. 2000	1	Urticaria na 8—10 dni												
48	Z.	Kop.	1898	8	Angina	Dyfter. 2000	1		1904	$14\frac{1}{2}$	Angina c. Laryng.	Dyfter. 4000	2	Urticaria na 7—11 dni												
49	Z.	Kozl.	1902	5	Angina	Dyfter. 1000	1		1904	7	Angina	Dyfter. 2000	1	Urticaria na 10—11 dni												
50	M.	Kuźn.	1899	$\frac{1}{2}$	Angina	Dyfter. 1000	1		1903	$4\frac{1}{2}$	Angina	Dyfter. 1000	1													
51	M.	Bas.	1903	1	Laryngit.	Dyfter. 1000	1		1907	5	Angina	Dyfter. 2000	1	Urticaria na 5—7 dni												
52	M.	Radz.	1903	$1\frac{1}{2}$	Angina	Dyfter. 1000	1		1908	$6\frac{1}{2}$	Angina	Dyfter. 2000	1													
53	M.	Łodyg.	1899	2	Angina c. Laryng.	Dyfter. 2000	1	Urticaria na 8—9 dni	1900	3	Angina	Dyfter. 1000	1		1902	5	Angina	Dyfter. 2000								
54	Z.	Koral.	1899	$2\frac{1}{2}$	Angina	Dyfter. 1000	1		1901	$4\frac{1}{2}$	Angina c Laryng.	Dyfter. 2000	1													

wiek oznaki zapalenia w gardle już się okażą; zgadza się to również z przekonaniem ich pod względem oszczędności. U kilkunastu dzieci, wobec ciężkiej choroby u rodzeństwa lub w najbliższem sąsiedztwie, rodzice zgodzili się na wczesne, rzekomo zapobiegawcze, wstrzyknięcia innym dzieciom, u których w gardzieli można już było stwierdzić niewielkie zaczerwienienia lub lekkie zarysy nalotów. Wszystkie te przypadki włączone zostały do rubryki wczesnych wstrzyknięć w ciągu pierwszego dnia choroby.

(Dokończenie nastąpi).

O rozpoznawaniu i leczeniu zakażeń połogowych.

Podał

Dr Władysław Falgowski,

ginekolog w Poznaniu.

(Dokończenie).

Podział taki w praktyce nie da się oczywiście tak ściśle przeprowadzić, jakbyśmy sobie tego życzyli. Znamy także i przypadki przejściowe. Są także i zachorzenia, nie polegające na zakażeniu paciorkowcami, lecz na zakażeniu innymi zarazkami; zdarzają się także przypadki, w których hodowla wykrywa nie jeden, lecz wielką ilość różnych zarazków.

Ponieważ sposób leczenia zależy poniekąd od rodzaju zarazków, wywołujących chorobę, przeto starano się w najnowszym czasie badanie bakteryologiczne uzupełnić badaniem opsonin. Przy każdem zakażeniu opsoniny chorego ciała działają na zakażenie swoiście. Są one do szczególnego zarazka zastosowane (eingestellt). Dodajemy więc do surowicy osoby chorej w probówce kolejno różne zarazki, a śledząc przytem wskaźnik opsoniczny, stwierdzić możemy, który zarazek jest sprawcą zakażenia.

Niestety wskaźnik opsoniczny wielkich korzyści przy leczeniu dać nam nie może. Znając wskaźnik opsoniczny, byłoby naturalną rzeczą na jego podstawie leczyć podług wskazówek Wrighta przez szczepienie zarazków sztucznie osłabionych. Takie próby wykonał Lenhartz w Hamburgu. Wyniki były niekorzystne, należy jednak czekać na wyniki dalszych badań. Gwałtowność przebiegu prawie wszystkich zakażeń połogowych jest przeszkodą dla metody sztucznego szczepienia. Przeszkodą jest tu także w znacznym stopniu technika badań opsonicznych, która jest bardzo żmudna i wymaga wiele czasu.

Niektórzy badacze, jak Hendel i Zangemeister nie przypisują badaniu wskaźnika opsonicznego żadnej wartości ani co do wskazania, ani co do leczenia. Himmelheber odmawia wartości nawet badaniu krwi wogóle, a inni, jak E. Martin, Heymann i Barth wyrażają się o wartości badań opsonicznych bardzo pesymistycznie.

Nie odmawiając metodzie badania opsonin i bakteryotropin pewnej wartości co do wyjaśnienia sprawy w kierunku etyologicznym i bakteryologicznym, zaznaczyć trzeba wyraźnie, że na razie nie daje jeszcze ta metoda lekarzowi w praktyce żadnych korzyści. Nie może ona rokowania ułatwić, ani leczenia na nowe wprowadzić tory.

Także ilość i jakość ciałek białych krwi okazała się bez wartości dla rokowania. Ciałka białe bowiem dopiero pod wpływem opsonin osiągają właściwość pochłaniania i unieszkodliwiania zarazków. W ogólności powiedzieć należy, że obraz kliniczny choroby i obserwacya kliniczna dają zawsze jeszcze najrychlejsze i najpewniejsze wskazówki co do rokowania i okresu danego przypadku. Zdanie to wypowiadają także Zangemeister i inni autorowie, kładąc przytem wielką wagę na jadowitość zarazków. Należy też zawsze pamiętać, że wielką rolę w leczeniu zakażenia połogowego odgrywa odporność chorej oraz zasób jej sił.

Leczenie ogólne i wewnętrzne.

Na takiem pojmowaniu zakażenia połogowego powinno też opierać się i nowoczesne jego leczenie. Bylibyśmy w szczęśliwem położeniu, gdybyśmy posiadali odpowiednią surowicę, którąbyśmy mogli zastosować w podobny sposób, jak to czynimy przy niektórych innych chorobach zakaźnych. Próby w tym kierunku spełzły niestety na niczem. Nie posiadamy bowiem dotąd dostatecznie skutecznej surowicy przeciwpaciorkowcowej. Pfannenstiel, Birnbaum i inni zupełnie słusznie nie przypisują wszelkim tego rodzaju surowicom żadnej wartości leczniczej.

Nie mając skutecznej surowicy, uciekamy się, jak dawniej, do licznych i najrozmaitszych środków wewnętrznolekarskich.

Naprzód starać się musimy podtrzymywać siły chorej stosownem odżywianiem, zważając bacznie na czynność serca, a stosując w razie potrzeby kamforę, kofeinę, digalen lub odwar naparstnicy. Uważać dalej trzeba na czynność oddychania i poprawne oddawanie moczu i regularny stolec. Ważną rzeczą jest utrzymywanie czystości ciała. Wogóle zaś zważać na to musimy, że choroba sama wskutek gorączki i długiego trwania, siły chorej niezmiernie wyczerpuje. Pielęgnowanie chorej musi być więc jaknajstaranniejsze.

Wyskoku stosować nie radzę, przedewszystkiem ze względu na nerki, które przy dłuższych zachorzeniach bywają zawsze podrażnione. Ale wyskok jest przeciwwskazany także i ze względu na serce, które przez stałe podawanie napojów wyskokowych możnaby osłabić; nie przepisuję prawie nigdy wyskoku jako środka leczniczego, choć przyznaję, że wyskok zmniejsza rozpad ciał białkowych.

Dobry skutek widziałem w wielu przypadkach przez podawanie płynów w dużych ilościach, co najlepiej osiągnąć możemy, stosując w krótkich odstępach lawatywy z fizyologicznego rozczynu soli kuchennej (0,9%). Oczywiście chora może także pić, ile jej się podoba (mleko lub szczawy alkaliczne). Zdaje mi się, że przez takie stosowanie płynów w wielkich ilościach, jady znajdujące się w ustroju, ulegają rozcieńczeniu i szybszemu wydaleniu z ustroju. Przytem podnosi się zwykle ciśnienie krwi, co uważam za rzecz bardzo dodatnią. Takiem zastosowaniem płynów podnieść można także leukocytozę, którą niektórzy uważają za czynnik korzystny. Chcąc to osiągnąć w większym stopniu możemy podawać kwas nukleinowy lub inne substancye, podniecające leukocytozę. Do tego samego celu dążą starania tych, którzy, idąc za przykładem Fochiera, wywołują na jakiemkolwiek miejscu ciała, olejkiem terpentynowym, sztuczne ropnie. W moich przypadkach nie zauważyłem jednak widocznego skutku z wytworzenia takich ropni sztucznych.

Niektórzy autorowie polecają wprowadzać do ustroju także środki chemiczne, jak np. kollargol, jodynę, formaldehyd lub rtęć, aby ustrojowi dostarczyć broni w walce z zarazkami. W licznych doświadczeniach nie widziałem jednak przy takiem leczeniu pożądanego skutku.

Dalszy szereg środków wewnętrznych dajemy w tym celu, aby obniżyć zbyt wysoką gorączkę. Do tych środków należą: chinina, antyfebryna, antypiryna, fenacetyna, salipiryna, piramidon i t. d. Czy starania takie zgadzają się z poprawnem tłómaczeniem znaczenia gorączki? Przecież gorączka bynajmniej nie jest tylko objawem choroby, ale w o wiele większym stopniu odczynem ustroju, mającym na celu ochronić go przed zarazkami i osłabić ich niszczące działanie. Dlatego nigdy chętnie nie zalecam środków, czasowo obniżających gorączkę, jedynie chinina o tyle byłaby może wskazana, że ma własności ułatwiające leukocytom fagocytozę.

Leczenie operacyjne we wczesnym okresie choroby.

Nie mamy dotychczas sposobu miejscowego leczenia zakażenia połogowego, a raczej, mówiąc dokładniej, nie posiadamy dotychczas żadnego takiego, klinicznie wypróbowanego sposobu leczenia miejscowego, któryby polecić można lekarzowi praktykującemu.

Najkorzystniejsze są wyżej wspomniane przypadki, gdzie podstawą gorączki połogowej są rozkładające się w macicy cząstki pozostałych błon płodnych lub łożyska. W takich razach, przez opróżnienie i wypłukanie macicy chorą często uratować można. Na wyleczenie liczyć można tylko wtedy, jeżeli jadowite paciorkowce nie przekroczyły jeszcze granic przyczepu łożyska, t. j. jeżeli nie wkroczyły jeszcze głębiej do naczyń macicznych lub do naczyń chłonnych pozamacicznych. W tych bowiem razach sprawa przestała już być miejscową, ograniczoną do macicy, nastąpiło już albo ogólne zakażenie krwi i wtedy znajdujemy jadowite paciorkowce w drogach krwionośnych, — albo zarazki dostały się za pośrednictwem naddarć szyjki macicznej lub pochwy drogami chłonnemi do tkanki przymacicznej, wywołując tam zapalenie, naciek, a później często ropień. W tych razach opróżnienie i oczyszczenie wnętrza wystarcza już do rychłego wyleczenia macicy.

W przypadkach, gdzie zakażenie, pierwotnie tylko do wnętrza macicy ograniczone, prawdopodobnie już wytworzyło zakrzepy w naczyniach macicy samej albo poza nią, tam trzymać się należy zasady: »Noli me tangere«. Jakiekolwiek zabiegi chirurgiczne mogłyby wtedy zarazki, usadowione w zakrzepach, wtłoczyć w naczynia sąsiednie i dać powód do ogólnego zakażenia drogą krwionośną.

Bumm twierdzi, że zapalne zakrzepy tworzą się w macicy i w jej sąsiedztwie w tych mianowicie przypadkach, gdzie macica po poronieniu lub po porodzie nie dosyć szybko się kurczy. Oczywiście bez zakażenia pierwotnego nawet przy niedostatecznem kurczeniu się macicy, takie zakrzepy zapalne zwykle powstać nie mogą, jednakże wobec niebezpieczeństwa zakażenia wogóle należy zawsze zwracać uwagę na dostateczne ściągnięcie się macicy w połogu podając w razie potrzeby środki, macicę ściągające, jak np. sekakorninę.

W takich przypadkach, gdzie w samej macicy powstały śródścienne zakrzepy zakaźne, zagrażają one nieustannie uogólnieniem się zakażenia. Gdyby więc bakterye poza obręb macicy na pewno nie przeszły, możnaby mieć nadzieję przez wyjęcie macicy źródło zakażenia usunąć i osiągnąć wyleczenie. Ale tego na pewno nigdy wiedzieć nie możemy. Nawet badanie bakteryologiczne krwi nie daje pod tym względem pewności. Przytem wyjęcie macicy musiałoby być dokonane w okresie bardzo wczesnym, kiedy zazwyczaj jeszcze rokowanie nie wydaje się nam jeszcze tak niekorzystne. Brak tu więc ścisłego i jasno określonego wskazania. Nigdy przewidzieć nie możemy, w jakim okresie rozwoju zakażenie się zatrzyma, a na korzystny skutek wyjęcia macicy moglibyśmy liczyć tylko, gdybyśmy je dokonali w tak wczesnym okresie choroby, gdzie prawie zawsze mamy przypuszczać prawo, że i bez wyjęcia macicy choroba zakończy się pomyślnie. Gdy atoli już się stwierdzi, że zakażenie przekroczyło granice macicy, t. j. gdy możemy wykazać jadowite zarazki krążące we krwi, wtedy azbieg chirurgiczny jest zbyteczny, bo wykonaniem jego nic uzyskać nie możemy. Stosujemy więc zabieg chirurgiczny zwykle albo za rychło, albo za późno!

W ogólności okazuje się przeto, że przez wyjęcie macicy wiele uzyskać nie możemy. Veit uważa nawet wczesne wyjęcie macicy za zupełnie bezskuteczne, twierdząc, że tylko w tych przypadkach wyleczenie nastąpiło, w którychby chora i bez zabiegu chirurgicznego wyzdrowiała. Wogóle zabiegi chirurgiczne we wczesnym okresie połogu mało dają rękojmi wyleczenia.

Zabiegi chirurgiczne w późniejszym okresie połogu.

I w późniejszym okresie zakażenia połogowego zabiegi operacyjne nie przedstawiają się w zbyt korzystnem świetle. Przewlekłe zakażenia połogowe łączą się często z zapaleniem zakrzepowem żył, które się coraz dalej posuwa; we krwi krążą wtedy zarazki w różnych ilościach. Byłoby złudzeniem przypuszczać, że przez podwiązanie żył, dotkniętych takim zakrzepem, zdołamy sprawę zakaźną ograniczyć. Wiadomo, jak wielką nadzieję pokładano w tej operacyi. Wprawdzie dreszcze, znamionujące ropnicę, po operacyi takiej znikały, jednakże w ciężkich przypadkach następowało po operacyi i tak zejście śmiertelne. Wyniki są wtedy jeszcze stosunkowo dobre, jeżeli we krwi krążyły tylko niejadowite zarazki.

Jaśniej już rzecz się przedstawia przy połogowem zapaleniu otrzewnej. Tutaj wskazanie do operacyi dyktowane bywa względami czysto chirurgicznymi. Chorą, bez operacyi prawie zawsze straconą, w bardzo rzadkich przypadkach przecież przez operacyę uratować można, coprawda, jeszcze rzadziej aniżeli przy zapaleniu otrzewnej z innych przyczyn. Oczywiście zupełnie zbytecznem tu jest wyjęcie macicy. Trzeba atoli zastosować szerokie sączkowanie jamy brzusznej w licznych miejscach.

Późne zabiegi chirurgiczne.

Lepsze wyniki dają zabiegi chirurgiczne późne, w przypadkach, gdzie w przewlekłym okresie zakażenia sprawa się ogranicza, jako zapalenie okołomaciczne lub przymaciczne. Takie przypadki, o ile nie wytworzą się ropnie, mogą się wyleczyć naturalnemi siłami. Przy objawach ropienia należy, zdaniem mojem, ropne ogniska odszukać i ropę wypuścić. Miałem kilka przypadków, gdzie przez taką operacyę chora już zupełnie wyczerpana, w krótkim stosunkowo czasie powróciła do sił i kwitnącego zdrowia. Trzeba jednak starać się odszukać, o ile możności, wszystkie ogniska ropne, a nawet i te miejsca i guzy twardo naciekłe, gdzie ropy płynnej nie ma, należy szeroko otworzyć i sączkować. Nawet bowiem w tych twardych naciekach znajduje się zazwyczaj obficie materyał zakaźny, który prędzej czy później wywoła ropień. Aby miejsca te drogą brzuszną racyonalnie odszukać i otworzyć, radzę naprzód szeroko rozciąć skórę, podściółkę tłuszczową i mięśnie aż do powięzi. Macając przez odsłoniętą powięź, łatwiej określić ściśle siedzibę nacieków i ropni i przez nakłucie je stwierdzić. Dopiero po dokładnem obmacaniu przez powięź radzę głębiej się dostać do miejsc, naciekłych ropą. Operować należy ostrożnie, aby przypadkiem przez nieoględność nie dostać się do wolnej jamy brzusznej, co wytwarza znaczne niebezpieczeństwo. Wielkiem utrudnieniem byłoby także naddarcie pęcherza lub kiszek.

W niektórych przypadkach daje się zastosować cięcie pochwowe według Fraenkla. Do cięcia pochwowego nadają się ropienia w tkance pozamacicznej (tylnej), albo przymacicznej. Ropienia zaś wyżej leżące w okolicy przydatków, więc ropienia okołomaciczne radzę otwierać jedynie drogą brzuszną. Trudno bowiem byłoby tak wysoko leżące ropnie należycie otworzyć przez cięcie pochwowe, a nadto idąc tą drogą, łatwiej skaleczyćby można moczowody, pęcherz lub jelita.

Nie godzę się tedy na zapatrywania L. Fraenkla, który wszelkie ropnie, tak przymaciczne, jak okołomaciczne, choćby one małą tylko częścią do pochwy przylegały, otwiera drogą pochwową. Ropni połogowych przydatków nie wolno otwierać przez pochwę, ponieważ najkrótsza droga do nich wiedzie przez powłoki brzuszne, a chcąc do nich dotrzeć przez pochwę, rozdzielamy wiele tkanek, często nienaruszonych, i przez nie ropnie sączkować musimy.

Operowanie przez pochwę ma przytem swoje strony ujemne. Otwór wiodący z pochwy do ropnia, łatwo może

się zatkać, a ponowne jego otwarcie wymaga ponownego rozwierania pochwy narzędziami i bolesnego wprowadzenia zgłębnika do wązkiego kanału. Ażeby zatkaniu zapobiedz, trzeba chorą co parę dni kłaść na stół. To utrudnia jednakże niepotrzebnie zmianę sączków. Do tego jeszcze wchodzi w rachubę i to, że przewód sączkowy, który wiedzie przez pochwę, o wiele więcej jest narażony na zakażenie, niż kanał brzuszny, co przy pochwowem sączkowaniu ma tem większe znaczenie, gdyż, jak już wspomniałem, przewód drąży przez tkanki pierwotnie nienaruszone, które także podlegać muszą zakażeniu następczemu.

Bardzo często ropnie tego rodzaju, zanim jeszcze lekarz postanowi sztucznie je otworzyć, otwierają się same, albo do pochwy, albo przez powłoki brzuszne, albo do pęcherza lub do odbytnicy, albo w nieszczęśliwych przypadkach do jamy brzusznej.

Przebicie się ropnia do odbytnicy jest zwykle wielkiem szczęściem dla chorej, a pomyślną dla lekarza niespodzianką. Tutaj można powiedzieć, że natura wyręcza lekarza. Cały obraz choroby zmienia się w ciągu kilku godzin na lepsze. Chora przedtem wysoko gorączkująca, pocąca się, długą chorobą wycieńczona — przestaje gorączkować, tętno jej poprawia się; chora czuje się silniejszą, spokojniejszą i weselszą i domaga się posiłku. Guz znika w krótkim czasie, a chora powraca do zdrowia.

Skoro zaś przebicie się samorodne ropnia do odbytnicy wiedzie w niektórych przypadkach do wyleczenia, to lekarzowi musi nasuwać się myśl, aby w innych przypadkach naśladować to samorodne zejście sprawy. W trzech przypadkach przekłułem też ropnie okazałej wielkości przez odbytnicę i wypuściłem ropę tą drogą. I w tych przypadkach stan chorych natychmiast się podobnie polepszył, jak w owych przypadkach samoistnego przebicia się ropy do kiszki.

Nie wynika z tego jednakże bynajmniej, aby wszystkie podobne przypadki leczyć w jednakowy sposób, otwierając ropień przez odbytnicę. Byłoby wogóle największym błędem, przy leczeniu zakażenia połogowego, jakiekolwiek schematyzowanie. Otwieranie bowiem systematyczne ropni przez odbytnicę, miałoby tesame zasadnicze wady, jakie wyżej wymieniłem, mówiąc o otwieraniu ropni przez pochwę. Stąd wynika, że powinniśmy w tych przypadkach starannie indywidualizować i zawsze wprzód przez odbytnicę dokładnie guzy wymacać. Tam, gdzie guz chełboczący dociera do ściany odbytnicy i gdzie przestrzeń pomiędzy nią a ścianą ropnia jest minimalna, gdzie więc przekłucie nie przebije przypuszczalnie zdrowych tkanek — tam można śmiało odbytnicę w miejscu chełbotania przekłuć, tam też można się spodziewać, że ropa odpłynie i guz w najkrótszym czasie zniknie.

Częściej, niż zazwyczaj sądzimy, zdarza się przebicie się ropy do pęcherza. Powiodło mi się to stwierdzić od czasu, kiedy zwykłem badać pęcherz cystoskopem. Jeszcze długo po wyleczeniu choroby stwierdzić mogłem takie otwory po przebiciu się ropni do pęcherza, które dawniej w rzadkich przypadkach widzieliśmy dopiero przy sekcyach. Takie zejście daje zwykle dobre rokowanie ostateczne, chociaż niekiedy wynikające stąd zapalenie moczowodu lub miedniczki nerkowej naraża chorą na nieprzyjemne powikłanie. Jest rzeczą bardzo ważną, abyśmy przebicie ropnia do pęcherza rychło rozpoznali, a przepłukiwaniem takie powikłanie najprędzej usunęli. W każdym razie także odejście ropy drogą pęcherza sprawia chorej natychmiastową ulgę, bo wywołuje zniknięcie guza i tem samem zniknięcie bolów; zazwyczaj następuje potem wyleczenie.

Zdarzają się jednakże przypadki, w których przedziurawienie ropnia do pęcherza nie zagaja się. Pozostaje wtedy stały otwór pomiędzy pęcherzem a ropniem, co tak dla pęcherza jak i dla jego sąsiedztwa może mieć niepomyślne następstwa. W tych razach radzi Tilmann cięciem nadłonowem otworzyć pęcherz i przetokę od strony wnętrza pęcherza zaszyć. Jamę ropnia trzeba przytem zewnątrz sączkować. Większe, z pęcherzem połączone ropnie zaleca się otworzyć drogą brzuszną, ścianę ropnia razem z przetoką oddzielić od pęcherza i od zewnętrznej strony zaszyć szwami wielowarstwymi. I tutaj należy oczywiście jamę ropnia przez powłoki brzuszne odpowiednio sączkować. W tych przypadkach pozostawiam zawsze cewnik na stałe w pęcherzu przez trzy lub cztery dni.

Ropnie okołomaciczne większych rozmiarów leczę, otwierając je szeroko drogą brzuszną i przyszywając ściany ropnia do rany w powłokach brzusznych. Po wypróżnienin ropnia stosuję szerokie sączkowanie. Wyleczenie ropnia następuje wtedy powoli przez ziarnkowanie. Sposób ten jest pewny i o tyle korzystny, że jednym i tym samym zabiegiem ochrania się jamę brzuszną i usuwa się ropę.

Jeżeli w dłuższy czas po połogu wymacać się dają ropnie okołomaciczne, dobrze otorbione, i jeżeli badaniem oburęcznem uda się stwierdzić, że są to ropnie jajowodu i jajników, wtedy uważam za rzecz najlepszą wyłuszczyć przydatki doszczętnie drogą brzuszną po rozdzieleniu zrostów. Asch wykazał, że ten sposób leczenia w późnym okresie choroby daje korzystne wyniki. Przez takie postępowanie chroni się chorą od długiego i wyczerpującego charłactwa i oszczędza się jej wiele sił i cennego czasu. W każdym razie należy starać się zapobiedz niebezpieczeństwu, jakiem grozi pęknięcie ropni do jamy brzusznej. Zdarza się to przy gwałtownem poruszeniu się, albo przedwczesnem wstawaniu z łóżka. Dopóki ropień istnieje, trzeba mieć na uwadze możliwość takiego nieszczęśliwego obrotu, a nie należy zanadto wiele liczyć na samorodne wyleczenie. Niepomyślnemu takiemn zajściu w świeżych przypadkach zapobiedz możemy przekłuciem ropni, a w przewlekłych doszczętnem wyjęciem zropiałych przydatków.

Z pewną rezygnacyą przyznać trzeba, że pomimo wszelkich badań i starań nauka nasza nie może się w leczeniu zakażenia połogowego poszczycić bardzo dodatnimi wynikami. W ciężkich przypadkach posocznicy i ropnicy i nadal skazani jesteśmy na to, by bezradnie stwierdzać tylko postęp choroby.

Lat prawie pięćdziesiąt minęło od czasu, gdy genialny Semmelweiss wypowiedział zdanie, że gorączkę połogową wywołuje zakażenie, wnikające od zewnątrz do ustroju położnicy. Od czasu tego bakteryologia wykryła istotę zakażenia i ułatwiła nam patologiczne zrozumienie choroby. Wynikami praktycznymi dotąd praca nasza nie została jednak uwieńczona. Jeszcze najskuteczniej wobec postępów nowoczesnej chirurgii działać możemy w przewlekłych przypadkach, a więc tam, gdzie sztuka nasza polega na odszukaniu i usunięciu ropy. Miejmy atoli nadzieję, że postępy nauk lekarskich rozszerzą i tutaj z czasem zakres naszego działania i dostarczą nam skutecznych, dziś jeszcze przewidzieć się nie dających sposobów leczenia. Na razie nie pozostaje nam nic innego, jak powiedzieć sobie: »Sempre avanti!«.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

(Chirurgia kończyn).

Wette. **Chirurgiczno-ortopedyczne leczenie rdzeniowego porażenia dziecięcego.** (Medizin. Klinik 1910, Nr 31). Jak dotąd leczenie przy porażeniu rdzeniowem jest objawowe, jest jednak nadzieja, że może zmieni się to na lepsze, a to na podstawie tego, że udało się przenieść zarazka i wywołać chorobę u małp. Przez te bowiem postępy w zbadaniu przyrody choroby zbliżamy się też do przyszłych postępów w jej leczeniu. W okresie ostrym leczyć powinien tylko internista. Wprawdzie niektórzy już w tym okresie zakładają gorsety, stosują łóżeczka gipsowe i t. p.,

celem unieruchomienia kręgosłupa. W. jest jednak przeciwny temu »męczeniu dzieci« zwłaszcza, że odpowiedni materac i worki z piaskiem oddadzą te same usługi. Natomiast wkraczać powinien ortopeda zaraz po ustąpieniu okresu ostrego, a to celem zapobiegania wytwarzaniu się przykurczeń. Do tego służą: miesienie, gimnastyka, elektryzacya, przyrządy ortopedyczne, szyny i t. p. Głównem zadaniem jest tu wzmacnianie mięśni słabych, ew. porażonych i zapobieganie kurczeniu się mięśni przeciwniczych. Sposoby takie, jak ustalanie w pozycyi przesadnej (Übercorrectur) lub wycinanie skóry i zeszywanie ubytku nad sferą porażoną uważa W. za zbyteczne i szkodliwe dla dziecka. W okresach późniejszych, gdy już wytworzyły się przykurczenia, nie należy odrazu operować, t. j. przeszczepiać ścięgien, lecz przedewszystkiem wyrównać przykurczenie, a nieraz wtedy przeszczepiania okażą się zbyteczne. Przy stawach cepowatych, lub gdy przeszczepiania pozostaną bez skutku, wykonuje się zespolenie stawu, lecz dopiero po 6., a nawet po 8. roku życia. O plastyce nerwów nie mamy jeszcze pewnych wiadomości. Klęsk.

Biesialski. **Zasady leczenia choroby Littlego.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 31). Przed dwoma laty podali Förster i Tietze do leczenia choroby Littlego operacyę wycięcia (resectio) tylnych korzeni, a to na zasadzie rozumowania, że istotą choroby jest wzmożenie spraw odruchowych. Rzucono się z zapałem do tej operacyi bez względu na to, czy przypadki do tego się nadawały, czy nie. A jednak postawić tu należy pewne granice. Są n. p. przypadki takie, w których chorzy w łóżku okazują bardzo małe zmiany, a dopiero przy próbach wstawania powstają kurcze. W innych znowu przypadkach kurcze zjawiają się niestale, lecz co pewien czas. W końcu istnieją przypadki najcięższe, gdzie kurcz jest stały i kończyny prawie zupełnie sztywne. Przypadki te nie są najczęstsze, a właśnie jedynie one nadają się do operacyi Förstera. B. operował dwoje dzieci; jedno zmarło. Bezpośrednio po operacyi kurcze zwalniały, ale dzieci odczuwały ogromne bole. Niestety bezpośredni wynik operacyi upośledzają zwykle skrócenia mięśni, powięzi, nerwów i naczyń, i dlatego też na przyszłość zamierza B. najpierw ortopedyczno-chirurgicznie leczyć te skrócenia, a dopiero po pokonaniu ich ewentualnie przystąpić do wycięcia korzeni, inne bowiem postępowanie chybia celu. Tak więc należy najpierw w uśpieniu krwawo, czy bezkrwawo usunąć skrócenia, a potem ustalić w nowem położeniu w gipsowym opatrunku lub przyrządzie i dozwolić dzieciom chodzić, ew. w odpowiednich stołkach. Prócz tego codzień miesienie, leczenie gorącem powietrzem i mechaniczne w połączeniu z nauką zręczności i pracą mechaniczną. Nie należy mięśniom dozwolić leniwieć. Dopiero, gdy to leczenie nic nie pomoże, wolno poddać dziecko tak ciężkiemu zabiegowi, jak operacya Förstera. Pierwotnie zaś wykonać operacyę Förstera wolno tylko tam, gdzie kurcze są stałe i w bardzo wysokim stopniu tak, że wyprostowywanie pierwotne skróceń byłoby bez wielkich zabiegów niemożliwe. K.

Grunert. **W sprawie zwichnięcia obojczyka przed mostek.** (Med. Klinik 1910, Nr 22). Przy zwichnięciu obojczyka przed mostek odprowadzenie udaje się łatwo, ale zatrzymanie obojczyka we właściwem miejscu jest bardzo trudne, a jeżeli się nie uda, to czynność kończyny górnej może pozostać bardzo upośledzoną, a prócz tego chorego drażni ciągłe przesuwanie się obojczyka po mostku, a dokuczają mu nieraz nerwobole. Umocowanie obojczyka zapomocą blaszki kostnej, wziętej z mostka (König), lub przez przesunięcie przyczepu mięśnia mostkowo-sutkowo-obojczykowego na pierwsze żebro (Gersuny) wiele nie pomaga, a najpewniejszym sposobem jest szew kostny mostka z obojczykiem, co autor w jednym przypadku z nader pomyślnym skutkiem wykonał. Klęsk.

Gottstein. **Przypadek zwichnięcia kości łódkowatej stopy.** (Münch. med. Wochs. 1909, Nr 28). G. spostrzegał przypadek zwichnięcia kości łódkowatej u 46-letniej kobiety, która potknęła się o dywan w pokoju. Na pierwszy rzut oka objawy złamania kostek lub skręcenia stopy: wylew krwawy koło kostki zewnętrznej, na grzbiecie stopy i przed kostką wewnętrzną. Stopa wyprostowana, koniec przyciągnięty. W okolicy stawu Choparta wypukłość nieprzesuwalna, na wewnętrznym brzegu zaś wklęsłość. W lekkiem uśpieniu udało się odprowadzenie łatwo przez odciągnięcie stopy i wciśnięcie zwichniętej kości. Chora ta w 17. roku życia zwichnęła stopę i od tego czasu noga przy chodzie często jej się skręcała, co zapewne wpłynęło na powstanie tego nieczęstego zwichnięcia. K.

Henschen. **W sprawie teoryi i praktyki leczenia złamań uda i goleni wyciągiem.** (Arch. f. Orthop. Mechan. u. Unfallchir. VII. Z. 4). Zapatrywania H. dają się streścić w następujący sposób: Przy leczeniu złamań wyciągiem umieszczenie kończyny w wyprostowanej pozycyi nie jest odpowiednie. Najodpowiedniejsze jest ułożenie pośrednie, wygodne, pomiędzy zgięciem, a wyprostowaniem. Przytem mięśnie wolnieją, a zyskuje się przez to znacznie więcej, niż przez zawieszanie i wyciąganie dużymi ciężarami, które, jak to fizyologia wykazuje, nie mogą odpowiednio do swego ciężaru rozciągać mięśni. Przy wspomnianem ułożeniu pośredniem wystarcza zwykle obciążenie (nawet dla uda) 7—10 klgr. A.

Tilmann. **Kostnienie mięśni po zwichnięciach.** (Tow. lek. Kolonia 1909, 15. III). Po zwichnięciach wielkich stawów spostrzega się nieraz zmiany zapalne w sąsiednich mięśniach, w których następstwie zjawia się kostnienie mięśni, zwykle w 1—3 tygodni po wypadku. Obraz jest tu dość cechujący. Po odprowadzeniu przez 2—3 tygodni miewa się chory dobrze, aż nagle zjawia się znowu pogorszenie i upośledzenie ruchomości. Przy badaniu w mięśniach stwierdza się twardy naciek, z dnia na dzień jeszcze twardniejący. Podobnie i badanie promieniami Röntgena wykazuje z dnia na dzień wyraźniejsze cienie. Przyczynę cierpienia tego upatrywać należy w odrywaniu się przy zwichnięciu małych cząstek okostnej, a może działa tu drażniąco także i wylany płyn stawowy. Leczenie jest jedynie operacyjne, polegające na usunięciu tkanki kostnej. Udaje się to łatwo przy stawie łokciowym, trudniej przy barkowym i biodrowym. Jeżeli w pewien czas po odprowadzeniu zwichnięcia ruchy zaczynają znowu być gorsze, należy przerwać uruchomianie i zaraz podjąć badanie rentgenowskie. K.

Okulistyka.

Ridder. **Zniedołężnienie umysłu i tarcza zastoinowa w przebiegu nowotworów mózgu.** (Bull. de la Soc. Belge d'Opht., Nr 28). Nowotwory mózgu dają przeważnie dość ściśle określony zbiór objawów, zależnych przedewszystkiem od zwiększenia ciśnienia śródczaszkowego. Są to w pierwszym rzędzie bole głowy, nudności, wymioty, zwolnienie tętna i tarcza zastoinowa. W dalszym rzędzie przyłączają się objawy ogniskowe, zależne od zniszczenia przez nowotwór pewnych ośrodków lub dróg nerwowych. Do tej kategoryi objawów zalicza R. także i postępujące niedołęstwo umysłu. Czasem występuje ono do tego stopnia na plan pierwszy, że sądzić można, iż chodzi o jedną z chorób umysłowych. Nieraz dopiero stwierdzenie tarczy zastoinowej zapomocą wziernika naprowadza nas na myśl, że może istnieć nowotwór śródczaszkowy. Tak się stało w dwóch przypadkach, spostrzeganych przez R. Wynika z tego, że w przypadkach zniedołężnienia, któremu nie towarzyszą żadne wyraźne objawy wzmożenia ciśnienia śródczaszkowego, nie należy nigdy zaniedbać zbadania dna oczu. Na podstawie spostrzeżeń klinicznych, a po części i oględzin pośmiertnych Gallemaertsa, Dureta, Gianellego, Neumayera i własnych twierdzi Ridder, że zniedołężnienie, towarzyszące nowotworom mózgowym, ma ważne znaczenie

rozpoznawcze dla określenia siedziby guza. Występuje ono najczęściej w przypadkach nowotworów, usadowionych w białej istocie płatu czołowego lub skroniowego, lub w przedniej części spoidła wielkiego. W miejscach tych krzyżuje się niezmierna ilość włókien nerwowych asocyacyjnych, przybiegających bądźto z półkuli jednej do drugiej, bądź łączących ze sobą ośrodki tej samej półkuli. Przerwanie i zniszczenie tych połączeń asocyacyjnych wywołuje rychło głębokie zaburzenia władz umysłowych. Odnosi się to w najwyższym stopniu do płatów czołowych, które, jak to już dziś ponad wszelką wątpliwość wykazano, są głównem siedliskiem inteligencyi, pamięci, uświadamiania wrażeń i kojarzenia wyobrażeń. Nowotworom rozwijającym się w tych okolicach towarzyszy, częściej może, niż innym, tarcza zastoinowa, wiadomo jednak, że niema ona sama przez się żadnego znaczenia rozpoznawczego dla określenia siedziby nowotworu. K. W. Majewski.

Marbaix. **Przypadek szybkiego oślepnięcia po silnym urazie oczodołu.** (Bull. de la Soc. Belge d'Opht., Nr 27). Wskutek uderzenia końcem parasola w okolicę powieki dolnej wystąpiła bezpośrednio zupełna utrata poczucia światła ze zniesieniem odruchu źrenicy, która oddziaływała tylko współczulnie. Dno oka, a w szczególności tarcza nerwu wzrokowego, nie okazywała na razie żadnej zmiany. Już po czterech dniach zaczęła jednak tarcza blednąć, a dziesiątego dnia zanik jej był zupełny. Badanie zgłębnikiem rany powieki dolnej wykazało, że nie sięgała ona głęboko. Sam krwotok pozagałkowy, o którym świadczyło mierne wysadzenie gałki w pierwszym dniu po wypadku, możeby nie zdołał do tego stopnia, przynajmniej w tak krótkim czasie, uszkodzić nerwu wzrokowego przez ucisk. Krwotok do pochewek nerwu wzrokowego, wobec braku wziernikowych objawów zastoju należy wyłączyć. Trzeba więc przypuścić poprostu zmiażdżenie tego nerwu, przygniecionego chwilowo okutym końcem parasola do kostnej ściany oczodołu. K. W. Majewski.

Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

Różnica pomiędzy ciepłotą, mierzoną w odbytnicy a pod pachą, występuje, według Poczobuta, ponad pół stostopnia (1^0 i wyżej) głównie przy osłabieniu serca, tak samoistnem, jak i następowem (np. w niektórych chorobach zakaźnych: dur osutkowy, brzuszny, błonica, grypa, zapalenie płuc i ostra gruźlica, — w zapaleniach otrzewnej, niedrożności jelit i t. p.) i każe poważnie rokować. Przy tężcu zaś, rzucawce porodowej, zapaleniu opon i t. p. bywa różnica ciepłoty albo małą ($0,3^0$ do $0,0^0$), albo nawet paradoksalną ($-0,1^0$ do -0.4^0, t. j. ciepłota zewnętrzna większa od wewnętrznej); taka różnica ma wartość tylko dyagnostyczną, a niema żadnego znaczenia dla rokowania. (Tyg. lek. 1909, Nr 20—23. Wien. med. Woch. 1910. Nr 18—19). P.

Doświadczalnie wywołany tężec leczył Camus zapomocą wstrzykiwań śródrdzeniowych mieszaniny surowicy przeciwtężcowej i jałowej zawiesiny mózgu. Mieszanina ta musi przedtem stać pewien czas w termostacie, inaczej nie skutkuje. (Presse med. Nr 30). A.

Higieniczny wykłuwacz do zębów ze złota (cena 4 marki) podał Francke z Monachium, a to w tej myśli, że złoto nietylko pozostaje zawsze czystem, ale nawet odkaża odstępy zębowe. (Med. Klin. Nr 30). A.

Czy samobójstwo można ewentualnie uważać za skutek wypadku nieszczęśliwego (Unfallfolge)? Samobójstwo może być uznane za skutek nieszczęśliwego wypadku wtedy, gdy 1) dokonane zostało wśród zaburzenia psychicznego wywołanego przypadkiem, 2) gdy dokonano go środkami, używanymi w danem przedsiębiorstwie, (albowiem trudno tu odróżnić przypadek), 3) gdy dokonane zostało w następstwie powikłań, pozostałych po wypadku n. p. kalectwa, bardzo silnych bolów i t. p. Omawiając tę sprawę, twierdzi Schultze wbrew orzeczeniom urzędowym, że nie potrzeba wcale wykazania zboczenia psychicznego w każdym przypadku, by uznać samobójstwo za wynik wypadku, lecz powyżej przytoczone motywa powinny być dla znawcy wystarczające. (Tow. lek. Szczecin, marzec). A.

Elasto-massage jest to przyrząd, podany przez Dra Adolfa Schnée'a, mający zastępować miesienie ręczne. Przyrząd (w 3 wielkościach wyrabiany), przypomina szczotki do czyszczenia koni; w miejsce szczeci są umieszczone elastyczne wsuwające się stemple metalowe, naśladujące niejako palce ręki. Zwłaszcza klepanie wykonuje się tym przyrządem znakomicie. Chorzy wolą to miesienie od ręcznego, a i masujący męczy się przytem bardzo mało. E. M. nadaje się bardzo do celów kosmetyki, leczenia otyłości, a wreszcie termo- i elektromiesienia. Przyrządy dają się wygotować. (Med. Klinik Nr 30—31). K.

Przy zakrzepach żył kończyn dolnych poleca Fischer zakładać opatrunek Unny, przekonał się bowiem, że opatrunki uciskowe wywołują bardzo szybkie znikanie zakrzepów i zapobiegają tworzeniu się dalszych. (Med. Klinik Nr 30). A.

Na zasadzie ścisłego związku między nerwem współczulnym, a drogami oddechowemi poleca Hönck miesienie brzucha przy krztuścu, nieżytach tchawicy i oskrzeli. W wielu przypadkach, nawet uporczywych, osiągnął H. w ten sposób wyleczenie. Nieraz po miesieniu spostrzegać można wybitne zblednięcie błon śluzowych gardła. (Tow. lek. Hamburg, 12. IV.). A.

Do odżywiania niemowląt poleca Dresler odpowiednio sporządzany kefir; dzieci znoszą go o wiele lepiej, niż polecany yoghurt, albowiem kefir jest znacznie mniej od niego kwaśny. (Med. Klinik, Nr 31). A.

Do odkażania skóry w miejsce drażniącej nalewki jodowej poleca Witthauer 12% spirytusowy rozczyn jothionu (zawiera 80% czystego jodu). Przed jothionem wyciera W. jeszcze skórę gruntownie 2% lizoformem w alkoholu. (Med. Klinik, Nr 31). A.

Zeszycie nerwu zwrotnego, uszkodzonego przez postrzał, wykonał z pomyślnym skutkiem Horsley. Chrypka, porażenie struny i przypadłości oddechowe znikły zupełnie. H. radzi zeszywać nerw także przy przerwaniu przy operacyi wola. (Ann. of surg. T. 51. IV.). A.

Swędzenie uważa Winkler na zasadzie swych badań za zupełnie fizyologiczne odczuwanie, dające się wywołać przyrządem wibracyjnym, drganiem widełek strojowych i t. p. W bliznach i na histerycznych strefach skóry swędzenie nie występuje, jeżeli niema tam także czucia dotyku i bolu. Zwłaszcza idzie swędzenie w parze z czuciem bolu przy zachowanym dotyku w syringomyelii, a także przy znieczulaniu sposobem Schleicha. Naodwrót przez wstrzyknięcie saponiny tłumi się czucie dotyku, a pozostaje zdolność odczuwania bolu i swędzenia. Zdaje się, że komórki dotykowe Merkla służą do odczuwania swędzenia. Przy trądzie zanika często swędzenie, choć czucie bolu jest zachowane. Również drapanie, powodując ból, zagłusza świąd. Zagłusza swędzenie także zniedokrwienie skóry i wiodące do niego zabiegi (zimno, ucisk, elektryczność, nadnerczyna i t. p.). (Arch. f. Derm. und Syph. 99). A

W leczeniu kiły osiągnął przetworem „606“ bardzo korzystne wyniki Treupel. Wstrzykiwania jednak są bardzo bolesne, dlatego ambulatoryjnie nie dadzą się wykonywać. Śródmięśniowo wstrzykuje się 0,3—0,4, rozpuszczone w alkoholu metylowym i 25 cm^3 wody, śródżylnie zaś tyleż leku w 240 cm^3 rozczynu fizyol. soli kuchennej. Arszenik wydziela się z ustroju do 14 dni. Wyniki wogóle

były bardzo dobre i szybkie, nieraz w 2 dni znikały już n. p. zupełnie kłykciny, a działań ubocznych nie było. Wyniki lecznicze utrzymywały się po $^1/_2$ roku spostrzegania. (Tow. lek. Frankfurt n. M. 23. VI.). A.

Nieżyty cewki moczowej, naśladujące trypra, mogą podług Motza pochodzić z następujących przyczyn: 1) urazy (pęknięcia cewki, zranienia po cewnikowaniu, przejściu kamienia, piasku i t. p.); 2) uszkodzenia chemiczne (środki żrące, wstrzykiwania drażniące, zgęszczony mocz, zawierający toksyny, np. przy durze, oksalurya, mocz zawierający obficie jodek potasu, mocz przy różnych skazach i t. p.); 3) nieżyty wskutek schorzeń pęcherza lub nerek i zakażania cewki drobnoustrojami; 4) nieżyt samoistny po wybrykach w piciu lub płciowych, zwłaszcza po spółkowaniu w czasie regularności lub ciąży i t. p. (An. d. malad. d. org. gen. ur. 1910, II.). A.

Płukania żołądka poleca Strübe także przy następujących cierpieniach: 1) przy cukrzycy celem pobudzenia czynności trzustki, 2) przy żółtaczce nieżytowej (po 3—4 dniach), 3) przy różnych cierpieniach jelit, jak zaparcie stolca i t. p., 4) przy dychawicy oskrzelowej, 5) w cierpieniach skórnych (trądzik i t. p., 6) przy niedokrwistości i błednicy. (Münch. med. Wochs., Nr 23 i 24). A.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Sekcya neurologiczno-psychiatryczna.

Posiedzenie z d. 13. lipca 1909 r.

(Sala szpitala małż. Poznańskich).

1. Kol. Pański przedstawia przypadek **psychozy histerycznej.**

Panna X., 16 lat, dziedzicznie obarczona. Od kilku dni nie może niczem się zająć, ponieważ różne myśli przychodzą jej do głowy i szybko się zmieniają. Jest pobudzona, dużo mówi, nie sypia; przybiera często pozy teatralne i przemawia, jak ze sceny. O rzeczach zwykłych mówić nie chce, zajmują ją natomiast zagadnienia abstrakcyjne. Wie, że otoczenie widzi w niej umysłowo chorą, lecz to tylko dlatego, iż »ona jest inną, niż wszyscy«, »gdyby jednakże wszyscy byli inni i lepsi, wtedy człowiek dzisiejszy wydawałby im się waryatem«. Zapytuje, »czy można leczyć duszę chorą, jej duszę« i odpowiada, że tę sztukę posiadać mogą tylko »lekarze inni, lepsi«. Badanie wykazuje dużo znamion (stygmatów) histerycznych: znieczulenia znanego typu, nadwrażliwość dotykową, brak odruchu gardłowego i spojówkowego, silnie wzmożone odruchy ścięgniste i t. d. Rozpoznanie nie wymaga omówienia. (Streszczenie własne).

2. Kol. Pański: Przypadek **bezwładu połowiczego** u dziecka **podczas krztuśca.** Dziecko, 3 lata. Krztusiec w łagodnej postaci od miesiąca. Typowy bezwład lewej połowy ciała od tygodnia. Powstania tego bezwładu matka nie zauważyła. Mowa była zachowana, dziecko przestało poruszać lewą rączką. Badanie wykazuje: odruch kolanowy i Achillesa lewy — wzmożony; drganie stopy lewej, objaw Babińskiego z lewej strony; brak odruchu jądrowego lewego; zaburzeń czuciowych brak. Język zbacza w stronę prawą. Duże dolne gałązki nerwu twarzowego objęte porażeniem. W sercu brak zmian. W moczu niema białka i cukru.

Bezwłady połowicze w przebiegu łagodnego krztuśca nie zdarzają się często. (Streszczenie własne).

Dyskusya: Klozenberg zaznacza, że krztusiec jest cierpieniem, które usposabia do spraw mózgowych. W danym przypadku za przyczynę uważa K. krztusiec, ewentualnie napady kaszlu. — Mogilnicki zaznacza, że na 1000 przypadków krztuśca zdarzają się 3—4 przypadki bezwładu. — Schönaich zauważa, że rokowanie przy bezwładach krztuścowych jest lepsze. — Pański uważa przypadki bezwładu przy krztuścu za rzadkie: sam widział wszystkiego 3 przypadki. W danym przypadku rokowanie nie jest dobre: istnieje zupełny bezwład połowiczy.

3. Kol. Pański przedstawia przypadek **pląsawicy.** Mężczyzna 20-letni, dobrze zbudowany. W rodzinie cierpień nerwowych, zwłaszcza pląsawicy, nie było. Chory gośćca nie miał. Narządy wewnętrzne bez zmian chorobowych. Niedokrwistość nie widoczna. Ruchy wybitnie pląsawicze dotyczą lewych kończyn. Mowa utrudniona. Usposobienie przygnębione i zmienne. Zaburzeń czuciowych, jakoteż znamion histerycznych brak. Odruchy ścięgniste i skórne po obydwóch stronach jednakowo żywe. Drgania stopy, objawu Babińskiego brak.

Pląsawica u mężczyzn w tym wieku bywa rzadko. (Streszczenie własne).

Dyskusya: Kol. Mogilnicki zwraca uwagę na ruchy powiek u chorego z prawej strony. — Kol. Klozenbergowi ruchy przypominają »tic convulsif«.

4 Kol. Krzyżanowski przedstawia przypadek **histeryi,** przedstawiany dawniej na posiedzeniu sekcyi dnia 20. czerwca przez kol. Pańskiego.

Chora C. O., lat 17, szwaczka. Przyjęta do szpitala w Kochanówce 20. VI. Stan 21. VI.: Strasznie wychudzona, skóra sucha i żółta. Leży bezwładnie z przymkniętemi powiekami, wykonywa głową rytmiczne ruchy w prawo i w lewo, z ust stale wydziela się piana ze śliny. Posadzona, pada chora w tył albo naprzód, podniesiona ręka lub noga opadają bezwładnie. Czasami tylko to w jednej, to w drugiej grupie mięśni znać pewne naprężenie. Mięśnie brzucha mocno napięte i cały brzuch silnie wciągnięty. Wszystkie odruchy ścięgniste, spojówkowy i źreniczny (na światło) zachowane. Tylko bardzo silne ukłucia szpilką wywołują słaby odczyn ruchowy. Palec skierowany wprost do otwartego oka chorej nie wywołuje zmrużenia powiek. Na przemówienia i wołania nie oddziaływa chora wcale, bezwzględne milczenie. Chora jest tak wycieńczona, że zaszła potrzeba podskórnego wstrzyknięcia soli, poczem po przepłukaniu żołądka nakarmiono chorą przez zgłębnik. Po pierwszem sztucznem karmieniu chora zwymiotowała wszystko małemi porcyami, przy następnych karmieniach wymioty były coraz słabsze. W tydzień już chora sama zaczyna prosić szeptem »jeść«, ale jedzenie musi być jej jeszcze wkładane i wlewane w usta. Kiedy nikogo niema w pokoju, odmyka chora oczy i zmienia potrochu położenie w łóżku. Wydzielanie moczu zwiększyło się znacznie; przez pierwsze dni pobytu w szpitalu chora oddawała mocz tylko raz na dobę i to w bardzo niewielkiej ilości. Na drugi dzień pobytu w szpitalu oddała też sama trochę kału. Piana z ust nie wydziela się więcej, ale jednocześnie z polepszeniem się stanu odżywiania zjawiło się tak silne pocenie się, że cała koszula, a nawet prześcieradła chorej są zupełnie mokre. Pod wpływem wzmożonego odżywiania, wstrzykiwań kakodylanu sodowego i glicerofosfatu, chora w przeciągu 2 miesięcy utyła do niepoznania i poprawiła się fizycznie, ale stan psychiczny zmienił się tylko o tyle, że chora zaczęła trochę szeptem mówić i otwierać oczy. Postawiona na nogi, chora zaraz pada, w taki sposób jednak, że nigdy się mocno nie urazi. Jeżeli podtrzymujący stoi z przodu, chora pada ku przodowi, jeżeli z tyłu — w tył. Odruchy kolanowe to znikały, przyczem można było zauważyć silne naprężenie mięśni nogi, to zjawiały się znowu. Po paru tygodniach faradyzacyi nóg i pleców chora zaczęła chodzić, podtrzymywana z początku za obie, potem za jedną rękę, przyczem stopą tupie po podłodze, nie podnosząc jak zwykle przy chodzeniu. Siedzieć bez oparcia pleców nie może. Przebieg

choroby potwierdza rozpoznanie Pańskiego. (Streszczenie własne).

Kol. Pański zaznacza ogromną różnicę ku lepszemu między stanem chorej wtedy, kiedy ją przedstawiał i stanem obecnym.

(C. d. n.).

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Sprawy sanitarne w Sejmie. (c. d.). Sprawa budowy zakładu położniczego w Krakowie, tak, jak się w tegorocznem sprawozdaniu Wydziału kraj. przedstawia, nasuwa w zestawieniu z kilku jeszcze sprawami poważne refleksye ogólniejszej natury. Oto zarówno ona, jak i budowa szpitala w Nadwórnej i pawilonu dla chorych wenerycznych w Stryju, odwlekają się coraz więcej »wskutek braku odpowiedzi ze strony c. k. rządu«, który ma uczestniczyć w kosztach budowy. Ta przyczyna powtarza się nie po raz pierwszy w sprawach, które ma przeprowadzać kraj wspólnie z rządem. Rozwiązanie powstających stąd nietylko na polu sanitarnem powikłań należy do zagadnień politycznych i może po części przynajmniej powieśćby się mogło przy zasadniczej reformie administracyi, poruszanej w Sejmie wielokrotnie, a nie mogącej jakoś dotąd wejść na tory praktyczne. Na razie zaś, wobec obojętności czy niechęci centralnych władz rządowych, powinnyby takie przewlekania, jakich przykłady w zakresie sanitarnym wspomniano powyżej, skłonić Koło polskie w Wiedniu do energicznej interwencyi; inicyatywę do tego powinniby dać lekarze, posłujący z naszego kraju do parlamentu. Nietrudno zrozumieć, że gdzie chodzi o podział kosztów między kraj i skarb państwa, tam każdy z tych czynników stara się ile możności zmniejszyć spadający nań ciężar; ale targ taki niekoniecznie musi iść leniwo i kraj ma prawo żądać, aby sprawy tego rodzaju nie zalegały miesiącami na biurkach ministeryalnych referentów. W takim przypadku, jak szpital w Nadwórnej lub pawilon w Stryju, gdzie chodzi głównie o zwalczanie endemii kiły, wyniszczającej niektóre powiaty wschodnio-galicyjskie, przynosi powstająca z winy władz centralnych zwłoka wielkie szkody ludności. Wobec zaś dzisiejszego, wstyd poprostu budzącego pomieszczenia oddziału położniczego krakowskiego i c. k. szkoły położnych, jakiekolwiek załatwienie sprawy będzie zawsze lepsze, niż stan obecny i w nieskończoność przewlekające się układy między krajem a rządem.

W tegorocznem sprawozdaniu Departamentu V, oprócz pozostałego z zeszłej sesyi (niezałatwionego przez Sejm) wniosku o rekonstrukcyę szpitala w Bochni, jest jeden nowy wniosek budowlany, dotyczący szpitala w Drohobyczu, a drugi świeżo, przedstawiony Sejmowi, jako osobne sprawozdanie, odnosi się do szpitala w Przemyślanach. Szpital przemyślański, otwarty w r. 1898, a więc przed laty zaledwo 12, uległ zupełnemu zniszczeniu, głównie z powodu grzyba; oprócz odbudowy gmachu głównego wnosi Wydział krajowy dobudowanie pawilonu zakaźnego na 6 łóżek i trupiarni; przytem szpital ma być rozszerzony, gdyż obecnie jest stale przepełniony (średnio 67 chorych na 44 łóżkach). Roboty te dokonane być mają kosztem 117.539 k., z czego 44.115 k. ponieść ma powiat, resztę kraj. Może jeszcze w ciągu sesyi sejmowej wpłyną dalsze sprawozdania i wnioski Wydziału krajowego w kierunku budowy nowych i rekonstrukcyi starych szpitali, z których kilka jeszcze koniecznie jej wymaga (Brody, Jasło, Podhajce, Wadowice, Żółkiew); niektóre znów, nawet nowe szpitale (Tarnobrzeg), jako stale przepełnione, muszą być w bliżkiej przyszłości rozszerzone. W każdym razie, — jak dotąd, nie sprawdzają się na szczęście obawy, że w 7-milionowym wydatku na zakład w Kobierzynie może leżeć niebezpieczeństwo dla postępu inwestycyi w innych działach szpitalnictwa krajowego. Oprócz samych budynków, wchodzi tu w rachubę polepszenie urządzenia szpitali (umeblowanie, bielizna itp.). Szkoda, że Sprawozdanie Dep. V. nie daje ogólnego obrazu postępów w tym także kierunku.

Co się tyczy personalu szpitalnego, to przedewszystkiem z uznaniem podnieść należy imienne przytoczenie lekarzy, którzy korzystali z zasiłków krajowych na studya zagranicą, oraz stwierdzenie, że z tych wycieczek odbierał Wydział kraj. sprawozdania. Sądzimy, że publikowanie tych sprawozdań w czasopismach lekarskich powinnoby więcej się rozpowszechnić, niż dotychczas. Korzystający z zasiłków krajowych lekarze zaciągają pewien dług moralny, któryby spłacać należało przez podzielenie się zebranemi spostrzeżeniami z ogółem lekarzy. W ten sposób mogłyby owe wycieczki naukowe przynieść także szpitalnictwu krajowemu jeszcze większą korzyść i oddziałać szerzej, niż dzieje się obecnie, gdy sprawozdania z podróży po przejściu przez Dep. V., nieznane szerszym sferom lekarskim, idą pokrywać się pyłem archiwalnym.

Dla wykształcenia lekarzy, pracujących w służbie krajowej, są wycieczki naukowe zagranicę rzeczą konieczną; niemniej jednak byłoby może pożytecznie, przeznaczać część zasiłków, przynajmniej od czasu do czasu, na ułatwienie chętnym wykonania pewnych badań naukowych w pracowniach i klinikach krajowych, coby się znacznie mogło przyczynić do podniesienia poziomu lekarskiego naszych szpitali i do obudzenia szlachetnej emulacyi wśród lekarzy w kierunku samodzielnego postępu naszej medycyny.

Wielką reformą, która stanowić może naprawdę erę w rozwoju naszego szpitalnictwa, należy nazwać otwarcie szkoły pielęgnowania chorych dla Sióstr zakonnych, zajętych w szpitalach, a jeszcze więcej postanowienie, że szkołę tę mają przejść wszystkie Siostry zakonne, zajmujące się w szpitalach krajowych opieką nad chorymi. Jeżeli jednak dla przyspieszenia tej pożądanej chwili postanowił Wydział kraj. urządzać w szpitalu lwowskim po dwa kursa corocznie, to — przyjmując to zarządzenie z najżywszą radością — niepodobna przemilczeć, że cel byłby jeszcze rychlej osiągnięty, gdyby oprócz kursów lwowskich utworzono kursa dla Sióstr także i w Krakowie, gdzie przecież nie braknie ukwalifikowanych sił nauczycielskich. Bardzo pomocny byłby zresztą w urządzeniu kursów, któreby można wprowadzić nawet w większych szpitalach prowincyonalnych, podręcznik, opracowany dla kursów przez Dyrektora szpitala lwowskiego, a wspomniany w Sprawozdaniu Dep. V., nieznany nam dotąd, bo w handlu księgarskim znaleść go nie zdołaliśmy.

Możeby też dobrze było wprowadzić także systematyczne wykształcenie dla Sióstr, przeznaczonych do administracyjnych czynności. Mniejsza już o pomoc kancelaryjną, gdzieniegdzie spełnianą jeszcze obecnie przez Siostry. Przedewszystkiem chodziłoby o naukę gospodarstwa szpitalnego, a zwłaszcza o naukę prowadzenia kuchni szpitalnych, co z pewnością dozwoliłoby z czasem osiągnąć pewną poprawę tego żywienia w znaczeniu lekarskiem i stosowanie choćby w grubszych zarysach leczenia dyetetycznego. Dziś o niem trudno w szpitalach naszych mówić.

Drugą wielką reformą, częścią już dokonaną, częścią będącą w toku, jest zmiana kontraktu z Siostrami zakonnemi w szpitalach, której szczegóły podamy, omawiając sprawozdanie Inspektora szpitali, świeżo przedłożone Sejmowi.

Postęp organizacyi okręgów sanitarnych zapowiada się w tegorocznem Sprawozdaniu Dep. V. lepiej, niż kiedykolwiek. Niema w niem jednak wzmianki o tem, czy i kiedy utworzony będzie przy Wydziale kraj. »inspektorat« lekarski dla okręgów sanitarnych, bez którego o dokładnem wyzyskaniu tej organizacyi myśleć trudno.

Zdrojownictwo krajowe stało się w tym roku przedmiotem tak żywego zajęcia sejmowej komisyi sanitarnej, że zanosi się na to, iż w pełnej Izbie odezwie się głośniejszem echem; do tego też czasu należy odłożyć uwagi o tej sprawie, w której bardzo ważnym krokiem będzie wprowadzenie nowych statutów dla wszystkich zdrojowisk. Byłoby pożądane, aby krajowa Rada Zdrowia, której Wydział kraj. przedstawił już projekt wzorowego statutu, opublikowała opinię, jaką wyda w tej sprawie.

Z poruszonych w Sprawozdaniu Dep. V. innych spraw, przedstawia się sprawa opieki nad podrzutkami jako rzecz, koniecznie wymagająca uregulowania. Jakkolwiek w r. z. Wydział krajowy w wyczerpującem sprawozdaniu przedstawił Sejmowi, że opieka ta do kraju nie należy, niemniej pozostaje faktem, że w wiedeńskim zakładzie chowa się obecnie około czterysta podrzutków galicyjskich na koszt kraju. Pominąwszy rozmaite inne względy, zdawałoby się, że przynajmniej wzgląd finansowy powinienby wejść w rachubę; wychowanie podrzutków tych w kraju kosztowałoby prawdopodobnie mniej, niż utrzymanie ich w Wiedniu.

Inicyatywa Wydziału krajowego w sprawie budowy państwowego Zakładu dla umysłowo chorych zbrodniarzy, jak również wspólnie z rządem podjęte próby leczenia matołków, których tylu jest w podgórskich powiatach Galicyi, wreszcie skuteczne zabiegi o powiększenie liczby członków Najw. Rady Zdrowia,

powołanych z Galicyi, — mogą być przyjęte przez ogół lekarzy w kraju tylko z najżywszem zadowoleniem.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Z administracyi znaczków receptowych.

Sprzedano znaczków:	4 h	1 h
Od roku 1904 do końca sierpnia 1910 .	519,092	450,194
We wrześniu 1910	800	—
Razem .	519,892	450,194

Dr Żydłowicz, administrator.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 2. X. do 8. X. 1910 zgłoszono przypadków: błonicy 8 † 3 (w tem obcych 3 † 2), krztuśca 2, ospy wietrznej 1, płonicy 10 † 1 (1 † 1), odry 8 † 1, duru brzusznego 7 † 3 (3 † 3), róży 1. Dr Janiszewski.

Andrzej Obrzut.

Odszedł od nas na zawsze człowiek, który niezwykłą pracą i talentem, własną zasługą i własnemi tylko siłami osiągnął jeden z najwięcej czcigodnych posterunków życia społecznego — katedrę uniwersytecką.

A takim człowiekiem był Andrzej Obrzut.

Charakter wytrwały i hartowny, nie poszedł w świat ubitą, zwykłą drogą, jak młodzieniec, który osiągnął dyplom lekarza. Urodzony w Siołkowej (w pow. grybowskim w Galicyi) w r. 1855, wstępuje po ukończeniu szkół średnich w Nowym Sączu w poczet uczniów krakowskiej »Almae matris«, gdzie też w r. 1881 otrzymuje dyplom doktorski. Jako starszy lekarz wojskowy dostaje się w roku 1883 do Pragi, gdzie w chwilach wolnych pracuje z zamiłowaniem w patologiczno-anatomicznym instytucie uniwersytetu niemieckiego pod kierownictwem prof. Chiarego. Rozmiłowany w pracy naukowej występuje z wojska i zostaje w tymże roku asystentem przy instytucie patologiczno-anatomicznym uniwersytetu czeskiego, którego kierownikiem zostaje prof. Hlava.

Obrzut pracuje wytrwale, z zamiłowaniem, jakie tylko dać może żądza wiedzy szczerej i zdobycia dla niej nowych odkryć. W r. 1887 habilituje się z anatomii patologicznej, a wkrótce potem, w uznaniu badań naukowych otrzymuje stypendyum im. Śniadeckich (Gałęzowskiego), które pozwala Mu na studya w Strassburgu u prof. Recklinghausena i w Paryżu u prof. Cornila. W r. 1891 zostaje nadzwyczajnym honorowanym profesorem.

Znane są młodszemu pokoleniu lekarzy czeskich wykłady histologii patologicznej, które, choć nadobowiązkowe, cieszyły się niezwykłą frekwencyą, znana w tradycyi postać niezwykle wytrwałego i sumiennego pracownika. Po 12 latach pracy, jako pierwszy asystent czeskiego instytutu patologiczno-anatomicznego i nadzwyczajny profesor, wraca do kraju rodzinnego, powołany do objęcia katedry anatomii patologicznej na nowo utworzonym Wydziale lekarskim we Lwowie.

Umiłowanym przedmiotem Obrzuta była histologia patologiczna. Nie dziw, — wszak początki Jego pracy naukowej schodzą się z epoką wytwarzania się i pierwszego rozwijania się tej gałęzi anatomii patologicznej. Do niej więc przylgnął i jej się poświęcił. I choć pierwsze (3) prace z r. 1886 i 1887 nie wskazują jeszcze na właściwy teren naukowej działalności przyszłego profesora, to wszystkie następne uprawniają, jak słusznie we wspomnieniu pośmiertnem napisał prof. Kucera, do nazwania Obrzuta »jednym z najlepszych histologów polskich i słowiańskich«.

W badaniach Obrzuta przebija zawsze myśl oryginalna, nie ta dorywcza, nie ta przypadkowa, ale myśl ciągła, która przewija się przez szereg prac konsekwentnie.

Tło, na którem rozwijają się badania i spostrzeżenia Obrzuta, to jeden z najwięcej skomplikowanych działów patologii, — to zapalenie. Po dwóch pracach, zajmujących się pochodzeniem komórek olbrzymich w gruźlicy, nowotworach i tkankach zapalnych (1886 i 1887), ukazuje się szereg innych, w których ścisły badacz na podstawie obrazów mikroskopowych stara się wyjaśnić pochodzenie produktów, spotykanych przy zapaleniu ostrem i przewlekłem. Jak nić czerwona przesuwa się przez te prace myśl Obrzuta, że materyałem, z którego powstają wytwory zapalne, tak upostaciowane, jak ciałka ropne, lub bezkształtne, jak włóknik, — to ciałka czerwone. Wśród wcześniejszych i ówczesnych usiłowań, które na drodze badania mikroskopowego starały się, nawet tak ekscentrycznie, jak Grawitz, tłómaczyć powstanie wytworów zapalnych, — idea Obrzuta była bardzo pociągającą i godną zastanowienia. W »Histogenezie zwyrodnienia koloidowego, skrobiowatego i szklistego« (Dziennik Zjazdu lek. i przyrod. polskich w Krakowie 1891) propaguje Obrzut dalej znaczenie ciałek czerwonych w powstawaniu zmian wstecznych tkankowych. Na szeregu obrazów drobnowidowych wykazuje związek genetyczny między ciałkami czerwonemi, a skrobiawicą, koloidem i hyaliną. A nawet powstanie mas serowatych w gruźlicy lub kile pozostaje, zdaniem Jego, w ścisłym związku z temi ciałkami. (Histogeneza gruzełka, Przegląd lek. i Contrib. à l'étude des gommes et de l'artérite syphilitiques 1896). Wspólnie z prof. Hlavą pisze Obrzut podręcznik anatomii patologicznej, dzieło dwutomowe, z 532 rysunkami w tekście z oryginalnych preparatów Obrzuta. Nie będę wyliczać prac innych, niejako odosobnionych, których liczba przechodzi 20, a w których Obrzut rozpatruje różne zagadnienia, wypowiadając trafne, jak dziś widzimy, poglądy.

Oto dorobek naukowy przedwcześnie Zmarłego. Zapatrywania Jego oryginalne, często śmiałe, zwalczano; — dziś jednak, opierając się na późniejszych badaniach, potwierdzić musimy, że wiele w nich słuszności, — a odnosi się to do powstawania mas skrobiowatych, szklistych, zserowacenia, lub włóknika. A i co do innych zagadnień, poruszanych w pracach Obrzuta, nauka nie wypowiedziała jeszcze ostatniego słowa!

Człowiek bez kompromisów w nauce, — nie znał ich i w życiu. Myślał w życiu otwarcie, a to nie zawsze popłaca. Sprawy, której bronił, nie odstąpił, choćby z ujmą dla siebie. Ta otwartość w wypowiadaniu zdania, nieraz przykrej prawdy, ta stanowczość w czynach, zrobiła z Niego naturę szorstką. W naturze tej tkwiły jednak strony piękne — umiał cenić ludzi, umiał być wdzięcznym. Jako przełożony nie narzucał podwładnym i uczniom swego zdania, — cieszył się jednak bardzo, gdy zdanie to i myśl nową widział u nich, cieszył się, gdy widział, że rwą się do pracy, dla każdego chętnego »cały zakład stał otworem«. To też, choć na pozór nieraz obojętny, mógł Obrzut przyciągnąć do siebie ludzi, którzy, znając te głęboko ukryte zalety, cenili Go i płacili wdzięcznością.

Nie przeczuwając, że więcej nie wróci, żegnał swój zakład, mając nowe nadzieje i nową pełną wiarę w siebie; dziś nadziejom tym i tej wierze bezlitosne prawo natury powiedziało swe »veto«, — tem większy więc żal pozostawia po sobie u tych, którzy znali Go z blizka i którzy tam, zdala od ojczystej, — na czeskiej ziemi spoczywającego na długo zachowają w dobrej i wdzięcznej pamięci.

Witold Nowicki.

Krajowy Zjazd przemysłowo-balneologiczny,

urządzony staraniem Komisyi przemysłowo-lekarskiej Towarzystwa lekarskiego lwowskiego, odbędzie się we Lwowie w dniach 29., 30. i 31. X. b. r. z programem obejmującym 23 referatów, dotyczących najważniejszych zagadnień i spraw zdrojownictwa z ogólnego stanowiska, i to tak w kierunku naukowo-leczniczym, jak i ekonomiczno-gospodarczym pojętych. Referaty objęli wybitni balneologowie, lekarze, chemicy i ekonomiści, (Prof. Dr Korczyński, Prof. Dr Marchlewski, Doc. Dr Piasecki, Doc. Dr Szumowski, dyrektor Ciompa, poseł Dr Battaglia, wiceprezes polskiego Towarzystwa balneologicznego Dr Cercha, sekretarz tegoż Towarzystwa Dr Zanietowski, wicesekretarz lwowskiej Izby handlowej i przemysłowej Dr Łobaczewski, Dr Kopff, radca ces. Dr Ebers, Dr Kaden, Dr Kmietowicz, Dr Praschil, Dr Pelczar, Dr Mayer, Dr Zakrzewski, Dr Żychoń, adw. Dr Westreich, Dr Świątkowski, Limanowski, Łazarski, Dr Aronsohn i Dr Bandrowski). Wśród celowych zadań Zjazdu pierwszorzędnej wagi jest sprawa organizacyi »Krajowego Związku zdrojowisk i uzdrowisk« o zadaniach ekonomiczno-przemysłowych. Program Zjazdu, rozłożony na 3 dni, jest następujący: 1) W piątek, 28. X. o 8. wiecz. ogólne zapoznanie się w hotelu Georgea. 2) W sobotę, 29. X. o 10 rano otwarcie Zjazdu i I. posiedzenie, od 2—3 zwiedzenie sanatoryum Dra Soleckiego;

od 4—7. II. posiedzenie Zjazdu; o godz. 7. przedstawienie w teatrze miejskim, poczem komers w restauracyi hotelu Georgea. 3) W niedzielę, 30. X. od 8—9½ rano zwiedzanie elektrowni miejskiej; od 10—1. III. posiedzenie Zjazdu; od 2—3½ zwiedzanie sanatoryum w Kisielce; od 4—7. IV. posiedzenie Zjazdu. 4) W poniedziałek, 31. X. od godz. 10 V. posiedzenie Zjazdu: wybór zarządu Związku, wnioski komisyi petycyjnej i zamknięcie Zjazdu. — Obrady Zjazdu odbywać się będą w salach »Instytutu technologicznego« Izby handlowej i przemysłowej przy ul. Bourlarda (boczna Batorego) l. 5., gdzie również mieścić się będzie konkursowa wystawa fotograficzna zdrojowisk, zakładów leczniczych i letnisk polskich, urządzona przez redakcyę »Naszych Zdrojów«.

Członkom Zjazdu przysługiwać będą zniżki kolejowe, co uwidocznione będzie na zjazdowych kartach legitymacyjnych.

Wszelkich informacyi i objaśnień udziela prezes komisyi przemysłowo-lekarskiej Towarzystwa lekarskiego lwowskiego, Dr Kalikst Krzyżanowski, Lwów, Namiestnictwo.

Wiadomości bieżące.

Miesięcznik »Zdrowie«, obecny organ Warszawskiego Towarzystwa higienicznego, dobiegł 1. października b. r. 25 lat istnienia.

»Zdrowie« jest pierwszem higienicznem czasopismem polskiem, które doczekało się ćwierćwiekowej rocznicy założenia. Dawniejsze wydawnictwa tego rodzaju, jak »Dwutygodnik medycyny publicznej«, oraz »Przewodnik higieniczny« zdołały się utrzymać zaledwo przez lat kilka. Niedługo też wychodziło »Zdrowie«, redagowane przez Dr Dobrskiego. Dopiero pismo, pod tym samym tytułem założone przez Dr Józefa Polaka, umiało przełamać trudności i przetrwawszy niejedną ciężką chwilę, nietylko zdołało przyczynić się wielce do rozszerzenia wiadomości higienicznych w naszem społeczeństwie, ale także wywołać szerszy ruch na polu samodzielnych badań w zakresie higieny, na polu praktycznego postępu higienicznego w Królestwie polsk., a wreszcie doprowadzić do założenia bujnie dziś się rozwijającego Warszawskiego Towarzystwa higienicznego.

Niepospolite te wyniki swej działalności, należącej do historyi higieny u nas nietylko jako nauki, ale także jako dzieła społecznego, zawdzięcza »Zdrowie« w pierwszym rzędzie niewątpliwie energii, wytrwałości i zapobiegliwości swego założyciela, który odrazu umiał przy swojem piśmie zgrupować nietylko wybitnych lekarzy, lecz również techników, meteorologów i statystyków, zajmujących się higieną w różnych dzielnicach Polski. Do pierwszych współpracowników »Zdrowia« należeli: Prof. Łuczkiewicz, dzisiejszy protomedyk Galicyi Dr Merunowicz, Prof. Domański, Prof. Grabowski, Dr Buszek, Lutostański, Malinowski, Bukowski, inż. Lindley i Henrich, meteorologowie Kowalczyk i Wierzbicki i t. d.

Z przekształceniem »Zdrowia« na organ Warszawskiego Towarzystwa higienicznego zyskało ono trwalsze podstawy materyalne, a zarazem przeszło w ręce obieralnych co trzy lata redaktorów. Pierwszym z nich był Doc. Dr Władysław Janowski, następcami jego Dr Wernic i Dr Piotrowski, obecnie zaś kieruje tem pismem Dr Józef Jaworski. Odzwierciedlając pracę Towarzystwa higienicznego, zarządzanych przez nie potężnych instytucyi, (jak ogrody im. Raua, instytut higieny dziecięcej im. Lenvala, sanatoryum w Rudce) i mnogich jego oddziałów prowincyonalnych, jest obecnie »Zdrowie« pełnym wyrazem prac i usiłowań, podejmowanych w zakresie higieny w zaborze rosyjskim.

Czasopismu, które przez długie lata samotnie a wytrwale walczyło z obojętnością naszego społeczeństwa wobec jednego z najważniejszych zadań społecznych, a które zdołało obojętność tę pokonać i dziś może z chlubą spoglądać na minione ćwierćwiecze, należy się prawdziwe i głębokie uznanie najszerszych sfer. My dołączamy jeszcze życzenie, aby drugie ćwierćwiecze »Zdrowia« było okresem równie pięknego rozwoju, jak pierwsze, i aby przyniosło jeszcze bogatsze owoce pracy, podjętej dla dobra kraju.

Warszawa. Zjazd chirurgów polskich, zamknięty 8. X. b. r., utrzymał się do samego końca na tym wysokim poziomie, jaki zajął w pierwszym dniu obrad. Ani na chwilę nie osłabły udział w Zjeździe i tętno naukowe rozpraw, które zdołały wyczerpać ledwo połowę ogłoszonego programu, tak że trzeci temat »O aseptyce i antyseptyce« musiał być odłożony na Zjazd następny. Liczba uczestników dobiegła 347, z tego 233 z Warszawy, 50 z innych miast Królestwa Polskiego, 40 z Galicyi, 10 z prowincyi zabranych, 10 z Wielkopolski, 4 z obczyzny (Paryż, Petersburg, Chicago).

Oprócz R. dw. Prof. Rydygiera, byli prezesami honorowymi Zjazdu Prof. J. Kosiński z Warszawy, Prof. Ziembicki ze Lwowa, Dr Szuman z Torunia i Dr Wł. Stankiewicz z Warszawy. Na przewodniczących rzeczywistych, po dwóch na każde posiedzenie, poproszono: na posiedzenie I.: Prof. Kadera z Krakowa i Prof. Ziemackiego z Petersburga; na II. Prof. Rosnera z Krakowa i Dra Motza z Paryża; na III. Dra Pomorskiego z Poznania i Prof. Hermana ze Lwowa; na IV. Dra Dobruckiego z Lublina i Dra Łazarewicza z Poznania; na V. Prof. Chlumskyego z Krakowa i Dra Mieczkowskiego z Poznania; na VI.: prezesa Tow. lekarskiego warszawskiego Dra Gabszewicza i Dra Sztejnera.

Doskonałą swą organizacyę zawdzięczał Zjazd komitetowi warszawskiemu, który stanowili: przewodniczący Prof. Kryński, skarbnik Dr Solman, sekretarz Dr L. Zembrzuski, członkowie: Drzy Borsuk, Borzymowski, Ciechomski, Gabszewicz, Jakimiak, Kijewski, Krauze, Leśniowski, Łapiński, Oderfeld, Raum, Br. Sawicki i W. Stankiewicz.

Oba warszawskie tygodniki lekarskie, »Gazeta lekarska« i »Medycyna i Kronika lek.« poświęciły Zjazdowi okazałe zeszyty, zawierające szereg prac, przeznaczonych na Zjazd; »Medycyna i Kronika lek.« dołączyła miłą pamiątkę: wizerunki znakomitych, a dziś nieżyjących chirurgów warszawskich, ś. p. Matlakowskiego, Jawdyńskiego, Jasińskiego, Orłowskiego, Zagórskiego, Krajewskiego i Karczewskiego. Również wyszedł zeszyt Zjazdowy »Przeglądu chirurgicznego i ginekologicznego«.

Z różnych stron. Otrzymujemy wiadomość, że na VI. Zjeździe balneologów w Salzburgu dnia 7. X. wybrany został do prezydyum, między innymi Polak, Dr Zanietowski z Krakowa, który w imieniu polskiego Towarzystwa balneologicznego, oraz licznie obecnych na Zjeździe Polaków powitał Zjazd po polsku. Mowa jego i mowa czeska delegata Votruby zostały przyjęte oklaskami. Na Zjeździe była demonstrowana pierwsza ścienna mapa polskich zdrojowisk Dra Zanietowskiego, oraz mapa balneologiczna Austryi Dra Czopa.

Mianowani profesorami: pedyatra Doc. Szontagh w Peszcie, ginekolog Doc. Jolly w Berlinie, laryngolog Doc. Eicken w Giessen.

Zmarli: neurolog Prof. Raymond w Paryżu.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 19. października 1910 o g. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Klinika cholery (zagai Dr August Kwaśnicki na podstawie własnych wspomnień). 2) Profilaktyka cholery (wykład Dr T. Janiszewskiego).

Kursy dla lekarzy praktyków na Wydziale lekarskim Wszechnicy lwowskiej w r. 1910 od 5 do 23 Grudnia.

Wszelkich wyjaśnień udziela prof. Raczyński, Lwów, klin. dzieci.

Program wykładów.

Anatomia patologiczna:

Doc. Dr Nowicki: Dyagnostyka patologiczno-anatomiczna na zwłokach, 6 godzin tygodniowo.

Doc. Dr Hornowski: Najprostsze metody badania i rozpoznawania preparatów patologicznych mikroskopowych w praktyce lekarskiej, 3 godziny tygodniowo.

Bakteryologia:

Prof. Dr Kucera: Bakteryologia i serologia lekarska ze szczególnem uwzględnieniem metod dyagnostycznych, 12 godz. tyg.

Farmakologia:

Prof. Dr Popielski: O środkach sercowych przeciwgorączkowych i narkotycznych, 2 godziny tygodniowo.

Medycyna wewnętrzna:

Prof. Dr Gluziński: Klinika chorób wewnętrznych, 6 godz. tyg.

Prof. Dr Wiczkowski: Dyagnostyka chorób wewnętrznych na materyale szpitala powsz. ze współudziałem Dra W. Ziembickiego, kierownika pracowni chemiczno-bakteryologicznej w dziale chemii i bakteryologii, Dra M. Selzera w dziale dyagnostyki czynnościowej chorób narządu pokarmowego i Dra Sabata w dziale rentgenologii klinicznej, 6 godzin tygodniowo.

Prof. Dr Bądzyński: Kliniczne badania moczu, 2 godz. tyg.

Prof. Dr Rencki: Hematologia kliniczna, 3 godz. tygodniowo.
Prof. Dr Marischler: Pogląd na obecny stan nauki o chorobach nerkowych z demonstracyami, 2 godz. tygodniowo.
Doc. Dr Franke: Dyagnostyka i terapia chorób narządu krążenia, 2 godziny tygodniowo.

Chirurgia:

Prof. Dr Rydygier: Klinika chirurgiczna, 6 godz. tygodniowo.
Prof. Dr Ziembicki: Ćwiczenia operacyjne na materyale oddziału chirurgicznego w szpitalu powszechnym, 12 godz. tyg.
Prof. Dr Schramm: Demonstracye i ćwiczenia praktyczne z zakresu chirurgii wieku dziecięcego, 6 godzin tygodniowo.
Prof. Dr Barącz: Kurs operacyi brzusznych z uwzględnieniem wskazań (na zwłokach), 5 godzin tygodniowo.
Prof. Dr Herman: O wskazaniach do zabiegów chirurgicznych w niektórych cierpieniach wewnętrznych, 3 godz. tygodn.

Położnictwo i choroby kobiet:

Prof. Dr Mars: O postępie w położnictwie i ginekologii w ostatnich dziesiątkach lat, 6 godzin tygodniowo.
Prof. Dr Bylicki: Antyseptyka położnicza i sposoby badania miednicy z ćwiczeniami na ciężarnych, 2 godz. tyg.
Prof. Dr Kośmiński: Pogląd na obecny stan nauki położnictwa operacyjnego, 3 godziny tygodniowo.
Prof. Dr Sołowij: Leczenie gorączki połogowej, 1 godz. tyg.

Okulistyka:

Prof. Dr Machek: Rozpoznanie i leczenie chorób ocznych, 6 godzin tygodniowo.
Prof. Dr Szulisławski: Operacye na zewnętrzuych częściach oka, 2 godziny tygodniowo.
Prof. Dr Bednarski: Ćwiczenia we wziernikowanin oka, 2 godziny tygodniowo.

Dermatologia:

Prof. Dr Łukasiewicz: Rozpoznanie i leczenie chorób skórnych i wenerycznych, 5 godzin tygodniowo.

Pedyatrya:

Prof. Dr Raczyński: Klinika chorób dziecięcych, 6 godzin tygodniowo. Choroby przewodu pokarm. i żywienie dzieci, (Asyst. Dr H. Progulski), Stosowanie leczn. tuberkuliny (Asyst. Dr Matylda Lateiner).

Neurologia:

Prof. Dr Halban: Symptomatologia chorób nerwowych, 5 godzin tygodniowo.
Doc. Dr Orzechowski: O lokalizacyi w układzie nerwowym z przedstawianiem chorych i preparatów oraz z uwzględnieniem patologii anatomicznej układu nerwowego, 2 godz. tyg.

Laryngologia i otologia:

Prof. Dr Jurasz: a) Klinika chorób uszu, gardła i krtani (tylko dla wprawnych w badaniu dróg oddechowych), 2 godz. tyg.
b) Co każdy lekarz z laryngo-rynologii wiedzieć powinien? (dla mniej wprawnych), 4 godziny tygodniowo.
Doc. Dr Zalewski: a) Klinika chorób usznych (tylko dla wprawnych w badaniu ucha), 2 godziny tygodniowo.
b) Co każdy lekarz z otologii wiedzieć powinien (dla mniej wprawnych w badaniu ucha), 4 godziny tygodniowo.

Medycyna sądowa:

Prof. Dr Sieradzki: Ćwiczenia w badaniu i orzekaniu sądowo-lekarskiem, 2 godziny tygodniowo.



Rok XLIX. Kraków, dnia 22. października 1910. Nr 43.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Leczenie błonicy surowicą swoistą.

(Wyniki w okresie ubiegłych lat 15, 1895—1909).

Podał

W. Puławski (Radziejów, gub. warszawska).

(Dokończenie).

X) Co do rodzaju stosowanej przezemnie surowicy przeciwbłoniczej, to w pierwszych latach stosowałem surowice: Palmirskiego, Roux (z zakładu Pasteura w Paryżu), Aronsona, Scheringa, Behring-Höchst; z biegiem czasu ograniczyłem się do użycia surowicy z warszawskiej pracowni Dra Palmirskiego i tej prawie wyłącznie obecnie używam.

W kilkunastu przypadkach rozległego błonicowatego zapalenia gardła, które wystąpiło jako objaw współistniejący przy płonicy, stosując metodę leczenia skombinowanego surowicą przeciwpłoniczą i przeciwbłoniczą, używałem również surowicy przeciwbłoniczej z pracowni prof. O. Bujwida. Surowica ta zawiera 1000 do 1200 jedn. ochr. Behringa-Ehrlicha w jednym flakoniku, zawierającym 4 do 5 ctm^3 płynu.

XI) Dane statystyczne, uzyskane za każdy rok poszczególny, ogłaszałem w swoim czasie wraz z ważniejszemi uwagami (patrz wykaz publikacyi w końcu niniejszej pracy). Wszystkie te dane liczbowe, w różnych czasach w przeciągu piętnastoletniego okresu otrzymane, pozwalam tu sobie dla bardziej poglądowego uprzytomnienia zestawić w tablicy V. W pierwszej połowie tej tablicy, dotyczącej leczenia błonicy metodą zwykłą, widzimy dwa okresy: 1) od chwili, gdy rozpocząłem praktykę lekarską (styczeń 1890 r.), do czasu, gdy zacząłem stosować surowicę przeciwbłoniczą (1/VII 1895); 2) od tej daty aż do końca 1909 r.; liczba przypadków błonicy, leczonej metodą zwykłą, w okresie tym coraz więcej maleje, a w końcu staje się liczbą bardzo małą. Co do drugiej połowy tablicy, dotyczącej leczenia błonicy surowicą, to widzimy, że w ostatnich kilku latach ogólna ilość przypadków zmniejszyła się. Pochodzi to częściowo z istotnie na ogół mniejszego liczebnie szerzenia się błonicy, częściowo zaś jest to skutkiem powiększenia się liczby kolegów, praktykujących w najbliższej okolicy, o dwóch.

Zbierając razem dane o działaniu surowicy przeciwbłoniczej na zasadzie piętnastoletniego jej stosowania, czułbym się w prawie wysnuć wnioski następujące:

1) Surowica, zastosowana we wczesnych okresach błonicy, działa zwykle poronnie; w okresach późniejszych działa najlepiej ze wszystkich środków, w błonicy stosowanych, skracając przebieg choroby i okres zdrowienia, zapobiegając wystąpieniu objawów krtaniowych (Laryngitis crouposa, Croup descendens) i ogólnych septycznych (toksemicznych), oraz porażeń pobłoniczych. Jednocześnie jest ona środkiem zapobiegawczym dla najbliższego otoczenia danej chorej jednostki, a w razie epidemii dla większych grup

TABLICA V.

Rok	Liczba ogólna przypadków	Ilość przypadków śmiertelnych	Ilość przypadków śmiertelnych w %	Ilość przypadków krtaniowych	Ilość przypadków krtaniowych w %	Śmiertelność ich w %	Uwagi
1890	81	50	61	65	80	77	Leczenie zwykłe
1891	100	60	60	76	76	80	
1892	96	58	59	72	75	80	
1893	95	52	54	78	82	70	
1894—1/VII 1895	138	83	60	105	76	79	
1890—1/VII 1895	**510**	**303**	**59**	**396**	**77**	**76**	
1/VII 1895—1896	20	12	60	16	80	75	
1897	10	6	60	8	80	75	
1898	6	4	66	5	83	80	
1899—1909	38	26	68	32	84	81	
1/VII 1895—1909	**74**	**48**	**65**	**61**	**82**	**78**	
1890—1909	584	351	60	457	78	77	
1/VII 1895—1896	67	4	6	39	58	10	Leczenie surowicą
1897	77	10	13	56	73	18	
1898	73	6	8	43	59	14	
1899	84	5	6	44	52	11	
1900	80	4	5	39	49	10	
1901	50	3	6	25	50	12	
1902	38	2	5·3	21	55	10	
1903	46	2	4·3	20	43	10	
1904	54	3	5·5	24	44	12·5	
1905—1906 [1]	32	2	6·3	17	53	11·8	
1907	37	2	5·4	16	43	12·5	
1908	30	1	3	16	53	6·3	
1909	35	2	6	21	60	9·5	
1/VII 1895—1909	703	46	6·5	381	54	12	

[1]) Od 1/V 1905 do 15/V 1906 byłem na teatrze wojny w Mandżuryi.

mieszkańców, pomagając do szybkiego przerwania szerzenia się choroby.

2) Korzyści ze stosowania surowicy widoczne są z zestawienia w tablicy V: Surowica zmniejsza wydatnie śmiertelność ogólną błonicy, ogranicza znacznie ilość przypadków krtaniowych, zmniejszając również wydatnie śmiertelność z nich, o ile po ich wystąpieniu zastosowaną została.

3) Żaden z przypadków czystej błonicy gardła nie dał objawów powikłania krtaniowego po zastosowaniu leczenia surowicą. Wszystkie przypadki śmiertelne były powikłane w mniejszym lub większym stopniu objawami ze strony krtani, do których niekiedy przyłączały się również objawy krupowe ze strony tchawicy, oskrzeli i płuc (Croup descendens); surowicę zastosowano w wielu z nich albo zbyt późno, albo w ilościach zbyt małych. Dotyczy to i tych przypadków, w których cały zbiór objawów przedśmiertnych należał do grupy tak zwanych objawów toksemicznych.

4) Powikłań miejscowych w okolicach wstrzykiwania (tkanka podskórna w okolicy podżebrowej i śródbrzusznej) nie miałem nigdy. Występujące w tej okolicy bóle zwykle nie są zbyt dolegliwe i znikają same przez się w ciągu pierwszej lub drugiej doby. U dzieci z obfitą podściółką tłuszczową występują niekiedy sińce, wcale niebolesne lub mało bolesne i znikają same przez się w ciągu trzech do pięciu dni. Są one analogiczne do tych, jakie zjawiają się często u osób starszych po jakichkolwiekbądź wstrzyknięciach podskórnych, n. p. morfiny, ergotyny, kakodylanu sodowego i t. p.

5) Powikłania posurowicze wysypkowe (Serumkrankheit) występowały nie częściej, niż w 50% wszystkich przypadków i zwykle po zastosowaniu powyżej 1000 jedn. ochr. wtedy, gdy ilość ta odpowiada 10 ctm. sześć. surowicy. O ile stosuje się surowice wysokowartościowe, w których 1000 j. ochr. zawiera się w 5 ctm^3 lub nawet mniej, objawów wysypkowych może nie być nawet po zastosowaniu 3000 jedn. ochr. i więcej. Powikłań natury poważniejszej ze strony serca, nerek, stawów lub układu nerwowego nie spostrzegałem wcale, również jak i objawów nadwrażliwości ani u chorych, u których powtarzałem wstrzyknięcia wielokrotnie w odstępach czasu kilkogodzinnych lub kilkodniowych, ani u tych, u których wstrzykiwania ponawiano po przerwach kilkoletnich.

6) Zaufanie do surowicy, stopniowo wzrastając, utrwaliło się i jest stosunkowo większe wśród warstw biedniejszych i mniej oświeconych, najpewniej dlatego, że surowica zastosowana dość wcześnie, szybko uzdrawia, wyłączając prawie zupełnie potrzebę stosowania innych metod leczniczych, zwykle męczących zarówno chore dzieci, jak i otoczenie, zmuszone co chwila stosować jakieś zabiegi, zresztą mało skuteczne.

7) Mniemam, że w tych przypadkach, gdzie prócz surowicy można stosować jeszcze i inne środki lecznicze (roborantia, excitantia, exspectorantia, inhalacye, płukania) lub rękoczyny chirurgiczne (intubacya i tracheotomia), taka skombinowana metoda lecznicza powinnaby dać najlepsze wyniki. Bardzo wczesne stosowanie surowicy w odpowiednio do potrzeby dużych dawkach, a przytem surowicy wysokowartościowej, czyni zresztą stosowanie wspomnianych zabiegów coraz rzadszem i mniej koniecznem.

8) Przypuszczam, że wyniki, jakie dotąd otrzymałem (6·5% śmiertelności ogólnej oraz 12% śmiertelności w przypadkach krtaniowych), nie są jeszcze ostateczne i ulegną z czasem zmianie na lepsze, a może nawet przy odpowiednio sprzyjających warunkach śmiertelność dojdzie do minimum; obecnie już jednak wobec wielu najmniej korzystnych warunków dla stosowania surowicy przeciwbłoniczej w takich okolicznościach praktyki lekarskiej, jak moja, daje ona przeszło sześć razy lepsze wyniki od wszystkich innych metod leczniczych, przedtem stosowanych. Tu w krótkości wspomnę, że w celu zwalczenia najcięższych, lub zaniedbanych przypadków proponują wstrzykiwać surowicę do żył i to w dużych dawkach surowic wysokowartościowych. Surowice, przygotowane celem trwałości i łatwego przechowania, z dodatkiem fenolu lub krezolu, nie nadają się do tego; to też próby wstrzykiwania do żył podejmowano dotąd na większą skalę we Francyi, gdzie surowice dodatków tych nie zawierają. W ostatnich latach próby takie zaczęto podejmować również i w Berlinie na klinice Heubnera nawet ze surowicami fabrykacyi niemieckiej, które, jako zawierające pewną odsetkę fenolu, nie mogą być jednak stosowane w tym celu w ilościach większych, niż 9000 jedn. ochr. 500-krotnie wartościowej surowicy, czyli = 18 ctm^3. naraz. Dawkę taką w ciągu dni kilku powtarzano kilkakrotnie bez wywołania objawów zatrucia fenolem, a dochodzono do zastosowania drogą śródżylną 65000 jedn. ochr. ze skutkiem dodatnim dla danego przypadku chorobowego, a bez żadnych skutków szkodliwych dla leczonego ustroju.

9) Mniemam nakoniec, że jakiekolwiek braki mogłaby mieć statystyka, zbierana w podobny, sposób jak moja, to jednak tylko bardzo wielka liczba przypadków, spostrzeganych wśród najróżnorodniejszych warunków i podczas wielu różnych epidemii, może dać wyniki najbliższe rzeczywistości.

Kończąc niniejszą notatkę, uważam sobie za obowiązek nadmienić, że zdaję sobie dokładnie sprawę z tego, iż kazuistyczny dorobek mój w okresie piętnastoletnim w omawianym tu kierunku nie jest bynajmniej imponującym, a sam materyał kliniczny, uzbierany w tak niepomyślnych warunkach, nie może być naukowo zbyt ważnym, a tem mniej rozstrzygającym. Jednakże nie jest on pozbawiony pewnego znaczenia praktycznego wobec tego, że seroterapia chorób zakaźnych wogóle jest ciągle jeszcze w okresie rozwoju, z którego w przyszłości tak wiele obiecują sobie zwolennicy seroterapii właśnie głównie na zasadzie wyników bardzo dodatnich, otrzymanych przy stosowaniu surowicy przeciwbłoniczej. Myśl ta wraz z nadzieją lepszej przyszłości w dziedzinie pomyślnego zwalczania chorób zakaźnych, dotąd nie dających się należycie ujarzmić, zachęca do czynienia odpowiednich samodzielnych spostrzeżeń i ich publikacyi, aby wedle możności dorzucić choć skromną cegiełkę do budującego się gmachu. Hołdując tej zasadzie, od samego początku skrzętnie zapisywałem wszystkie spostrzegane przypadki i opisy ich lub też otrzymywane wyniki ostateczne ogłaszałem w różnych pracach, których spis za przeciąg ubiegłych lat piętnastu poniżej podaję.

1) Jedenaście przypadków błonicy, wyleczonej surowicą. Gaz. lek. 1895. Nr. 52. 2) Osiem przypadków błonicy, wyleczonej surowicą. Gaz. lek. 1896. Nr. 29. 3) Piętnaście przypadków

błonicy, leczonej surowicą. Gaz. lek. 1896. Nr. 52. 4) Trzydzieści trzy przypadki błonicy, leczonej surowicą. Gaz. lek. 1897. Nr. 31. 5) Przyczynek do leczenia błonicy surowicą swoistą. Gaz. lek. 1898. Nr. 10. 6) Leczenie błonicy surowicą swoistą. Gaz. lek. 1899. Nr. 35. 7) Leczenie błonicy surowicą swoistą. Gaz. lek. 1900. Nr. 32. 8) Leczenie błonicy surowicą swoistą. Gaz. lek. 1901. Nr. 21. 9) Przyczynek do statystyki leczenia błonicy surowicą swoistą. Czasopismo lek. 1903. Nr. 2. 10) Zur Statistik der Diphtherieheilserumtherapie. Deut. med. Wochensch. 1903. Nr. 28. 11) Dalsze przyczynki do statystyki leczenia błonicy surowicą swoistą. Czasopismo lek. 1907. Nr. 9—10. 12) Dalsze przyczynki do leczenia błonicy surowicą swoistą. Przegląd lek. i Czasopismo lek. 1909. Nr. 21. 13) Dalsze spostrzeżenia w sprawie leczenia błonicy surowicą swoistą. Przegl. lekarski i Czasopismo lek. 1910. Nr. 35.

Spostrzeżenia z praktyki.

Kilka słów o krwawiączce ze stanowiska praktycznego.

Podał

Dr Adolf Klęsk.

Może za mało uwagi poświęca się w życiu praktycznem i piśmiennictwie krwawiączce, chociaż jest to cierpienie stosunkowo tak częste, że niemal każdy lekarz musi się z niem spotykać. Prócz krwawień samoistnych może mieć lekarz praktyczny sposobność spotkać się z krwawiączką i przy następujących, niejako »codziennych« schorzeniach lub zabiegach: krwotoki z nosa, podcinanie języka, wycinanie migdałów, wyrywanie zębów i cierpienia dziąseł i okostnej szczęki, urazy, pijawki i bańki cięte ew. ostre plastry, obrzezanie, krwawienie po oddzieleniu się pępowiny, zranienie języka podczas napadu padaczki, pęknięcia żylaków, odejścia strupów przy błonicy i t. p. Zdarzają się oczywiście i inne, np. uporczywe krwawienie z rozdartej błony dziewiczej (Wachsmuth) i t. p., wspomnieliśmy jednakowoż głównie o najczęstszych. U krwawców spotyka się uzębienie często w bardzo złym stanie, może być, że z natury samej choroby, ale bezwarunkowo także dlatego, że dentyści nie chcą leczyć takich chorych z obawy groźnych krwotoków, a także sami chorzy tacy boją się dawać sobie wyjmować zęby. Z piśmiennictwa znane są przypadki śmiertelnego skrwawienia się po wyrwaniu zęba (Plater, Jaurdain, Niemayer, Lanyi, Delestre i t. p.). Krwawiączka ma to bowiem do siebie, że zwykle stosowane sposoby tamowania krwotoku, przy niej nieraz nie wiodą do celu.

Jak wiadomo, lekarz praktyczny rozporządza następującymi sposobami tamowania krwotoku:

A. Sposoby mechaniczne: 1) Ucisk w miejscu krwawienia lub dalej na naczynie krwionośne ręką lub opaską. 2) Ucisk zapomocą odpowiednich uciskadeł, rurki Belloqua i t. p. 3) Tamowanie krwotoku zapomocą różnicy ciepłoty (zimno, woda gorąca, para, rozżarzona platyna i t. p.). 4) Dawniej używane gąbki prasowane i t. p.

B. Sposoby chemiczne: 1) Środki ściągające: sześciochlorek żelaza, ocet, ałun, terpentyna, chlorek wapnia, tannina, siarkan sodowy, sporysz i t. p. 2) Środki działające na naczynia krwionośne i ciśnienie krwi: antypiryna (10—20%), kokaina, adrenalina i t. p.

Otóż zwykle wszystkie te sposoby tamowania krwotoków przy krwawiączce zawodzą, a raczej jeśli działają (np. ucisk naczyń, przyrządy), to tylko w chwili stosowania, a to oczywiście nie może być zbyt długiem. Nic też dziwnego, że z uczuciem ulgi powitano pracę Weila, polecającą leczenie krwawiączki zapomocą wstrzykiwań surowicy. Weil przekonał się, że przez dodanie do krwi krwawca paru kropli surowicy krwi prawidłowej, wywołać można krzepnięcie w 5 minut, gdy zwykle przy krwawiączce krew potrzebuje do skrzepnięcia godziny i więcej. Wobec tego postanowił Weil zastosować to zjawisko praktycznie i rzeczywiście na Zjeździe w Paryżu w r. 1907 przedstawił 11 przypadków, leczonych pomyślnie w ten sposób. Weil stosuje surowicę miejscowo do tamponady, lub, co lepiej, podskórnie lub śródżylnie. Użyć do tego najlepiej świeżej surowicy końskiej, a w razie braku jej, chociażby surowicy przeciwbłoniczej lub przeciwtężcowej. Po wstrzyknięciu surowicy (10 cm³ do żyły, 20 cm³ podskórnie) niema chory, podług Weila, niemal przez 30 dni skłonności do krwawienia, tak że w tym czasie wykonywać można bez obawy nawet największe zabiegi chirurgiczne, o ile rany po nich dostatecznie się goją do dni 30.

Wspomnieć tu należy o dawniejszych próbach organoterapeutycznych w krwawiączce: np. Grant do leczenia krwawiączki używał wyciągu jajników, a Zoege v. Manteuffel substancyi zymoplastycznej, uzyskanej z gruczołów chłonnych.

Jakież są dotychczasowe kliniczne wyniki leczenia sposobem Weila? Tamponada surowicą miejscowo oddaje bezwarunkowo dobre nieraz usługi, co również sam miałem sposobność stwierdzić w jednym przypadku krwawienia z rany dziąsła; natomiast co do leczenia ogólnego krwawiączki, zdania są podzielone.

Baum przeprowadził w tym celu badania doświadczalne. Zapomocą wstrzykiwań wyciągu pijawek, t. zw. hirudyny, można zwierzęta sztucznie na pewien czas uczynić krwawcami. Otóż u takich zwierząt wstrzykiwania surowicy wybitnie zwiększają krzepliwość krwi, ale tylko w takim razie, jeżeli hirudyna nie zniosła przedtem całkowicie krzepliwości krwi. Hirudyna działa tylko śródżylnie; zastosowana podskórnie nie znosi wcale krzepliwości krwi. U ludzi, wedle Bauma, działa leczenie surowicą korzystnie, ale tylko w niektórych przypadkach, np. przy postaciach krwawiączki nie zbyt silnych i nabytych; natomiast u dwóch chorych z krwawiączką wrodzoną i dziedziczną leczenie to pozostało zupełnie bez skutku.

Trembur zachwala bardzo leczenie krwawiączki surowicą. Stosował je u dzieci, wstrzykując 5—20 cm³ surowicy, ewentualnie tamponując miejscowo surowicą. Również Guibal opisał przypadek krwawiączki, wyleczony podług Weila i radzi w razie konieczności operacyi u krwawca wstrzyknąć mu na 24 godzin przed zamierzoną operacyą 10—20 cm świeżej końskiej surowicy podskórnie lub śródżylnie. Sahli i Broca twierdzą, że skutecznie działa surowica końska, natomiast nie działa zupełnie surowica wołu i psa.

Hotz i Enderlen polecają na podstawie doświadczeń z parabiozą zwierząt, połączonych ze sobą szwem naczyniowym podług Carrela, leczyć krwawiączkę zapomocą przetaczania krwi wprost z drugiego osobnika. Hotz łączy zapomocą szwu okrężnego tętnicę promieniową osobnika dającego, z żyłą środkową osobnika odbierającego. Jedynie w ten sposób, jak twierdzi, uratował Hotz jednego chłopca, skrwawionego z powodu upływu krwi z nosa. Krwotok po przetoczeniu krwi zaraz ustał.

Mimo to wszystko, należy jeszcze i nadal zachować ostrożność co do operacyi u krwawców i operować, jak to w ostatnich czasach radzi także Dahlgren, jedynie ze wskazania życiowego. Z drugiej jednak strony w razie pilnej potrzeby lepiej znów operować i stać się panem danego miejsca, niż czekać, np. przy sprawach ropnych, na dobrowolne przebicie się ropy, przy którem potem nastąpić może krwawienie z krętych, trudnych do tamponady przetok. Ilustrują to najlepiej dwa następujące moje spostrzeżenia:

1) 21-letni młodzieniec B., pochodzący z rodziny typowych krwawców, przed trzema laty przebył zapalenie okostnej zębowej. Wezwany lekarz, nie wiedząc o krwawiączce, naciął ropień okostnej, poczem zjawiło się krwawienie, trwające 20 dni; krwa-

wienie to zatamował w końcu dopiero wezwany operator zapomocą kilkakrotnej energicznej tamponady. Przed kilku dniami chory zapadł znowu na zapalenie okostnej. Wezwany lekarz, znając już chorego, polecił gorące okłady i wyczekiwanie, aż ewentualnie ropa przebije się samorodnie. Rzeczywiście nastąpiło to po kilku dniach, ale równocześnie powstało obfite krwawienie. Do chorego wezwano mnie w nocy. Krwawił już od 14 godzin. Stosowano środki domowe (zimno, ocet) i ucisk, ale bez skutku. Przy badaniu znalazłem uzębienie wogóle w bardzo złym stanie. Zaledwie trzy zęby były zdrowe, a zresztą w innych ubytki lub zupełny brak korony. Chory z obawy przed krwawieniem nie zasięga wogóle porady dentysty. Po stronie lewej ponad drugim zębem trzonowym widać na obrzmiałej błonie śluzowej dwa otworki po przebiciu się ropy, każdy wielkości główki od szpilki. O wsunięciu w nie tamponów nie mogło być mowy, zastosowałem też tamponadę uciskową ponad niemi gazą jodoformową z adrenaliną i zacisnąłem szczęki od zewnątrz. Krwawienie zatrzymało się na pewien czas, ale po kilku godzinach zaczęło się na nowo, wobec czego zastosowałem tamponadę z surowicą (przeciwbłoniczą), poczem krwawienie ustąpiło wprawdzie zwolna, ale zupełnie.

2) W przypadku ropowicy na szyi u kobiety młodej, dotkniętej również krwawiączką, wobec silnego nacieku ropnego, trudności oddychania i ciepłoty 40°, przystąpiłem, mimo przestróg rodziny, do przecięcia ropowicy (i to w czasie regularności) i nie pożałowałem tego. Zabiegu dokonałem w znieczuleniu miejscowem (chora prócz krwawiączki miała wadę serca i skrzywienie kręgosłupa ku tyłowi), w asystencyi kolegi Z., ograniczając się do możliwie małego cięcia. Po wypuszczeniu ropy, zaczęła płynąć z rany obficie krew; wytamponowałem zaraz ranę gazą kseroformową i zastosowałem ucisk przez kwadrans. W ciągu nocy opatrunek przeszedł trochę krwią. Zmiana tamponu po 3 dniach. Krwawienie trwało jeszcze kilka dni, lecz było mierne.

Nauczony tymi dwoma przypadkami, sądzę, że jeżeli chodzi o sprawę ropną u krwawca, to bezwarunkowo lepiej jest wykonać cięcie i być panem rany, mogąc ją wytamponować, niż z obawy przed krwawieniem po cięciu, narazić się na uporczywe krwawienie bez cięcia po przebiciu się ropy, nieraz w kilku miejscach, przez drobne otworki, nie dające się wcale wytamponować.

Częste są też uporczywe krwawienia u krwawców po wyrwaniu zęba. W razie silnego bolu zwracają się chorzy do dentysty, który często nie pyta nawet o krwawiączkę, albo, gdy zapyta, to chorzy ją zatajają, chcąc pozbyć się za wszelką cenę bolącego zęba. Krwawienie bywa potem bardzo uporczywe, zwłaszcza jeżeli przy usuwaniu zęba uszkodzono i dziąsło. Do zatamowania krwotoku używają dentyści, prócz środków chemicznych, także różnych sposobów mechanicznych, jak zalepienie woskiem, gipsem, gutaperką, silna tamponada, różne przyrządy (Anselin, Neimayer, Foucou i. t. p.), wsadzenie zęba z powrotem, Paquelin i t. p.

Po obrzezaniu bywa też czasem krwotok u krwawców bardzo uporczywy i tu z powodu trudności wykonania ucisku najlepiej zeszyć oba listki napletka. W jednym przypadku powiodło się nam z kolegą F. zatamować w ten sposób bardzo silne, długotrwałe krwawienie.

Po wycięciu migdałków krwawienie rzadko bywa groźnem i obawy są tu wogóle przesadzone. Jednakże u krwawca będzie i tu krwotok bardzo uporczywym. Stosowane dawniej uciskadło bywa obecnie mniej stosowane, gdyż zwykle ucisk miejscowy, ew. Paquelin wystarczają.

Przy groźnych dla życia krwotokach należy przystąpić zaraz do operacyi. Tak np. już w kilku przypadkach t. zw. krwawiączki nerkowej osiągnięto dopiero wyleczenie przez wycięcie odpowiedniej nerki.

Jeszcze na jedno powikłanie krwawiączki chciałbym zwrócić uwagę, a mianowicie na cierpienia stawów, zwłaszcza te, które, występując po urazie, bywają mylnie rozpoznawane, a obecnie wobec rozwiniętego wszędzie ubezpieczenia od wypadków często w rachubę wchodzić mogą. Powikłania te zajmować mogą i kilka stawów naraz, sprawiając wrażenie gośćca stawowego, lub też, co częściej, zajęty bywa tylko jeden staw (najczęściej kolanowy) i wtedy rozpoznaje się mylnie wiewióra, gruźlicę lub kiłę stawu.

W cierpieniu stawów, wikłającem krwawiączkę, nieraz rozróżnić możemy trzy niejako stopnie choroby:

1) Okres początkowy. Cechują go bole, obrzmienie, a nieraz także objawy zapalne w danym stawie. Objawy te rozwijają się nieraz w stawach nawet bez urazu. Stan ten trwa zwykle kilka dni, kończąc się wyzdrowieniem, a w przypadkach cięższych (np. po urazie) przechodząc w okres następny.

2) Okres zapalny przypomina żywo gościec, a cechuje się obrzmieniem, ew. wysiękiem do stawu, silną bolesnością. W następstwie dochodzi nieraz do zniszczenia chrząstek, ew. rozwija się ropienie z przetokami, przypominające gruźlicę. I tu jest możliwe wyzdrowienie zupełne, w pewnych przypadkach jednak sprawa postępuje dalej i przechodzi w okres trzeci.

3) Okres zbliznowaceń. W okresie tym tworzą się blizny, przykurczenia, przesunięcia powierzchni stawowych i t. p.

Rozpoznanie bywa nieraz bardzo trudne, zwłaszcza, jeżeli w wywiadach nie ma mowy o krwawiączce.

Co do leczenia, to większość autorów radzi w tych przypadkach postępować o ile możności zachowawczo. Z początku polecamy spokój, okłady zimne lub lodowe, potem opatrunki ustalające, ew. szyny i przyrządy zapobiegające skrzywieniu lub prostujące. Jednakże König, a w ostatnich czasach Matsuoka polecają w razie, jeżeli sprawa nie ustępuje, postępowanie energiczniejsze, mianowicie nakłucie stawu i przemycie rozczynem kwasu karbolowego.

Rokowanie przy cierpieniu stawu z powodu krwawiączki jest zawsze bardzo poważne.

Piśmiennictwo. 1) Baum: Mittheil. aus den Grenzgeb. der Med. u. Chir. 20. I. — 2) Trembur. Tamże 20. V. — 3) Guibal. Arch. prov. de chir. 1909. X. — 4) Hotz: Deutsche Zeitschr. für Chir. 104. V.—VI. — 5) Dahlgren: Beiträge zur klin. Chir. 61. III. — 6) Enderlen: 57. Versamml. Mittelrhein. Ärzte 1910. — 6) Matsuoka: Deutsche Zeitschr. f. Chir. 102. IV—VI.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

(Chirurgia kończyn).

Hirschberg. **Wyciąg gwoździowy Codivilli, racyonalne postępowanie przy złamaniach kości.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 1). Z pracy H. dowiadujemy się przedewszystkiem, że właściwym wynalazcą wyciągu gwoździowego jest chirurg z Bolonii Codivilla, który podał ten sposób leczenia przed 6 laty. Obecnie niesłusznie uważa się za wynalazcę tego sposobu Steinmanna. Co prawda, jest pewna różnica przy wyciągu podług Steinmanna a Codivilli. I tak Codivilla zakłada wyciąg jedynie tylko na pięcie i to zapomocą jednego długiego sztyftu, biegnącego na wylot przez kość, Steinmann zaś wbija 2 gwoździe zawsze poniżej miejsca złamania.

Wyciąg gwoździowy ma wiele dobrych stron i w wielu przypadkach przewyższa nawet wyciąg plastrowy Bardenheuera. Przedewszystkiem stosować go można nawet przy złamaniach powikłanych, dalej wymaga on znacznie mniejszych obciążeń, bo przy wyciągu Bardenheuera marnuje się niepotrzebnie wiele siły na pokonanie oporu mięśni. Przy wyciągu plastrowym występują też często odleżyny, a wielu chorych plastra na ciele wprost nie znosi. Co do różnicy między sposobem Codivilli, a Steinmanna, to H. twierdzi, że pierwszy jest o wiele lepszy i praktyczniejszy. Przedewszystkiem łatwiejszy w wykonaniu, a potem przez wyciąg ten cała kończyna zostaje masowo w osi sprosto-

wana, natomiast przy sposobie Steinmanna kończyna poniżej gwoździ często obrzmiewa, i trzeba o nią dbać osobno, a jej ruchy wpływają nieraz na osłabienie gwoździ.

Zabieg Codivilli wykonuje H. zawsze w znieczuleniu miejscowem, znieczulając jedynie skórę po obu stronach. Przewiercenie pięty jest zupełnie prawie niebolesne. Zakażenie przy czystem postępowaniu jest wyłączone. K.

Grunert. **Zwichnięcie nerwu łokciowego.** (Med. Klinik 1910. Nr 24). Zwichnięcie nerwu łokciowego jest właściwie najczęściej wadą rozwojową, albowiem nierzadko się zdarza, że wykazać je można i po stronie zdrowej, choć bez objawów chorobowych. Badania na wielkim materyale stwierdziły, że zwichnięcie to występuje niemal u 1—2% ludzi, nie wywołując żadnych dolegliwości. Oczywiście nie da się zaprzeczyć, że wydarzają się i zwichnięcia czysto urazowe. Co do leczenia, to zatrzymanie kończyny wyprostowanej w łokciu, t. j. gdy nerw leży na swojem miejscu (zaskakuje dopiero przy zginaniu), zwykle nie wystarcza, lecz należy przystąpić do operacyi, która polega na umocowaniu nerwu przez zrobienie rowka w kości, rynienki z mięśni lub okostnej, lub co najlepiej, na zeszyciu nerwu ze ścięgnem mięśnia trójgłowego, co G. w jednym przypadku z pomyślnym wynikiem wykonał. K.

Harttung. **Przymiotowe schorzenia stawów.** (Med. Klinik 1909, Nr 27). Przymiot wywoływać może choroby stawów pod bardzo różnemi postaciami. Twierdzenie, jakoby przymiotowe cierpienie stawu przebiegało prawie zawsze bezboleśnie, jest mylne. Spotykamy tu cierpienia nawet bardzo nieraz bolesne, występujące z zaczerwienieniem, obrzękiem i podwyższeniem ciepłoty, nieraz łudząco naśladujące ostry gościec stawowy. Dalej przymiot wystąpić może w postaci zwykłego bolu stawowego, ostrego lub przewlekłego wysięku, a wreszcie przy zakażeniu od zewnątrz w postaci ropnego zapalenia. Cechującem dla przymiotu jest chwilowe pogarszanie się sprawy stawowej przy wstrzykiwaniach nierozpuszczalnych soli rtęciowych. Powikłania stawowe występują zwykle w początkach przymiotu nieraz równocześnie z wysypką; mogą się wydarzyć jednak także w późniejszych okresach, a wtedy rozpoznanie, zwłaszcza odróżnienie od gruźlicy (n. p. u dzieci w kręgosłupie i kolanie) bywa bardzo trudne. Zejście spraw przymiotowych w stawach jest zwykle pomyślne, o ile leczenie zaczęto w porę i o ile nie doszło jeszcze do zropienia lub zbyt wielkiego zniszczenia stawu. Przymiot sadowi się szczególnie w kolanie (często obustronnie), w stawach ręki, łokcia, ramienia i kręgosłupa. W leczeniu na pierwszem miejscu postawić należy rtęć, zwłaszcza kalomel. Czasem jod oddaje także niezłe usługi. Zaczynać należy jednak leczenie (nawet w późnych okresach przymiotu) przy powikłaniu stawowem zawsze od rtęci, i to nie od wcierań, lecz od wstrzykiwań. Prócz tego wchodzą w rachubę: ustalenie stawu, ucisk, ciepło, w razie potrzeby krwawe zabiegi chirurgiczne, n. p. przy ropieniu. K.

Noesske. **O plastycznem zastąpieniu całkowicie lub częściowo utraconych palców, zwłaszcza palca wielkiego.** (Tow. lek. i przyr. Drezno, 13. III., 1909). Obecne sposoby plastyki dozwalają zastępować częściowo lub całkowicie utracone palce. U pewnej warstwy pracujących stanowi palec po prostu o ich bycie. Z tego też powodu w takich razach z jednej strony z odjęciem palca należy o ile możności zwlekać, a z drugiej, zwłaszcza n. p. przy zachowanych częściach miękkich, starać się o plastyczne zastąpienie utraconego palca. Tak n. p. uzupełnił N. prawie zupełny brak kciuka, straconego przez uraz w ten sposób, że najpierw ze skóry i tkanki tłuszczowej klatki piersiowej stworzył rurkę, którą zeszył z podstawą utraconego palca, a po 3 tygodniach oddzielił od piersi; potem do tej rynny po przecięciu jej od strony grzbietnej w miejscu dawnego zeszycia wszczepił kawałek kości goleniowej, wziętej razem z okostną. Nastąpiło zupełne wygojenie. Nowy kciuk z powodu wielkiej ruchomości kości nasadowej mimo braku stawów daje się wcale dobrze przywodzić, a nawet przeciwstawiać innym, tak że chory może używać go do pisania i t. p. Ze względów kosmetycznych ma N. jeszcze zamiar wszczepiać w ten palec paznokieć razem z miękkiemi częściami z palca nogi, sposobem Krausego. Branie do zastąpienia palca n. p. żebra, nie jest odpowiednie, bo kość żebra jest zanadto wiotka, a części miękkie za grube; podobnie nie nadaje się do plastyki palca obojczyk. Zastąpienie palca ręki palcem nogi jest o tyle niepraktyczne, że palec ma zupełnie inny kształt i chory skazany jest przez 2—3 tygodni na bardzo niewygodne pozycye. Dodać należy, że chory operowany przez N., ma już wcale dobre czucie w nowym palcu. K.

Schmit. **Samoistna zgorzel u osób młodych.** (Med. Klinik 1910, Nr 19). Samoistna zgorzel u osób młodych (głównie mężczyzn) pojawia się głównie u rasy słowiańskiej i muzułmanów (palenie tytoniu) w kończynach dolnych, zaczynając się od palców. Towarzyszą cierpieniu temu zwykle szalone bole, zwłaszcza po ruchach fizycznych, ustające w spokoju i przechodzące w zboczenia czucia. Okres taki trwać może nawet do 14 lat, nim wystąpi typowa zgorzel. U kobiet do zgorzeli zwykle nawet nie dochodzi. Różniczkowo wchodzą w rachubę: zgorzel przy cukrzycy, zaczopowanie tętnic, odmrożenia, ropnica, choroba Raynauda, syryngomyelia i t. p. Leczenie: wysokie ułożenie kończyny, spokój, gorące kąpiele, jod, kąpiele w Kissingen, Nauheim, ew. zabieg chirurgiczny, najlepiej wysoka amputacya, lub operacya Grittiego. W ostatnich czasach polecono próbować łączyć tętnicę z żyłą celem stworzenia lepszego dopływu krwi. K.

Laryngologia i otyatrya.

Kurt Schmuckert. **Przyczynek do endoskopowego badania jamy nosowogardłowej i krtani.** (Münch. med. Woch. 1910. Nr 11). W miejsce typowego badania jamy nosowogardłowej i krtani lusterkiem, zyskuje sobie coraz więcej zwolenników badanie endoskopowe na wzór cystoskopii. Autor podaje w tym celu bardzo wygodny przyrząd, który jest modyfikacyą laryngoskopu Haysa. Aby wygodnie, a jałowo można używać tego narzędzia, nakłada się na nie do każdego badania osobną, wygotowaną osłonkę szklaną. Przyrządem tym można wygodnie i bez znieczulenia dokładnie badać jamę nosowogardłową i krtań. Obrazy są przytem bardzo wyraźne i jasne, a pole widzenia bardzo duże. Natomiast mniej wyraźnie występują drobne różnice w barwie, np. na więzadłach, w niektórych przypadkach bardzo ważne dla rozpoznania. Dla lekarza praktyka endoskop ten jest nadzwyczaj cenny, albowiem dozwala on na badanie bez specyalnej wprawy, a, co główna, można nim badać i przy szczękościsku, obrzmieniu języka i u osób wrażliwych. K.

Eitelberg. **Ciała obce ucha.** (Ther. Rundsch. III. 52). Ciała obce przebywać mogą latami w uchu, nie sprawiając dolegliwości. Nieraz dopiero manipulacye celem wyciągnięcia ciała obcego wywołują poważne przypadłości. Z drugiej strony jednak może czasem ciało obce odruchowo wywoływać bardzo poważne przypadłości, jak padaczkę, pląsawicę, uporczywy kaszel, bóle głowy, bezsenność, brak apetytu i t. p. Zdarzyć się też może, że lekarz nie zdoła odnaleść ciała obcego. Odnosi się to zwłaszcza do kawałków metalu, które chowają się w jakimś zaułku przewodu usznego. W przypadkach takich wypłukanie ucha rozjaśnia sprawę. Najdelikatniejszym i najlepszym sposobem wydobycia ciał obcych jest wypłukanie ucha (z wyjątkiem suchych przedziurawień błony bębenkowej i t. p.). Przy ciałach pęczniejących wypłukujemy ucho gliceryną, która odciąga wodę. Wyjmując ciała kuliste, należy najpierw dostać się poza nie i wypychać je dopiero niejako od tyłu na zewnątrz. Czasem dobre usługi oddaje wsunięcie pędzla z klejem i pozostawienie go przez 2—3 godzin, poczem wyciąga się razem wziernik uszny, pędzel i zwykle ciało obce, do pędzla przylepione. A.

Prof. Heine. **Obecny stan chirurgii ucha.** (Münch. med. Woch. 1910. Nr 25). Dwa zabiegi, t. j. przekłucie błony bębenkowej i otwarcie wyrostka sutkowego, datują się już oddawna. Z czasem zapomniano jednak o nich i dopiero Schwartze je przypomniał, zwłaszcza ostatni. Przekłucie błony bębenkowej jest wskazane, gdy przy silnej gorączce i bolach istnieje wybitne wypuklenie błony, lub też gdy wprawdzie bolów niema, ale szybko postępujące pogorszenie słuchu zwraca na siebie uwagę. Znieczulać błonę bębenkową najlepiej płynem: »Rp. Acid. carbol. liquef. 0,5. Cocain. mur. Menthol. na 2,0. Spir. vin. 10,0«. Oczywiście przekłucie błony bębenkowej nie zawsze chroni od wystąpienia powikłań kostnych, występują one jednak przytem bezwątpienia rzadziej.

Obrzęk w razie zmian kostnych wystąpić może nietylko za uchem, lecz (rzadziej) także przy nasadzie kości jarzmowej przed uchem aż do oka, lub też na dole szyi, pod wyrostkiem sutkowym. Najgorsze są przypadki ukryte, t. j. te, gdzie rozszerzanie się sprawy w kości nie daje na zewnątrz wybitnych oznak. Do operacyi trzeba bezwarunkowo przystąpić, zwłaszcza u ludzi starszych, gdy ropienie z temsamem nasileniem trwa bez przerwy 6—8 tygodni, lub nawet się powiększa. Wskazania przy ostrych sprawach są jasne. H. przystępuje do operacyi także w razie wystąpienia niedowładu nerwu twarzowego. Leczenie zastoiną sposobem Biera odrzuca H. stanowczo.

Co do spraw przewlekłych, to chodzi tu o schorzenie błony śluzowej lub kości. Pierwsze oczywiście nie wymaga wcale operacyi, drugie zaś często. Zmiany ograniczone do błony śluzowej rozpoznaje się po tem, że przy nich przedziurawienie błony bębenkowej jest zwykle środkowe, gdy przy ropniach kostnych prawie z reguły obwodowe w tylnym górnym odcinku lub powyżej krótkiego wyrostka młoteczka. Objawy zajęcia błędnika są dość typowe: zawroty, nudności, drżenie gałek ocznych (w stronę zdrową), podmiotowe zmiany słuchowe, ew. szybko postępujące upośledzenia słuchu. — W razie ropienia w kości należy badać chorych najpierw sposobem Bezolda, a dalej metodą Baranyego, która polega na tem, że przy przestrzykiwaniu zimną wodą występuje drżenie gałek w stronę ucha zdrowego, a przy przestrzykiwaniu wodą gorącą — w stronę ucha chorego. Ważny jest także następujący objaw: zapomocą balonu Politzera zgęszcza się powietrze w przewodzie słuchowym, a potem je aspiruje. W razie zboczeń w błędniku występuje przytem wolne posunięcie się gałek ocznych przy zgęszczonem powietrzu w stronę zdrową, a przy aspiracyi w stronę chorą. Obecnie operuje się na błędniku w przypadkach przewlekłych, natomiast co do ostrych zdania są jeszcze podzielone. Co do śródczaszkowych powikłań, to objawem ich, zwracającym przedewszystkiem uwagę, jest ból głowy, zwłaszcza jednostronny, idący od ucha, stały lub napadowy. Często spotyka się go przy ropniach pozaoponowych. W ostrym okresie ból, nie ustępujący po nakłuciu błony bębenkowej i operacyi wyrostka, jest objawem bardzo niepomyślnym. Przy zakażeniu pochodzenia usznego przedewszystkiem badamy zatokę poprzeczną, nakłuwając ją, ew. tamponując. Podwiązanie żyły szyjnej wykonywa się, jeżeli zakrzep sięga aż do opaski lub gdy po opróżnieniu zatoki gorączka dalej się utrzymuje. Ropień mózgowy po stronie lewej daje się najpewniej rozpoznać po afazyi amnestycznej. Przy ropniach móżdżku występują często zaburzenia równowagi, drżenie gałek (przeciwne jak przy schorzeniu błędnika, zwykle w stronę chorą). Upewnia rozpoznanie nakłucie mózgu.

Co do rokowania, to przy wyrobionej technice operacyjnej jest ono przy ropniach zaoponowych zupełnie dobre, natomiast przy zapaleniu ropnem opon i ropniach samego mózgu gorsze. Przy zakrzepach zatoki osiąga się 50% wyleczeń. K.

Posthumus Meyjes. **Cierpienie nosa jako następstwo nadkwaśności krwi.** (Zeitschrift f. Laryng. T. II. S. 581). Ponieważ zmiany w nosie na tle naczynioruchowem (rhinitis vasomotoria) często przydarzają się u ludzi zamożnych, naprowadziło to Meyjesa na szukanie przyczyny w zbyt obfitem i jednostronnem odżywianiu się. W nadmiernej kwaśności moczu dopatruje się M. potwierdzenia swego domysłu, a przez zmianę żywienia uzyskał u takich chorych dobre wyniki. A. B.

Levinstein. **Znieczulenie w leczeniu gruźlicy krtani.** (Fränkels Arch. T. 23. Str. 265). Pomysł Spiessa, by wstrzykiwać podśluzowo 2% rozczyn nowokainy w okolicę nerwu krtaniowego górnego, naprowadził Hoffmanna (Zeitschrift f. Ohrenheilk. T. 59. Str. 169) na zalecenie do podobnych wstrzykiwań sposobu zewnętrznego, by zapomocą igiełki zwykłej strzykawki dostać się do miejsca, gdzie wewnętrzna gałązka górnego nerwu krtaniowego przechodzi przez błonę tarczową (membrana thyreoidea). Do wstrzykiwań tych zalecił Hoffmann 85% alkohol, ogrzany do 45° C. i w większej liczbie przypadków stwierdził znakomite długotrwałe znieczulające działanie alkoholu. Wstrzykiwania te w przypadkach znacznych bolów przy gruźlicy krtani okazały się bardzo skuteczne. Zastosowanie metody Hoffmanna przez Levinsteina dało mu również jaknajlepsze wyniki. Można więc tak dostępną drogą najbardziej dręczący objaw przy gruźlicy krtani, bole przy przełykaniu, przecież skutecznie zwalczać. A. B.

Otto Franck. **Tracheotomia transversa.** (Münch. med. Wochenschr. 1910. S. 285). Zaletą poprzecznego przecięcia tchawicy ma być łatwość wykonania, ewentualnie bez pomocy i użycia różnych narzędzi. Autor zaleca do tego sposobu przecięcia tchawicy, wybór miejsca tuż poniżej chrząstki obrączkowej. Przez cięcie poprzeczne skóry, które po odchyleniu głowy przedstawia ranę ziejącą, niemożliwe jest zboczenie od linii środkowej (linea albicans), zaznaczającej się wyraźnie. Unikamy też z łatwością obrażenia żył szyjnych środkowych, postępując zresztą ciągle na tępo. Przed otwarciem tchawicy palec wskazujący ręki lewej ściąga lekko węzinę tarczycy (isthmus) ku dołowi. Po założeniu rurki tchawiczej dwa boczne szwy zbliżają do siebie brzegi rany. Powstała blizna po tym sposobie operowania jest nieznaczna, gdyż odpowiada fałdowaniu się poprzecznemu skóry na szyi, a więc też i ze względów kosmetycznych zalecałby się ten sposób operowania. A. B.

Okulistyka.

Rutten. **Drżenie gałek ocznych wywołane urazem.** (Bull. de la Soc. Belge d'Opht. Nr 27). Autor udowadnia, że tak często zdarzające się u górników drżenie gałek ocznych jest tylko jednym z objawów ogólnej nerwicy, która rozwija się u nich pod wpływem niekorzystnych warunków zdrowotnych, panujących w kopalniach, zwłaszcza w kopalniach węgla. Na powstanie takiej nerwicy składają się: brak światła, podwyższona ciepłota (24—30° C.) w głębokich galeryach i częstokroć panująca tam wilgoć, zepsuta atmosfera kopalni, powietrze zanieczyszczone nietylko bezwodnikiem węglowym, ale i innymi związkami, wytwarzającymi się z węgla kamiennego, jak: amylen, toluylen, anilina, benzyna, fenol itd. Oprócz wyczerpania fizycznego i znacznej nieraz niedokrwistości, warunki powyższe stwarzają stan takiego nadwątlenia układu nerwowego, że bez przesady można mówić o zawodowej nerwicy górników. Na tle tej nerwicy, między innymi objawami, występuje, wskutek nadmiernego i stałego wytężenia mięśni unoszących gałki oczne ku górze, przy pracy w pozycyi leżącej, drżenie gałek ocznych jako objaw znużenia, jako drgawkowy kurcz zawodowy, coś w rodzaju np. kurczu pisarskiego. K. W. Majewski.

Van Schevensteen. **Przypadek wpadnięcia gałki ocznej na tle urazu.** (Bull. de la Soc. Belge d'Opht. Nr 28). Robotnikowi portowemu spadła na głowę deska z wysokości około 5 metrów. Robotnik stracił przytomność i dostał silnego krwotoku z nosa. W kilka dni po tym wy-

padku badanie wykazywało jeszcze silny obrzęk w okolicy rany tłuczonej nad prawym łukiem brwiowym i mimo silnego obrzęku powiek, łatwo dające się zauważyć wpadnięcie gałki ocznej (enophtalmus), które mierzone przyrządem Hertla, wynosiło 4 mm. Ruchomość oka we wszystkich kierunkach prawie zniesiona i w następstwie tego widzenie podwójne. Mierne współśrodkowe zwężenie pola widzenia przy prawidłowej bystrości wzroku i niezmienionej akomodacyi. Nadto stwierdzono upośledzenie czucia w zakresie prawego nerwu nadoczodołowego. Badanie radyograficzne wykazało z wielkiem prawdopodobieństwem złamanie podstawy czaszki w okolicy prawego skrzydła kości klinowej. Nawiązując do tego spostrzeżenia, omawia autor obszernie liczne teorye, dotyczące mechanizmu powstania wpadnięcia gałki ocznej; w swoim przypadku za najprawdopodobniejszą przyczynę wpadnięcia gałki ocznej uważa S. powiększenie jamy oczodołowej wskutek złamania kości.

K. W. Majewski.

Coppez. **Hydrorrhoea nasalis.** (Bull. de la Soc. Belge d'Opht. Nr 27). Przypadek C. dotyczył młodego człowieka, który, zniecierpliwiony nieustannym wypływem cieczy surowiczej z nosa, udał się do jednego z poważnych rynologów, a ten, stwierdziwszy w zatoce klinowej obecność nieprawidłowych wybujałości, wykonał jaknajostrożniej wyskrobanie ostrą łyżeczką wnętrza tej zatoki. Badanie mikroskopowe wydobytych cząstek stwierdziło tkankę śluzowatą, a brak jakichkolwiek składników przysadki mózgowej. Wyciekanie płynu mózgowordzeniowego po wyskrobaniu zupełnie ustało, ale już po kilku godzinach chory popadł w śpiączkę, z której się więcej nie obudził; śmierć nastąpiła po 24 godzinach. K. W. Majewski.

Wendel Reber. **Różniczkowe rozpoznanie chorób oczodołu, zależnych od zmian w sąsiednich zatokach.** (Ophtalmology 1910. Vol. VI. Nr 3). Birch-Hirschfeld podaje, że na 684 przypadków różnych schorzeń oczodołu, 409 było niewątpliwie następstwem spraw zapalnych ostrych lub przewlekłych w sąsiednich zatokach. Już z tego zestawienia widać, jak wielkie znaczenie ze względu na oko należy przypisać wszelkim zmianom chorobowym w bocznych zatokach nosa. Autor rozdziela schorzenia oczodołu z tego źródła pochodzące na takie, które są następstwem ostrych zapaleń ropnych w zatokach i na takie, które towarzyszą sprawom przewlekłym, najczęściej t. zw. śluzowiakom (mucocele). Przeszedłszy kolejno symptomatologię ropowicy oczodołu, ograniczonych zapaleń okostnej ścian oczodołu, dalej zmiany zapalne i zanikowe w nerwie wzrokowym, różne rodzaje przemieszczenia gałki ocznej i upośledzenia ruchomości wskutek porażenia lub niedowładu poszczególnych mięśni ocznych zewnętrznych, kończy autor rzecz opisem własnego spostrzeżenia, odnoszącego się do 50-letnicj kobiety, u której w następstwie lekkiego ropnego zapalenia migdałków powstał zakrzep w zatoce jamistej z wysadzeniem obu gałek ocznych i objawami zastoju żylnego najwyższego stopnia. Przypadek ten zakończył się śmiercią.

K. W. Majewski.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z d. 14 października 1910.

Przewodniczy r. dw. Prof. Wicherkiewicz. Obecnych członków 74.

1) Przewodniczący odczytuje zaproszenie na krajowy Zjazd przemysłowo-balneologiczny, mający się odbyć we Lwowie w dniach 29—31 października.

2) Prym. Dr Borzęcki przedstawia: a) 12-letnią dziewczynkę, cierpiącą na powierzchowną **zgorzel skóry** obu kończyn dolnych; b) przypadek **łuszczycy** i c) przypadek **lichen ruber accuminatus.**

3) Prof. Dr Reiss przedstawia przypadek **strupnia** (favus), usadowionego **na skórze czaszki i łopatki.**

4) Prof. Reiss przedstawiał imieniem własnem i Prof. Krzyształowicza **wyniki leczenia przetworem Ehrlicha „606"** w klinice dermatol. krakowskiej. Prelegent zaznacza, że z powodów niezupełnie od niego zależnych, mógł dosyć późno przystąpić do stosowania metody Ehrlicha-Haty u chorych klinicznych i dlatego, jeżeli już dzisiaj omawia w krótkości dotychczasowe wyniki leczenia i przedstawia szereg metodą tą leczonych chorych, to skłania go do tego jedynie aktualność sprawy i żywe zainteresowanie szerokich kół lekarskich. Prelegent zastrzega sobie jednak w późniejszym czasie sprawozdanie, oparte na większym już materyale i z wnioskami, opartymi na większem doświadczeniu.

Leczenie i obserwacye leczonych chorych przeprowadzał prelegent wspólnie z kol. Prof. Krzyształowiczem, a materyał dobierano z chorych, znajdujących się w najrozmaitszych fazach zakażenia kiłowego. Obok chorych, dotkniętych wrzodem pierwotnym mniej lub więcej rozwiniętym, leczono cały szereg chorych z objawami ogólnymi w postaci osutek plamistych i guzkowych, jakoteż chorych, dotkniętych późnymi objawami w kilku odmianach, nie wyłączając także i kiły złośliwej (syphilis maligna). Wszystkich chorych badano bardzo szczegółowo przed rozpoczęciem leczenia w kierunku ewentualnych zaburzeń w narządach wewnętrznych, zwracając szczególną uwagę na serce, płuca i nerki, badano też w każdym przypadku dno oka przed zastosowaniem środka. W każdym przypadku badano też krew w kierunku odczynu Wassermanna przed leczeniem i powtarzano następnie to badanie systematycznie i w stałych, t. j. mniejwięcej dziesięciodniowych odstępach czasu u wszystkich chorych, aby tą drogą uzyskać zupełną ścisłość obserwacyi w kierunku działania przetworu.

Przetwór Ehrlicha stosowano w rozmaitych jego odmianach, HJ, H5, H8 i Hy. Pierwsze odmiany stosowano przeważnie w rozczynach ługu sodowego, ostatnią prawie wyłącznie w rozczynie fizyologicznym soli kuchennej, rozcierając poprzednio przetwór w małej ilości alkoholu etylowego (zwykle 1 cm alkoh. etyl. + 3 ctm Na Cl na dawkę). Dawki normowano zależnie od warunków ustroju, a także zależnie od nasilenia sprawy chorobowej od 0,3 do 0,7; w ostatnim szeregu doświadczeń wstrzykiwano już prawie wyłącznie dawki 0,5—0,6. W pewnym szeregu przypadków powtarzano dawki mniejwięcej po upływie 2 tygodni, normując to postępowanie zawsze wynikiem badania krwi. Wstrzykiwania robiono z początku podskórnie, odstąpiono jednak od tego sposobu z powodu wytwarzania się dosyć bolesnych nacieków, które nie miały wprawdzie skłonności do ropienia, utrzymywały się jednak bardzo długo, sprawiając dosyć silne i uporczywe bole. W ostatnich też doświadczeniach stosowano wyłącznie już wstrzykiwania głębokie (nieco poniżej środka linii, łączącej górny przedni kolec biodrowy z końcem fałdu międzypośladkowego). Dla utrzymania obserwacyi ścisłych nie stosowano u leczonych chorych zupełnie t. zw. leczenia miejscowego, aby wyłączyć działanie środków leczniczych od zewnątrz.

W żadnym z leczonych tą metodą przypadków nie zauważono jakichkolwiek objawów zatrucia, chociażby najlżejszego stopnia; jedyne objawy, jakie spostrzegano, dotyczyły bolów i podniesienia ciepłoty. Bole po wstrzykiwaniach śródmięśniowych bywały wogóle nieznaczne i trwały średnio zaledwo kilka godzin; w całym szeregu przypadków chorzy zupełnie na bole się nie uskarżali, a naciek po wstrzyknięciu bywał tylko nieznaczny. Wahania ciepłoty bywały rozmaite, z reguły spostrzegano podniesienia od 37,5 do 38,5, a w kilku tylko przypadkach dochodziła ciepłota powyżej 39° (u 2 chorych na 25 do 40,2). Pod-

niesienia ciepłoty występowały zazwyczaj już w dniu wstrzyknięcia wieczorem, miały charakter zwolnienia (remisyi) porannej i trwały niezbyt długo (4—6 dni średnio). W większości przypadków spostrzegano trzeciego dnia podniesienie znaczniejsze, pozostające prawdopodobnie w związku z peryodycznie występującym okresem znaczniejszego wessania przetworu.

Działanie nader szybkie przetworu na objawy kliniczne choroby nie da się zaprzeczyć. Jest ono niejednokrotnie tak wybitne, że po upływie 24 godzin zauważano oczyszczenie się wrzodu pierwotnego, znaczne przypłaszczenie się wyniosłych kłykcin, przyklęśnięcie podminowanych brzegów wrzodów kilakowych i t. d., i to po stosunkowo bardzo nieznacznej dawce przetworu (n. p. 0,3—0,4). Działanie to, niemal natychmiastowe, spostrzegać się daje w znacznym szeregu przypadków, jakkolwiek nie zawsze. W każdym jednak razie wpływ leczniczy przetworów na nacieki kiłowe wogóle jest bezwątpienia szybszy, aniżeli zwykliśmy to spostrzegać po pierwszych dawkach rtęci. Wpływ na gruczoły, szczególnie w pierwszych dniach po wstrzyknięciu, bywał niemal w każdym przypadku widoczny; gruczoły malały i miękły, działanie to jednak było ograniczone i dotyczyło tylko początkowego okresu leczenia; po upływie kilku dni polepszenie, raz uzyskane, nie postępowało już dalej. Wysypki plamiste znikały często już po 48 godzinach, jeżeli nie całkowicie, to przynajmniej częściowo. Wysypki guzkowe zaczynały ulegać wessaniu już nazajutrz, pozostawiając po upływie 4—6 dni zaledwie plamy barwikowe. W nielicznych przypadkach przebieg bywał oporniejszy, szczególnie tam, gdzie chodziło o guzki głębsze. We wszystkich niemal przypadkach spostrzegano już w 12—24 godzin po wstrzyknięciu środka t. zw. odczyn Herxheimera, zupełnie podobnie, jak to bywa po pierwszej dawce rtęci. Ma on być zdaniem niektórych autorów zwiastunem szybkiego nawrotu, a Ehrlich w ostatnim swym odczynie wypowiedział zdanie, że odnosić go należy do zbyt małej i niedostatecznej dawki użytego przetworu.

Bardzo dodatnie i szybkie działanie spostrzegano w przypadkach kiły złośliwej, szczególnie u chorej z kilakowem zajęciem krtani, gdzie po leczeniu rtęcią występowało stale pogorszenie i natychmiastowy rozpad. U chorej tej już po 0,3 przetworu Ehrlicha wszystkie owrzodzenia zaczęły się oczyszczać, objawy zwężenia i bezgłosu poprawiać, tak, że po ponownem wstrzyknięciu 0,4 po upływie 2 tygodni nacieki w krtani uległy zupełnemu wessaniu. Na szczególną uwagę zasługuje ustąpienie białkomoczu już w 24 godzin po wstrzyknięciu 0,5 przetworu u chorej w okresie drugiej inkubacyi, a u której białkomocz pozostawał niewątpliwie w związku z ogólnem już zakażeniem ustroju.

Nie można pominąć milczeniem także nadzwyczaj szybkiego wpływu środka »606« na zmianę odczynu W. N. B. Odczyn stawał się ujemny niekiedy w 7 dni po zastosowaniu przetworu. W większości badanych przypadków stwierdzano po 10—12 dniach odczyn stale ujemny lub przynajmniej słabo dodatni, lub też udawało się utrzymywać odczyn w dalszym ciągu stale ujemnym tam, gdzie był on ujemnym przed rozpoczęciem leczenia (przypadki wrzodów w okresach wczesnych). W pewnym szeregu przypadków odczyn ujemny stawał się po pewnym czasie znów dodatnim lub też słabo dodatnim, a mianowicie tam, gdzie upłynął już dłuższy czas od pierwszego wstrzyknięcia przetworu (w trzech przypadkach po 18—25 dniach).

Prócz tego należy położyć nacisk również na wpływ ogólnie korzystny, jaki spostrzegano w wielu przypadkach na ogólną ekonomię ustroju, a szczególnie w przypadkach kiły złośliwej. Wejrzenie chorych, apetyt i odżywienie stawało się niewątpliwie lepszem, co na przebieg sprawy chorobowej nie mogło pozostać bez dodatniego wpływu.

Na zapytanie, czy działanie przetworów Ehrlicha przewyższa wogóle działanie rtęci, czy nie, lub też, czy porównywanie wyników leczniczych po tychże lekach pozwala na jakieś pewniejsze wnioski, nie może prelegent dać na razie żadnej odpowiedzi, chociażby ze względu na to, że dawkowanie przetworu »606« nie jest jeszcze zgoła unormowane; musianoby porównywać wyniki, osiągane po pierwszej dawce przetworu »606« z wynikami, jakie zwykle widzimy w analogicznych obrazach chorobowych po podaniu pierwszych dawek rtęci, co jednak w tych warunkach nie jest w zupełności dopuszczalne. Musimy jedynie poprzestać na razie na zaznaczeniu, że przetwór Ehrlicha usuwa zmiany w większości przypadków o wiele szybciej, aniżeli to bywa nawet po silnem zadziałaniu rtęci i wiedzie z reguły szybciej do znikania krętków, jakoteż, że zmienia znacznie szybciej odczyn WNB, aniżeli rtęć i jej połączenia.

Co do nawrotów objawów chorobowych, wiadomo z piśmiennictwa, że zdarzają się one dosyć często, bo nawet częściej, aniżeli po leczeniu rtęcią, szczególniej, jeżeli dawki po upływie pewnego czasu nie powtarzamy. Doświadczenie prelegenta w tym kierunku jest dotychczas za małe, aby mógł oprzeć się na zupełnie pewnych danych, — wśród chorych klinicznych widział już jednak nawrót choroby po upływie trzech tygodni z równoczesną zmianą odczynu W. N. B. z ujemnego na dodatni. Niewiadomo jednak, jakby się sprawa przedstawiała, gdyby dawki przetworu podawano częściej i w pewnych stałych odstępach czasu.

Ze względu na to, że leczenie przetworem Ehrlicha nie wyłącza podawania rtęci, czy to w postaci wcierań, czy też wstrzykiwań, wydaje się już dzisiaj prelegentowi bardzo prawdopodobnem, że może właśnie ideałem leczenia kiły będzie »traitement mixte«, t. j. leczenie arsenem i rtęcią naprzemian, lub też równocześnie. — Czy arsenobenzol potrafi rtęć w zupełności zastąpić, lub też co więcej, czy potrafi ją nawet wyrugować, musimy na razie pozostawić przyszłości. (Następuje przedstawienie całego szeregu chorych, leczonych przetworem Ehrlicha). (Streszczenie własne). (Dok. nast.).

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne d. 6. września 1910 r.

1) Henryk Altkaufer pokazał **dwie torbiele,** które usunął drogą cięcia brzusznego u kobiety 40-letniej. Pierwszy guz przedstawiał często spotykaną skręconą torbiel wielokomorową prawego jajnika; drugi guz przedstawiał się po otwarciu jamy otrzewnej jako torbiel wielkości głowy człowieka, wypełniony był płynem krwistym i starymi skrzepami, nie miał żadnej szypuły, a wydobycie jego sprawiło wrażenie wyjęcia piłki, mieszczącej się prawie zupełnie swobodnie w jamie otrzewnej. Grubość ścianki wynosiła 2—3 mm. Badanie drobnowidowe ścianki tej »wolnej« torbieli wykazało, iż składa się ona z tkanki łącznej i naczyń krwionośnych, t, j. że chodzi o organizujący się skrzep. Co do powstania skrzepu przypuszcza mówca, iż utworzył się on między pętlami jelit w ten sposób, iż wskutek skręcenia torbieli pękło jakieś naczynie na zewnętrznej powierzchni ściany torbieli.

2) Alfred Heiman przedstawił chorą ze **szmerem na błonie bębenkowej.** Szmer ten pochodzi od nieprawidłowo przebiegającej żyły szyjnej (vena jugularis).

3) Feliks Malinowski przedstawił chorą z **pęcherzycą** (pemphigus vegetans).

4) Feliks Malinowski: **Stan obecny i dotychczasowe wyniki własnych doświadczeń z preparatem Ehrlicha 606.** Prelegent do tej pory przeprowadził doświadczenia z przetworem Ehrlicha u 65 chorych. Z tej liczby w okresie pierwszorzędnym u 2, w okresie drugorzędnym (z owrzodzeniami pierwotnemi u niektórych) u 22, w okresie trzeciorzędnym u 13, a oprócz tego jeszcze w 17 przypadkach kiły układu nerwowego, w 6 przypadkach porażenia postępującego i 4 wiądu rdzenia. Wysypki plamiste

znikały w 1 do 5 dni, w jednym przypadku w 10 dni, a grudkowate w 5 do 14 dni, w jednym jednak przypadku dopiero po 3 tygodniach, grudkowate wrzodziejące po 2 przeszło tygodniach. Rozważając działanie »606« na powyższe objawy, dochodzi prelegent do wniosku, że przetwór ten działa na wszystkie drugorzędne objawy bardzo skutecznie i bez wyjątków. Może w żadnych innych przypadkach »606« nie działa tak silnie, jak w okresie trzeciorzędnym, szczególniej przy ciężkich, uporczywych postaciach, często nie poddających się zupełnie dotychczasowemu swoistemu leczeniu. W 5 przypadkach, leczonych do tej pory zupełnie bezskutecznie rtęcią i jodem, miał M. zupełnie dobre, niespodziewane wyniki. Na 17 przypadków kiły mózgu i rdzenia tylko w 3 bardzo zastarzałych, gdzie wystąpiły już zmiany wtórne i gdzie ze względów anatomopatologicznych poprawa była niemożliwą, poprawa ta nie nastąpiła. W pozostałych przypadkach otrzymał M. wyniki albo dobre, albo nawet wprost nieoczekiwane, tembardziej, że wielu z tych chorych leczyło się już przedtem energicznie rtęcią i jodem, lecz bez skutku. Przypadki wiądu rdzenia i porażenia postępującego dawały przeważnie czasową lub w pewnym tylko kierunku występującą poprawę. Nawrotów do tej pory M. nie spostrzegał.

Kozerski ze względu na to, że wygłoszony już został przez poprzedniego mówcę wykład o obecnym stanie **leczenia kiły metodą Ehrlicha**, ogranicza się tylko do wygłoszenia kilku ustępów z obszernej swej pracy w tej sprawie, a mianowicie do zaznaczenia ujemnych stron i cieniów w leczeniu przetworem »Hata 606«. Zwiedzając obecnie kliniki niemieckie, na których stosowano »606«, K. odniósł wrażenie, że w piśmiennictwie dotychczasowem ogłoszone są przeważnie tylko wyniki dodatnie.

W dyskusyi zaznacza Pręgowski, że nie mogąc otrzymać przetworu 606, rozpoczął stosować w szpitalu Jana Bożego, idąc z prądem chwili, leczenie arszenikowe w chorobach, pozostających w związku z kiłą. Gdy w metodzie Ehrlichowskiej chodzi o doraźne nasycanie ustroju arsenem, tutaj chodzi o nasycanie powolne drogą stopniowego zwiększania dawki, począwszy od najmniejszej. — Rzętkowski omawia w zarysie podstawy tak zwanej »chemoterapii«, wyjaśniając znaczenie »tropii« w »organotropii« i »parasytotropii«, oraz stosunek seroterapii do chemotropii. Rzętkowski podziela w zupełności zdanie Kozerskiego, co do ostrożnego traktowania danych o skuteczności »606« w bieżącem piśmiennictwie lekarskiem, niemniej przeto ostrzega przed zbyt wygórowanym apriorystycznym krytycyzmem, który mógłby zaszkodzić rozwojowi idei chemoterapii u nas ze szkodą dla nauki i cierpiących chorych. — Stanisław Kopczyński porusza pytanie, w jakich przypadkach przymiotu mózgowo-rdzeniowego wypróbowywać należy nowy przetwór i dochodzi do wniosku, iż tylko w postaci oponowej i kilakowej. — Fidler (z Radomia), opierając się na dotychczasowem piśmiennictwie, zaznacza, że nie pozwala ono wysnuwać wniosków pesymistycznych. Gdybyśmy ferowali wyroki na zasadzie tylko ujemnych stron działania pewnych lekarstw, to musielibyśmy wyrugować większość środków z naszego arsenału lekarskiego. Następnie podkreśla F., że gdy rtęć i jod, które odgrywają tak wielką rolę w leczeniu kiły, odkryte zostały drogą empiryczną, to przetwór »606« zawdzięczamy wspaniałej koncepcyi Ehrlicha, dzięki której po kilkunastoletniej mozolnej pracy doświadczalnej udało się przygotować środek, dający tak znakomite wyniki. — Alfred Sokołowski zaznacza, że środek »606« stanowi wielki postęp w leczeniu przymiotu i zasługuje na jak najszersze zastosowanie. Z punktu widzenia społecznego może on mieć w przyszłości wielkie znaczenie dla nas, gdyż skraca znacznie szereg dni szpitalnych, co jest wielką wygraną przy braku u nas szpitali. Tadeusz Wilczyński.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Sekcya neurologiczno-psychiatryczna.

Posiedzenie z d. 14. września 1909 r.

(Sala szpitala małż. Poznańskich).

(Dokończenie).

5) Kol. Kopciński przedstawia przypadek **psychozy pourazowej.** Fr. S., 16 lat mający, robotnik fabryczny, przybył do szpitala w Kochanówce 9. lipca 1909 r. Na tydzień przed przybyciem w bójce z kolegami został chory uderzony tępem narzędziem w głowę, o czem świadczyła rana, długości 2 ctm, w okolicy ciemieniowej. Bezpośrednio po pobiciu wystąpiły krótkotrwałe wymioty i ból głowy, a w 2 dni objawy psychiczne; depresya przy znacznem podnieceniu ruchowem. Dziedzicznego obarczenia w prostej linii niema; czy nie było w bocznej, dowiedzieć się nie było można. Sam chory okazuje fizyczne oznaki zwyrodnienia: duże uszy, twarz asymetryczna, stopy w stosunku do tułowia zbyt wielkie, 3-ci i 4-ty palec obydwu nóg zrośnięte. Ze strony somatycznej zwraca uwagę stale występująca nieregularność tętna; prócz tego czasami występująca zmienność szerokości źrenic i bolesność punktów histerorodnych, która się zjawiła dopiero z biegiem choroby. Co się tyczy sfery psychicznej, to z początku był ciągły niepokój ruchowy przy przygnębionem usposobieniu; oryentacya i świadomość były najzupełniej zachowane. Z biegiem zaś choroby świadomość stawała się coraz więcej przyćmioną, oryentacya — niezupełną. Do tego dołączyło się nadzwyczajne rozprószenie uwagi, a niepokój ruchowy przeszedł w znaczne zahamowanie procesów ruchowych. Chory sprawiał wrażenie zapatrzonego i zamyślonego o czemś, co zajmowało jego psychikę. Przytem chory, będąc przeważnie przygnębionym, miewał częste wybuchy bezpodstawnej wesołości. Bywały chwilami omamy (głos matki wzywał go), jak również bredzenia prześladowcze (mają go zabić) lub zupełnie fantastyczne (ma w brzuchu koty, które tam dokazują). — Mając na względzie bezpośrednie wystąpienie psychozy po urazie, a również przewlekłe zahamowanie procesów ruchowych, nadzwyczajne rozprószenie uwagi, zmienność nastroju i postępujące przyćmienie świadomości przy bolesności punktów histerorodnych — możemy dane cierpienie określić jako pourazowe. Przypisać je należy przeważnie urazowi psychicznemu, który znalazł podatny grunt u zwyrodniałego osobnika. — Rokowanie w danym przypadku skłaniaćby się powinno ku dobremu. (Streszczenie własne).

Dyskusya: Kol. Pański próbuje wywołać afekt przy uciskaniu na bliznę po urazie; szybkość tętna u chorego zmienia się przytem. P. zaznacza, iż należy wyłączyć najprzód organiczne cierpienie mózgu wskutek urazu, jak również zwraca uwagę, że objawy psychiczne chorego nie zawierają w sobie tematu samego urazu. — Kol. Kopciński: Objawów, któreby wyraźnie wskazywały na organiczne cierpienie, zupełnie niema. W mowę swą chory nie wplata tematu urazowego, ale wogóle mówi on bardzo mało, czy jednak w myślach jego uraz nie gra roli, to oczywiście jeszcze pytanie.

6) Kol. Klozenberg przedstawia chorą z **porażeniem mięśni grupy strzałkowej** prawej kończyny dolnej. U chorej dla usunięcia raka dokonał kol. Goldman resekcyi obojczykowo-łopatkowo-barkowej. Po upływie kilku miesięcy wystąpiły objawy porażenia we wspomnianej grupie. Kol. Klozenberg przypuszcza przerzut nowotworu w przebiegu górnej części nerwu kulszowego.

Dyskusya: Kol. Goldman przedstawia usunięty w tym przypadku drogą operacyi guz złośliwy (rak), który przerastał splot ramieniowy. — Kol. Pański: Można tutaj przypuszczać przerzut w miednicy, ewentualnie nowotwór gruczołu, jak również zatrucie toksynami nowotworowemi. Przy sprawach toksycznych: gorączkach połogowych, no-

wotworach, mogą być porażenia pni, najwięcej poddających się działaniu toksyn. — Kol. Goldman: Ogólny stan chorej po 2 miesiącach cierpienia nie pogarsza się. Gdyby był nowotwór gruczołu, toby się gruczoł rozrastał i uciskał nie na jeden jedyny pień. Te względy każą szukać przyczyny porażenia gdzieindziej. Przy operacyi nakładał G. chorej na nogi rzemień z klamrami dla unieruchomienia ich; czy ucisk rzemienia nie mógł wywołać danych objawów? — Kol. Klozenberg: Takie rzeczy zdarzają się wprawdzie, jednak w danym przypadku sprawa ma się inaczej. Gdy K. w połowie sierpnia r. b. badał chorą, nie było mowy o bolach; zjawiły się one dopiero później. To pozwala wyłączyć jako przyczynę nałożenie rzemienia w czasie operacyi.

7. Kol. Justman przedstawia przypadek **psychozy z objawami katatonicznymi.** J. G., lat 17, od 4 tygodni przestała mówić; siedzi cały dzień zgarbiona na brzegu łóżka; jada tylko bułkę, i to wtedy, kiedy nikt obcy nie widzi. Kładzie się i wstaje jednocześnie z rodzicami, myje się i ubiera sama, wychodzi za potrzebą bardzo wcześnie, kiedy po drodze nikogo nie spotka. Okresy podobne miewała kilka razy; przechodziły albo po pobycie na wsi, lub bez widocznej przyczyny. Przedmiotowo obraz negatywizmu; postawę raz zajętą utrzymuje chora pomimo usiłowań wyprowadzenia z niej, na pytania nie odpowiada, oryentuje się jednak co do osób, czasu i miejsca. Zmuszona do chodzenia, stawia wyprężonemi nogami małe kroki; posadzić ją potem znów jest trudno z powodu stawianego oporu. Rozpoznanie zdaje się niezupełnie pewne; nasuwa się przypuszczenie histeryi. (Streszczenie własne).

Dyskusya: Kol. Pański zwraca uwagę, że znajdował u chorej bolesność kręgów i bolesność w okolicy jajników.

8. Przewodniczący zawiadamia, iż naczelny lekarz szpitala im. Małżonków Poznańskich ofiaruje na posiedzenia sekcyi psychiatryczno-neurologicznej salę konferencyjną tegoż szpitala. Sekcya uchwala przyjąć propozycyę odbywania swych posiedzeń w pomienionej sali i poleca przewodniczącemu złożyć w imieniu sekcyi podziękowanie naczelnemu lekarzowi szpitala im. Poznańskich.

Dyspensatorya dla gruźliczych we Francyi a w szczególności w Lille.

Podał

Dr Jan Nowaczyński.

Pierwsza myśl założenia dyspensatoryów dla chorych gruźliczych powstała na międzynarodowym Zjeździe w sprawie gruźlicy w Londynie w r. 1901, który to Zjazd, na wniosek Calmettea, poparty przez innych uczonych francuskich, zwrócił uwagę władz na konieczność tworzenia instytucyi, mających na celu zwalczanie gruźlicy wśród ludności, głównie w miastach, gdzie gruźlica szerzy się przedewszystkiem, a to przez udzielanie pomocy chorym, dla których leczenie w sanatoryach jest niedostępne.

Pierwsze takie instytucye, którym nadano nazwę dyspensatoryów, założono we Francyi, a na wzór ich powstały wkrótce inne w różnych krajach Europy; wszystkie zmierzają do jednego i tego samego celu, t. j. do powstrzymania gruźlicy w jej pochodzie, szerzącym tak straszne spustoszenia.

Zadaniem dyspensatoryów nie jest wcale leczenie chorych, lecz głównie i wyłącznie profilaktyka społeczna. Stąd też inna nazwa, jaką im się często nadaje — to prewentoryum. Do osiągnięcia zaś swego celu dążą one przez udzielanie częstych porad lekarskich tym, którzy z braku środków materyalnych lub z powodu swego zawodu najbardziej narażeni są na zakażenie gruźlicze, jakoteż tym, którzy są już gruźlicą dotknięci, dalej przez asanacyę ich mieszkań zapomocą częstych odkażań, rozdzielanie spluwaczek kieszonkowych, oraz środków odkażających, bezpłatne pranie bielizny, ułatwianie dostępu do sanatoryów chorym nadającym się do leczenia, oraz opiekowanie się nimi po opuszczeniu sanatoryów, oddawanie do szpitali lub domów izolacyjnych tych, którzy są niebezpieczni dla otoczenia, lub potrzebują odpowiedniej opieki, staranie się dla nich o pomoc materyalną w biurach dobroczynności, kasach chorych i t. p., w końcu usuwanie dzieci rodziców gruźliczych z ich otoczenia i umieszczanie ich na wsi. W ten sposób dyspensatoryum jest niejako biurem, gdzie rekrutują się kandydaci do sanatoryów, kolonii szkolnych, szpitali, jest też jednakże zarazem i szkołą praktyczną higieny, a najnowsze postępy nauki w zakresie etyologii oraz dyagnostyki gruźlicy zapewniają tej instytucyi pierwsze miejsce oraz główne znaczenie w walce społecznej przeciwgruźliczej. Oto zakres działania instytucyi, jak widzimy dość obszerny, a zarazem i dość złożony.

Mimo to wszystko dyspensatoryum nie wymaga wcale kosztownego wyposażenia; lokal prosty, zaopatrzony w najpotrzebniejsze urządzenia do badania klinicznego, odkażania mieszkań i prania bielizny, wystarcza najzupełniej. Personal może się ograniczać do jednego lub dwu lekarzy, oraz takiej samej liczby t. zw. wywiadowców (enqueteurs), t. j. ludzi, którzy spełniają niejako czynności instruktorów chorych, szukających pomocy.

Do obowiązków lekarza, który powinien być zarówno dobrym klinicystą, jakoteż i higienistą, należy przedewszystkiem badanie kliniczne chorych, określanie rodzaju pomocy, jakiej chory potrzebuje, oraz udzielanie im właściwych wskazówek, tyczących się leczenia; prócz tego ma jeszcze lekarz do spełnienia zadanie społeczne, polegające na organizowaniu profilaktyki przeciwgruźliczej wśród rodzin oraz szczególnie przez opiekowanie się dziećmi rodziców gruźliczych. Bo któż, jak nie lekarz, może pierwszy spostrzedz grożące niebezpieczeństwo, a przez zastosowanie odpowiednich środków stłumić je w zarodku[1]).

Drudzy, t. zw. wywiadowcy, rekrutujący się najczęściej z samychże robotników, to prawdziwi monitorzy higieny, oraz instruktorowie ludu; oni to zaglądają okresowo do mieszkań robotniczych, badając ich stan, odwiedzają chorych, wogóle pozostają z nimi w ciągłych stosunkach, znają też ich braki, potrzeby, sposób życia i t. p.; oni objaśniają im sposób użycia środków, służących do odkażania, spluwaczek, tłómaczą im, jakiem niebezpieczeństwem grozi plwocina gruźlicza, używanie napojów wyskokowych itp.; słowa ich i rady, chętnie przez chorych przyjmowane, jak doświadczenie wykazuje, nie pozostają bez echa.

Ta organizacya techniczna dyspensatoryum jest ważniejsza, niż sprawa lokalu; w Lille np. koszta budowy oraz urządzenia dyspensatoryum wynosiły 36.000 franków, nie licząc gruntu, darowanego przez gminę. Dyspensatoryum w Lille, zwane tutaj prewentoryum imienia Roux, założone zostało dzięki staraniom Calmettea jedno z pierwszych (w 1901 r.); służyło też za wzór innym, które później powstawały; działa zaś wzorowo; sądzę też, że nie będzie od rzeczy opisać jego urządzenia oraz sposób działania.

Dyspensatoryum w Lille obejmuje: poczekalnię, dwa pokoje, przeznaczone do badania klinicznego chorych, ciemnię dla laryngoskopii, pokój dla wywiadowcy, wreszcie pralnię mechaniczną, zaopatrzoną w przyrządy, potrzebne do szybkiego odkażania oraz prania bielizny. Ubikacye odkaża się okresowo zapomocą zmywań rozczynem lizolu i chlorku wapnia.

Porady lekarskiej udziela się cztery razy tygodniowo

[1]) Wspomnieć tu muszę, iż dzieci poddaje się okresowo, co pół roku, badaniom w kierunku gruźlicy zapomocą najnowszych metod rozpoznawczych t. j. odczynu skórnego lub ocznego (cuti i ophthalmo-réaction).

w godzinach popołudniowych tylko chorym prawdziwie ubogim. Chorego, który zgłasza się poraz pierwszy, zapisuje wywiadowca do dziennika, daje mu bilet z odpowiednią liczbą porządkową, oraz oznacza dzień, kiedy chory ma zgłosić się do badania; prócz tego każdy świeżo przybywający otrzymuje słoik na plwocinę; od jej rozbioru bakteryologicznego bowiem zaczyna się właściwe badanie lekarskie.

W dniu oznaczonym bada lekarz chorego, w badaniu swem uwzględniając: dziedziczność, wymiary klatki piersiowej, ciężar ciała, zmiany w płucach, które zapisuje graficznie, stan innych narządów, wreszcie laryngoskopię, jeśli zachodzi potrzeba; wywiady, dostarczone przez chorego, oraz zmiany znalezione, zapisuje się na osobnych arkuszach, co stanowi t. zw. »enquête médicale«. Jeśli zgłaszający okaże się chorym, lekarz poucza go o jego stanie i udziela mu wskazówek, tyczących się leczenia, wreszcie dając mu spluwaczkę kieszonkową, litr rozczynu lizolu oraz broszurę drukowaną, zawierającą wskazówki i zasady higieniczne, jakich trzymać się powinien, naznacza dzień następnej porady.

Następnie przechodzi jeszcze chory przez ręce wywiadowcy, któremu udziela dokładnych szczegółów, odnoszących się do wieku, zawodu, rodzaju pracy, zarobku, mieszkania, odżywiania się, stosunków rodzinnych oraz higienicznych, wreszcie choroby ze wszystkimi szczegółami; wszystko to zapisuje wywiadowca skrzętnie na osobnych blankietach drukowanych, i to stanowi t. zw. »enquête ouvrière«.

Na podstawie tych wiadomości, uzupełnionych wynikami, dostarczonymi przez badanie lekarskie, rozstrzyga wreszcie lekarz w dniu następnej porady, jakie środki powinien chory zastosować w celu ewentualnego powstrzymania rozwoju choroby, niszczącej jego ustrój, wreszcie określa rodzaj pomocy, jakiej może mu dyspensatoryum udzielić.

Dyspensatoryum bowiem w Lille, posiadając zasoby pieniężne, spieszy z pomocą materyalną ubogim chorym w różny sposób; i tak, za jednych opłaca czynsz mieszkania, innych znów żywi bezpłatnie, rozdzielając im codziennie pewną ilość mleka oraz jaja; dawniej rozdawano też mięso i chleb, zapomocą kwitów, wydawanych miesięcznie, które następnie chorzy wymieniali na pożywienie w kuchniach ludowych, mając w ten sposób zapewnione utrzymanie na szereg dni. Z pierwszego rodzaju pomocy, t. j. z opłaty czynszu, korzysta stosunkowo niewielka liczba ubogich chorych, średnio 10—15 miesięcznie; są to przeważnie ci, którzy mieszkając daleko, nie mogą zgłaszać się codziennie po żywność; liczba drugich jest znacznie większa, wydatki też dosięgają znaczniejszych sum.

Jak wspomniałem, istnieje w zabudowaniach dyspensatoryum pralnia mechaniczna, pozwalająca na odkażanie bielizny chorych. Zważywszy bowiem, jakie niebezpieczeństwo zakażenia przedstawia bielizna chorego gruźliczego, nawet tego, który używa spluwaczek, tak dla najbliższego otoczenia, jeśli pozostaje przez dłuższy czas gdzieś w kącie mieszkania, jako też i dla praczek, które, przerzucając tę bieliznę, rozsiewają wysuszone i jadowite zarazki, — łatwo zrozumieć, jakie dobrodziejstwo wyświadcza dyspensatoryum rodzinom ubogich chorych, podejmując się odkażania ich bielizny, oraz jak doniosły jest ten rodzaj pomocy dla ludności z punktu profilaktyki. Personal, zajmujący się wyłącznie praniem bielizny, składa się z dwu kobiet, zatrudnionych przez trzy dni w tygodniu; co wtorek pewna liczba rodzin, korzystających z tego rodzaju pomocy, przynosi brudną bieliznę chorego w workach płóciennych, wyłącznie do tego celu przygotowanych i oznaczonych odpowiednią liczbą; bieliznę tę odkaża się najpierw lizolem, następnie pierze się w kotle mechanicznie poruszanym, co zajmuje dwa dni czasu, wreszcie suszy w osobnych suszarniach, składa i oddaje do użytku właścicieli, zapakowaną w worku, również odkażonym i czystym.

Inne rodzaje pomocy, udzielanej przez dyspensatoryum, są następujące: Począwszy od roku 1905 wysyła dyspensatoryum co roku pewną liczbę chorych, którzy nadają się do leczenia, do sanatoryum w Montigny-en-Ostrevent, zbudowanym przez Ligę przeciwgruźliczą północnej Francyi, oraz pokrywa połowę kosztów ich leczenia i utrzymania; resztę kosztów opłaca albo gmina, lub departament lub też inne instytucye dobroczynne.

Nieco kłopotów sprawia odkażanie mieszkań. Ponieważ we Francyi dotąd jeszcze niema obowiązkowego odkażania mieszkań po śmierci chorego na gruźlicę, dyspensatoryum stara się choć w części zaradzić złemu przez to, iż o każdym przypadku śmierci swego chorego donosi do odpowiednich władz administracyjnych, które wspierając w tym względzie dyspensatoryum, zarządzają odkażenie mieszkania. Prócz tego stara się dyspensatoryum zwalczać brud i nieczystość mieszkań robotniczych, nie tyle przez ich odkażanie w ścisłem słowa znaczeniu, co nie zawsze da się przeprowadzić, ile przez zwyczajne oczyszczenie ubikacyi mieszkalnych oraz sprzętów używanych przez chorego zapomocą zmywań rozczynem chlorku wapnia. Od czasu do czasu odwiedza funkcyonaryusz dyspensatoryum mieszkania chorych i, jeśli zachodzi potrzeba, dokonywa odkażania w powyższy sposób; prócz tego rozdaje się też rodzinom chorym pewne ilości rozczynu chlorku wapnia z poleceniem częstego jego używania.

Oto dobrodziejstwa, jakie dyspensatoryum świadczy ubogim chorym; wszystko to zmierza do tego, by chorych niejako przyciągnąć do dyspensatoryum, oraz zatrzymać w swej opiece, stwierdzono bowiem, że dyspensatorya, które chorym nie dają żadnej pomocy materyalnej prócz porad lekarskich, tracą w krótkim czasie swą klientelę; toteż, wychodząc ze stanowiska, że walka przeciwgruźlicza nie odnosi skutku, jeśli instytucya nie pozostaje w ciągłym stosunku z chorymi, a stosunku tego nie podtrzymuje przez udzielanie pomocy materyalnej, każde dyspensatoryum powinno uwzględniać prócz strony lekarskiej, także i stronę materyalną i spieszyć z pomocą chorym; a jeśli instytucya z powodu braku funduszów nie może sobie pozwolić na duże wydatki, czyto na żywienie chorych, czy na opłacanie mieszkań, niech przynajmniej zapewni im odkażanie oraz pranie bielizny.

Tak przedstawia się w ogólnym zarysie działalność dyspensatoryów, w szczególności w Lille; do celu wytkniętego dąży ono stale i niestrudzenie, a jakie zbiera plony swej pracy i jaką cieszy się wziętością, nie trudno odgadnąć.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Uwagi nad przedłożeniem rządowem w sprawie t. zw. dentystów

podał

Dr Edward Szalit.

Nowy projekt — nowe zamieszanie. Czyż moglibyśmy się czego innego spodziewać? Wszak oddawna przyzwyczajeni jesteśmy w Austryi do tak dziwacznych i chaotycznych projektów, układanych przy zielonym stoliku bez znajomości faktycznych stosunków, że nie dziwić się, ale raczej ubolewać nam wypada, iż tyle aż czasu trzeba było na stworzenie takiego pomysłu. Skoro w innych dziedzinach naszego życia społecznego pojawiają się »najniemożliwsze możliwości«, dlaczegożby właśnie lekarscy przedstawiciele zawodu dentystycznego mieli liczyć na inne załatwienie gniotącej ich od lat wielu t. zw. »kwestyi dentystycznej«. Zbyt wielką sympatyą »u góry« nie cieszyli się nigdy lekarze, jak tego choćby w ostatnich czasach dowodzi sprawa kas chorych, zrozumiałem więc jest, że i najnowszy projekt dentystyczny przychylny dla lekarzy być nie może.

Od lat wielu wre zacięta walka między lekarzami a technikami, domagającymi się przyznania uprawnień lekarskich, które, nawiasem mówiąc, już i tak posiadają wbrew istniejącym przepisom ustawy karnej o partactwie lecznicze m. A bezradny rząd przypatruje się tej walce i nie wie, po czyjej ma stanąć stronie. Po długim wreszcie namyśle zdecydował się wystąpić przeciw lekarzom i w tem dopatrzeć się należy przewodniej idei całego przedłożenia rządowego w sprawie dentystów. Nowy projekt — jakby kość rzucona między dwie walczące strony — powołuje do udziału w tej rzekomej biesiadzie jeszcze trzeciego gościa, który dziś, choć skromny i niepokaźny, ma z czasem wyrugować dwóch innych posiadaczy i objąć po nich całą spuściznę. Dla usunięcia bowiem raz na zawsze z porządku dziennego t. zw. »kwestyi dentystycznej«, postanowił rząd stworzyć nową kategoryę osób, zajmujących się tą gałęzią lecznictwa i przyznać im dla odróżnienia od lekarzy-dentystów i techników dentystycznych wprawdzie dość skromny tylko tytuł »dentystów«, ale przelać natomiast na nich prawa, które dotychczas w Austryi tylko dyplomowanym lekarzom przysługiwały.

Program nauki dla tych najmłodszych adeptów miałby być następujący: po ukończeniu niższej szkoły średniej — dwuletnia praktyka u lekarza-dentysty lub technika dentysty, następnie trzyletnie studya teoretyczno-praktyczne w Wydziałach lekarskich uniwersytetów lub osobnych szkołach dentystycznych, w końcu egzamin i nadanie dyplomu, uprawniające po jednorocznej praktyce do wykonywania wszelkich zabiegów lekarskich, nie wyłączając także uśpienia.

Zanim się wdamy w szczegółowszą krytykę i ocenę nowego projektu, już z góry powinniśmy zaznaczyć, że dopatrujemy się w nim aktu wrogiego i godzącego w najżywotniejsze interesa lekarzy, — kroku, który z czasem samej władzy nie mało kłopotów przysporzyć może, gdyż powołuje do życia stan trzeci, tak, że zamiast dwóch stron walczących, będziemy ich mieć według projektu aż trzy.

Już sam tytuł, projektowany dla tego trzeciego stanu, wywołać musi zdziwienie i zamieszanie u szukającej porady publiczności, gdyż oznacza nową kategoryę ludzi, zajmujących się dentystyką, a nie będących ani lekarzami, ani technikami, ale stanowiących jakiś nieokreślony »rodzaj trzeci« o prawach, przysługujących wyłącznie doktorom medycyny.

Co właściwie skłoniło miarodajne czynniki do wniesienia tego przedłożenia? Czy może obawa, że z czasem zabraknąć może lekarzy, którzyby się tej gałęzi medycyny poświęcili? Mamy pod tym względem poważne wątpliwości. Wszak i rządowi chyba wiadomo, że liczba lekarzy zajmujących się obecnie wyłącznie dentystyką, jest tak wielka, iż wszelka obawa, by ich zabraknąć mogło w przyszłości i by musiano się z tego powodu uciec do stworzenia stanu trzeciego, jest zupełnie nieuzasadniona. Naszem zdaniem chodziło rządowi tylko o wydanie postanowień przejściowych dla »praktykujących« obecnie techników, któreby z czasem w ich ręce wydały całą praktykę dentystyczną.

O ile z jednej strony niechęć i nieprzychylne odnoszenie się do lekarzy skłoniły ministerstwo do przedłożenia tego projektu, o tyle znów z drugiej strony zrodził go brak choćby zasadniczych wiadomości o dentystyce, czem ona właściwie jest i jakie są jej zadania. Od naszych władz zaś, które czują się uprawnione nawet do wywołania przewrotu w dotychczasowej organizacyi całej medycyny, mamy prawo żądać jasno sformułowanej odpowiedzi na pytanie, czy dentystyka jest gałęzią medycyny, czy też nie. Najwybitniejsze osobistości na polu medycyny, najwyższe nasze korporacye lekarskie już niejednokrotnie ścisłą i niedwuznaczną dały pod tym względem odpowiedź i tej opinii nawet rządowi ignorować nie wolno.

Dentystyka jest częścią chirurgii*), od której w ostatnich czasach w praktyce się odzieliła. Zajmuje się ona zachowaniem schorzałych wskutek próchnienia zębów przez wypełnianie (plombowanie) powstałych ubytków, a także i w tych przypadkach, gdy próchnienie w swym dalszym rozwoju wywołało już zapalenie silnie unaczynionej i unerwionej miazgi, lub gdy ta miazga uległa zakażeniu i rozpadowi, lub nastąpiło zakażenie okostnej i dało powód do wytworzenia się ropnia, a nawet przetoki, — udaje się dzięki antyseptyce i racyonalnemu leczeniu zęby takie zachować i przywrócić im czynność prawidłową. Przy zużytkowaniu zdobyczy chirurgicznych potrafi dentystyka zachować zęby, nadwerężone wskutek okaleczeń lub wyjęte z powodu stanów zapalnych napowrót przeszczepić (replantacya), a w tych przypadkach, gdzie czyto przez uraz, czy wskutek próchnienia korona uległa zniszczeniu, użyć można pozostałych korzeni jako filarów dla zębów ćwieczkowych, sztucznych koron lub robót mostkowych. A że wyrywanie zębów jest zabiegiem chirurgicznym, wymagającym nie brutalnego wysiłku, lecz rozważnego działania, tego chyba dowodzić nie potrzeba. Branie odcisków zapomocą gipsu, potrzebne tak często przy najrozmaitszych manipulacyach, nie jest wcale obojętnem. Przy nieumiejętnem stosowaniu tego zabiegu powstać mogą bardzo przykre następstwa dla chorego. Często przydarzające się uporczywe nerwobole twarzy, choroby uszne lub oczne, mające swe źródło w chorobach zębów, niektóre choroby przemiany materyi wywołujące poważne zmiany w jamie ustnej, utrudnione wyrzynanie się zębów mądrości, zapalenie jam szczękowych i t. p., to wszystko są choroby, którym łatwo zapobiedz może na czas przedsięwzięty przez lekarza-dentystę odpowiedni zabieg. Choroby jamy ustnej, któremi właściwie żaden lekarz specyalnie się nie zajmował, stały się obecnie polem działania dla dentystów. W zakres dentystyki wchodzą również tego rodzaju zabiegi chirurgiczne, jak antrotomia (przy ropieniu w jamie szczękowej), resekcya szczytów korzeni, leczenie złamań kości szczęki i t. d.

W ostatnich latach rozwinęła się nowa specyalność, mianowicie ortopedya dentystyczna czyli ortodoncya. Ta najmłodsza gałąź dentystyki wymaga dokładnej znajomości anatomii i fizyologii całego narządu żucia, ścisłego oryentowania się w zużytkowaniu sił fizycznych ze względu na właściwości stawu żuchwowego, kości szczęki, części miękkich i zębów, a wreszcie zbadania konstytucyi chorego.

»W dentystyce nie sama tylko technika jest jej uosobieniem i ostatecznym wyrazem i wystrzegać się należy zbytniego przeceniania techniki. Dentystyka osiągnąć może swe najwyższe i ostateczne zadania tylko na gruncie ściśle naukowym. Ani zręczność, ani mechaniczno-techniczna rutyna, lecz tylko metodyczno-naukowe myślenie, ścisłe badania i niezmordowane zagłębianie się w istotę zjawisk mogą dentystykę poprowadzić do tej wyżyny, na której odpowiednio do swego znaczenia stać powinna« **).

Starałem się przynajmniej w ogólnych zarysach przedstawić dzisiejsze zadania i zdobycze dentystyki i wykazać, że jest ona gałęzią medycyny, której sztucznie oderwać od pnia macierzystego niepodobna. A okoliczność, że w tej właśnie dziedzinie pracują także technicy, ludzie, którzy niczem innem nie są, jak zwykłymi rękodzielnikami, bynajmniej nie odbiera dentystyce prawa przynależności do medycyny. Wszak i w innych gałęziach medycyny pracują siły pomocnicze, jak felczerzy, pielęgnujący chorych i wykonujący niektóre zabiegi lecznicze, dalej robotnicy, zajęci przy wyrabianiu najrozmaitszych przyrządów ortopedycznych, położne, którym przecież bardzo ważna czynność została poruczona, a przecież nikomu na myśl nie przyjdzie przyznać tym ludziom prawa lekarzy.

W przedłożeniu rządowem, godzącem w najżywotniejsze interesy lekarzy, widać także typową bezradność, która zawsze cechowała nasze rządy. Pocóż potrzebne było zakładanie klinik dentystycznych i utrzymanie profesorów, pocóż wprowadzono dentystykę do programu naukowego wszechnic, jako przedmiot obowiązkowy, jeżeli dentystyka — jak to zdaje się rząd pojmować — nie jest gałęzią medycyny. Jeżeli zaś i władza jest jednego z nami zdania, to nie powinna dla pewnej gałęzi medycyny stwarzać wyjątkowych stosunków tylko dlatego, ponieważ istnieje w Austryi kilkuset techników, którzy tego żądają. Przecież tak naiwnym rząd nie jest, by przypuszczał, że znajdzie się w Austryi dyplomowany lekarz, który w przyszłości zechce się oddać dentystyce. Chyba nikt nie będzie chciał poświęcać czasu, pracy i pieniędzy, by stać się potem kolegą tego, któremu rząd pomimo minimalnego tak ogólnego, jak i specyalnego wykształcenia ustawowo tesame zabezpieczył prawa. A dodać musimy, że nigdzie nie spotykamy się z podobnym przykładem, by istnieli członkowie jednego i tego samego zawodu o różnem przygotowaniu i różnych kwalifikacyach, a tych samych prawach. W konsekwencyi projektu rządowego o dentystach powinienby także w innych zawodach nastąpić podział i już dzisiaj pozwalamy sobie podsunąć myśl, by założono niższą szkołę prawniczą dla pisarzy pokątnych, którzyby w ten sposób w 24. roku życia mogli uzyskać pełne prawa adwokatów.

Krzyk, podnoszony przez techników dentystycznych, że byt ich jest zagrożony przez lekarzy, jest sztuczny i nieuzasadniony, gdyż materyalnie mają się technicy dentystyczni dobrze, a niejednokrotnie lepiej, niż lekarze. A choćby nigdy do samo-

*) W Portugalii i niektórych Stanach Ameryki po dziś dzień mają dentyści tytuł »doktorów chirurgii dentystycznej«.

**) Pfaff. Die Zahnheilkunde in ihren Beziehungen zu den Naturwissenschaften und der Medizin. 1910.

dzielności dojść nie mieli i pomocnikami lekarzy stale pozostali, to i tak śmiercią głodową nie zginą. Wszak dzisiejsza płaca techników, nawet po małych miastach, jest bardzo wysoka, a w każdym razie nieporównanie wyższa, niż płaca innych robotników. Nie należy zaś zapominać, że w 95% przypadków nie mają technicy żadnych studyów i żadnego wykształcenia, że rekrutują się z najrozmaitszych zawodów, jak golarzy, złotników, pisarzy, lub pomocników handlowych, którzy do tych zawodów bądź nie nadawali się, bądź nie chcieli przy nich zostać i że praca ich jest lekką, nie wymagającą zbytniego wysiłku, trwającą 6—7 godzin dziennie, a zato wynagradzaną wprost znakomicie. Takichto »męczenników« bierze rząd w obronę przed lekarzami i otacza ich opieką prawdziwie ojcowską.

Jeżeli tylko obawa przed technikami lub chęć pozbycia się kłopotu była przyczyną nowego przedłożenia rządowego, w takim razie na krok taki wobec lekarzy i całej medycyny nie byłoby nazwy.

Wzorowanie się na urządzeniach obcych jest pochwały godne, ale wybierać należy to, co jest dobre, a nie stwarzać karykatury obcych urządzeń. Za przykład posłużyły rządowi przedewszystkiem Niemcy; ale niechże powołane czynniki od swych przyszłych pupilów zażądają, jak w Niemczech, ukończenia całej szkoły średniej i złożenia egzaminu dojrzałości, a wtedy zobaczymy, ilu młodych ludzi, mając takie studya przygotowawcze, zadowolni się nic nie znaczącym tytułem »dentystów«. Dodać należy, że w niektórych państwach, przedewszystkiem zaś we Francyi, objawia się dziś dążność, by dentyści byli »zupełnymi lekarzami« (Vollarzt).

Jest faktycznie ironią, że dopiero obywatele państwa przypominać muszą rządowi, że i jego obowiązkiem jest poszanowanie ustaw. Gdyby o tem rząd nie zapominał, sam tych ustaw nie łamał i nad niemi do porządku dziennego nie przechodził, nie byłoby dziś w Austryi żadnej walki i żadnej »kwestyi dentystycznej«. Jednakże nie ulega wątpliwości, że wiele zawinili także sami lekarze. Dopuszczanie techników do wykonywania zabiegów lekarskich, wyręczanie się nimi już to z egoizmu, już też w tym niepięknym celu, by zatrzymać wszystkich zgłaszających się chorych i nie utracić ich na rzecz innych kolegów, srodze się teraz mści.

Projekt rządowy przedłożony został Izbom i Wydziałom lekarskim uniwersytetów austryackich pod opinię. Nie przesądzamy stanowiska, jakie w tej sprawie zajmą te najwyższe nasze korporacye, ale też ani na chwilę wątpić nie możemy, że Wydziały lekarskie nie dopuszczą absolwentów niższej szkoły średniej do uniwersytetów nawet w charakterze słuchaczy nadzwyczajnych i nie przyłożą swej ręki do zamachu na godność i byt swych wychowańców. Izb lekarskich zaś obowiązkiem jest założyć najenergiczniejszy protest przeciw temu projektowi, gdyż uzasadniona jest obawa, że z czasem ta gałąź medycyny mogłaby być dla lekarzy straconą.

Izba lekarska zachodnio-galicyjska uchwaliła na posiedzeniu w d. 10. IX. b. r. wnieść do Wydziału krajowego następujące przedstawienie:

»Wysoki Wydziale krajowy! Według p. 3. § 14. statutu kraj. Zakładu dla obłąkanych w Kulparkowie do przyjęcia chorego do Zakładu potrzebne jest »oświadczenie c. k. lekarza powiatowego względnie fizyka m. Lwowa lub Krakowa, że osoba, która ma być oddana do Zakładu, kwalifikuje się do przyjęcia«. Postanowienie to jest, zdaniem Izby lek., przestarzałe i nie odpowiada dzisiejszym stosunkom, a nadto w bardzo wielu przypadkach znacznie utrudnia oddawanie umysłowo chorych do krajowych zakładów dla obłąkanych. Do kwalifikowania, czy chorego należy umieścić w zakładzie dla obłąkanych, posiadają bowiem uzdolnienie nietylko c. k. lekarze powiatowi i fizycy, ale właściwie wszyscy doktorowie wszech nauk lekarskich, w szczególności zaś lekarze okręgowi jakoteż miejscy, którzy obejmując swój urząd składają przysięgę służbową, a których oświadczenia zasługują na wiarę na równi z oświadczeniami c. k. lekarzy powiatowych i fizyków. Izba lek. zach. gal. uprasza przeto, by Wys. Wydział kraj. raczył przedstawić Sejmowi kraj. do uchwały wniosek, aby wyżej powołany, przestarzały i duchowi czasu nie odpowiadający przepis uchylić, a natomiast postanowić, by do przyjęcia chorego do krajowych zakładów dla obłąkanych nietylko oświadczenie c. k. lekarza pow., lecz także okręgowego lub miejskiego miało ważność«. R.

Wydział Krajowego Związku lekarzy ogłasza następujące ostrzeżenie: »Ponieważ coraz częściej się zdarza, że do Wydziału Krajowego Związku lekarzy zwracają się o zapomogi wdowy lub sieroty po lekarzach, którzy nie byli członkami Związku, przeto Wydział przypomina, że zapomogi mogą otrzymywać tylko członkowie Związku, względnie ich rodziny. — Lekarze powinni więc we własnym interesie przystępować co rychlej do Związku. — Wydział krajowego Związku lekarzy: Prof. Wicherkiewicz, prezes. Dr Weinsberg, sekretarz«.

Krajowy Związek lekarzy ogłasza, co następuje:

»Zarząd zdrojowy w Krościenku oświadczył gotowość zasilania funduszu dla wdów i sierot po lekarzach przez przylepianie znaczków Związku krajowego lekarzy na flaszkach z wodą krościeńską ze zdroju Stefana. Podajemy to do wiadomości lekarzy z tem, że wodę krościeńską ze zdroju Stefana poleciła Komisya przemysłowo-lekarska Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. Zapisujmy zamiast wód obcych wody krajowe, bo przez to wesprzemy kraj, a zarazem zapewnimy choćby skromny zasiłek naszym wdowom i sierotom.—Wydział Związku krajowego lekarzy: Prof. Wicherkiewicz, prezes. Dr Weinsberg, sekretarz«.

Krajowa Rada Zdrowia wydała na posiedzeniu w d. 24. IX. b. r. opinie co do posad lekarzy urzędowych, jednego rekursu od wyroku Rady honorowej, szpitala w Trembowli, stypendyum z fundacyi Dr Rappaporta i rozpatrywała opracowany przez Wydział krajowy Statut dla zdrojowiska Szczawnicy, a na posiedzeniu w d. 1. X. b. r. zajmowała się sprawą pouczenia o cholerze, tępienia myszy zarazkiem Löfflera i wydała opinię w sprawie posady docenta higieny w seminaryum naucz. w Kętach. R.

W sprawie lekarzy cholerycznych wydało Namiestnictwo okólnik do wszystkich starostw i magistratów lwowskiego i krakowskiego (L. VII. b. 2517/335 z d. 13. X 1910) i przesłało go także Izbom lekarskim z prośbą o zawiadomienie członków Izb o treści okólnika i zaproszenie ich do jaknajliczniejszego zgłaszania się. Okólnik ten opiewa, jak następuje:

»Aby na wypadek pojawienia się cholery w kraju była do dyspozycyi wszędzie i każdej chwili dostateczna ilość lekarzy, potrzebnych do wykonywania zarządzeń sanitarno-policyjnych, jest koniecznem bezzwłoczne zapewnienie pogotowia lekarskiego. W tym celu, po myśli reskryptu Ministerstwa spraw wewnętrznych z 8. października 1910. L. 36867, zechce c. k. Starostwo (Magistrat) niezwłocznie zapytać wszystkich lekarzy, zamieszkałych w obrębie tamtejszego powiatu (miasta), czy w razie pojawienia się cholery byliby skłonni z ramienia Rządu pełnić obowiązki lekarzy cholerycznych, względnie epidemicznych przez czas trwania epidemii, i to, czy tylko w miejscu zamieszkania, czy też także w innych miejscowościach. Lekarze tacy prócz zwrotu kosztów podróży i mieszkania bezpłatnego w miejscu urzędowania otrzymywaliby dyety dzienne w kwocie 30 do 40 koron, zależnie od stosunków miejscowych. W razie zachorowania lekarza cholerycznego w służbie należałby mu się przez czas choroby zwrot kosztów utrzymania na I. klasie w najbliższym szpitalu. Zaopatrzenie wdowie i sieroce takich lekarzy w razie śmierci wskutek czynności przy cholerze odpowiadałoby na zasadzie rozporządzenia Ministerstwa spraw wewnętrznych i skarbu z 6. maja 1856, Dz. p. p. Nr 113, wydanego wskutek Najwyższego Postanowienia z 3. lutego 1856, zaopatrzeniu wdów i sierót po urzędnikach państwowych IX. klasy rangi. W razie starania się o przyjęcie do służby państwowej lekarze powyżsi przy zresztą równych warunkach mieliby pierwszeństwo przed innymi kandydatami. Gminy są obowiązane dostarczyć lekarzowi epidemicznemu mieszkania i podwód w obrębie przydzielonym lekarzowi. Z lekarzami, którzy się zgłoszą, należy zawrzeć pisemną wyraźną umowę. Relacyę w powyższej sprawie wraz z ewentualnie spisanemi umowami należy przedłożyć c. k. Namiestnictwu w nieodwołalnym terminie do 25. października 1910, podając zarazem, jakimi językami władają lekarze, którzy się zgłosili«. R.

Sprawa Krynicy w Sejmie. Komisya sanitarna uchwaliła na podstawie referatu pos. Sarego wezwanie do rządu, aby jak najrychlej rozpoczął budowę drugiego budynku na łazienki i nowego zakładu hydropatycznego, oraz rozszerzenie wodociągu dla wody do picia; następnie aby przyspieszył przeprowadzenie badań celem uzyskania większej ilości wody mineralnej do kąpieli i rozszerzył łazienki mineralne. W końcu uchwaliła komisya wezwać Wydział krajowy, aby w porozumieniu z rządem przedstawił na najbliższej sesyi sejmowej wnioski co do przyjścia z pomocą gminie Krynica-Zdrój w przeprowadzeniu projektu kanalizacyi. R.

Wiec galic. dentystów-techników odbył się we Lwowie 16. X. b. r. w obecności delegatów dentystów-techników z całego kraju. Uczestników wiecu imieniem miasta powitał prez. Ciuchciński (!). P. W. L. Wiktor wygłosił referat o położeniu dentystów-techników i omówił projekt najnowszej ustawy, uprawniający dentystów-techników do wykonywania wszelkich czynności, w zakres dentystyki wchodzących. Następnie odczytano projekt tej ustawy, zapraszając obecnych posłów do poparcia tego projektu. Według dzienników, obecny na wiecu poseł Dr Gold, jako członek subkomitetu, w którym dyskutowano nad projektem ustawy dla dentystów-techników, zapewnił, że dołoży starań, aby ustawa ta weszła w życie(?). Po dłuższej dyskusyi uchwalono jednogłośnie rezolucyę, ażeby rząd jak najrychlej przedłożył swój projekt ustawy, stwarzającej stan dentystów-techników wraz z rozszerzeniem uprawnień dla obecnych dentystów-techników, i ażeby wprowadził spoczynek niedzielny dla dentystów techników, pracujących u lekarzy-dentystów i samoistnych dentystów-techników. Wreszcie wiec zaapelował do wszystkich Izb handlowo-przemysłowych w kraju i do Izb rękodzielniczych, aby popierały postulaty dentystów-techników. (Sprawozdanie dzienników o tym wiecu chyba nie jest ścisłe co do stanowiska, jakie zajął na nim poseł Dr Gold; trudno bowiem przypuszczać, by stanowisko jego było wręcz przeciwne stanowisku, zajętemu przez Izby lekarskie). R.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 9. X. do 15. X. 1910 zgłoszono przypadków: błonicy 11 † — (w tem obcych 6 † —), ospy wietrznej 1, płonicy 11 † 1 (1 † —), odry 5, duru brzusznego 5 † 2 (2 † 2), gorączki połogowej 1 † 1 (1 † 1), nagminnego zapalenia opon 1 † 1. Dr Janiszewski.

Choroby zakaźne w Warszawie. Od 4. IX. do 24. IX. 1910 przybyło do szpitali warszawskich przypadków: ospy 22 † 6 (w całem mieście † 8), odry 7 († 13), płonicy 74 † 9 († 78), błonicy 24 † 2 († 9), róży 45 † 3 († 7), duru plamistego 2, duru brzusznego 60 † 9 († 17).

(Gaz. lek. Nr 42).

Wiadomości bieżące.

Kraków. W Towarzystwie lekarskiem krakowskiem, na posiedzeniu w d. 14. X. b. r. przedstawił prym. Borzęcki kilka przypadków chorób skórnych, a Prof. Reiss zdawał sprawę z dotychczasowych własnych wyników leczenia kiły przetworem Ehrlicha-Haty, objaśniając je przedstawieniem chorych. W dyskusyi przemawiali: Dr Blassberg, r. dw. Prof. Wicherkiewicz, Prof. Lewkowicz, Prof. Krzyształowicz, prym. Borzęcki, prym. Steuermark, Dr Eisenberg, Prof. Nowotny i Dr Boczar. — Na posiedzeniu w d. 19. X. b. r., miał Dr Eisenberg wykład: »Bakteryologia cholery«. W dyskusyi zabierali głos: Prof. Ciechanowski, Prof. Bujwid i Dr Gertler.

— Redakcya »Kalendarza lekarskiego krakowskiego« (prof. Gliński, Kraków, Collegium medicum), uprasza kolegów, którzy w dawniejszych wydaniach nie byli umieszczeni lub którzy zmienili swój adres, o jaknajrychlejsze nadesłanie odpowiedniego zawiadomienia.

— Zarząd Biblioteki krakowskiego Towarzystwa lekarskiego składa serdeczne podziękowanie Prof. Dr Stanisławowi Ciechanowskiemu za kilkadziesiąt tomów dzieł i czasopism i Dr Kazimierzowi Woynarowskiemu z Chrzanowa za 70 tomów cennych czasopism, ofiarowanych Bibliotece.

Bibliotekarz: Dr Blassberg.

— Miasto Podgórze projektuje budowę własnych wodociągów kosztem 1,180.000 kor.

Warszawa. Na posiedzeniu Wydziału III. Towarzystwa Naukowego Warszawskiego w d. 6. X. 1910 wygłoszono m. i.: 1) P. Jan Tur: Badania nad wpływem promieni radu na rozwój mięczaka Pholas candida L. 2) P. Jan Sosnowski: Nowa metoda obliczania krzywych aparatów samopiszących.

— W Siedlcach odbyło się staraniem Towarzystwa lekarskiego 13. X. b. r. odsłonięcie pomnika na grobie ś. p. Anastazego Sawickiego, prezesa Towarzystwa. Ku uczczeniu pamięci ś. p. Dra Sawickiego tworzy się też ze składek fundusz na stypendya dla dwóch uczniów szkół podlaskich. Na ten cel zebrano 2600 rb., a lekarze siedleccy zadeklarowali lub złożyli już prócz tego 255 rb. Należy mieć nadzieję, że liczne grono kolegów pospieszy z ofiarami na ten fundusz, utrwalający pamięć szlachetnego człowieka i zasłużonego pracownika społecznego.

Z różnych stron. Bardzo przykre wrażenie w berlińskich kołach lekarskich wywarło brutalne wprost postąpienie władz policyjnych ze stacyą ratunkową. W czasie zaburzeń strejkowych w Berlinie zgłosiło się na stacyę kilku poranionych. W pewien czas policya zażądała wydania nazwisk rannych. Lekarze odmówili, zasłaniając się słusznie tajemnicą lekarską. Wtedy policya na mocy »wyższego rozkazu« zabrała sama przemocą książkę chorych. X.

Mianowani: Prof. Stock z Fryburga dyrektorem kliniki okulistycznej w Jenie; Prof. Wagenmann z Jeny dyrektorem kliniki okul. w Heidelbergu.

Zmarli: Dr Edmund Gajzler, lekarz powiatu w Sierpcu (gub. Płockiej), w 54 r. ż.; Dr Józef Szymański, rz. radca stanu, b. naczelny lekarz szpitala wojskowego władykaukaskiego w 69 r. ż. w Jasienicy; Dr W. Godlewski, lekarz ziemstwa w Popówce gub. kurskiej, padł ofiarą przy zwalczaniu ospy.

Redakcya otrzymała: Krakowski: Polskie słownictwo dentystyczne. Warszawa, 1911. — Bericht des k. k. Gewerbeinspektorats Krakau, Wien, 1910. — Bericht des k. k. Gewerbeinspektorats, Stanislau, 1910.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 26. października 1910 o g. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Klinika cholery (zagai Dr August Kwaśnicki na podstawie własnych wspomnień). 2) Profilaktyka cholery (wykład Dr T. Janiszewskiego).

Po posiedzeniu odbędzie się **o g. 8. wieczorem wspólna wieczerza koleżeńska** (udział 3 korony). — Koledzy chcący wziąć udział raczą **jaknajspieszniej zawiadomić Zarząd Towarzystwa.**

Rok XLIX. Kraków, dnia 29. października 1910. Nr 44.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

W sprawie wyczuwalności wyrostka robaczkowego.

Podał

Prof. Dr Witold Orłowski (Kazań).

Do ostatniego czasu panował, jak wiadomo, pogląd, że wyrostek robaczkowy jest niedostępny dla badania bezpośredniego. Prace, dotyczące specyalnie sprawy wyczuwalności wyrostka w stanach chorobowych, jak również wyrostka zdrowego, zaczęły się pojawiać dopiero w latach ostatnich. Nie poruszając tutaj szczegółowo piśmiennictwa, odnoszącego się do tego przedmiotu, które poddałem krytycznemu rozbiorowi w swoich pracach poprzednich (1), uważam za niezbędne znowu zająć się tą sprawą. Za podnietę ku temu służy mi nowsza praca Rudnickiego (2), poświęcona sprawie wyczuwalności wyrostka robaczkowego. Nim jednak przystąpię do danych Rudnickiego, pozwolę sobie przypomnieć te wnioski, do których doszedłem podczas swych poszukiwań nad wyczuwalnością wyrostka robaczkowego, jakoteż uzupełnić to, com pisał w pracach poprzednich o metodzie wyczuwania wyrostka, którą stosuję.

Macając prawą okolicę biodrową u 510 mężczyzn, którzy nie przedstawiali objawów zapalenia wyrostka robaczkowego i nie przechodzili tej choroby przedtem, wyczułem wyrostek u 250, więc w 49%. We wszystkich tych przypadkach przed szukaniem wyrostka obznajmiałem się z innemi pętlami jelit, zaczynając od pętli esowatej i kończąc badaniem tych odcinków, które są usadowione w prawej okolicy biodrowej. Postępowałem więc wręcz przeciwnie niż Rudnicki, który przystępuje odrazu do badania wyrostka. Na tę okoliczność przy badaniu wyrostka zwracam szczególniejszą uwagę, ponieważ, tylko tak postępując, możemy się uchronić od możliwej pomyłki, mianowicie od uznania za wyrostek jakiegokolwiekbądź odcinka jelit, znajdującego się w stanie skurczu. Przy szukaniu jelita ślepego w prawej okolicy biodrowej, zwykłem za punkt wyjścia brać mięsień lędźwiowo-udowy, który najłatwiej wyczuwa się u chorego leżącego na wznak, z nieco podniesioną i skręconą nazewnątrz prawą dolną kończyną, gdy napięcie mięśnia jest największe. Znalazłszy kątnicę, szukam nawewnątrz od niej, jak również niżej od niej wyrostka, nie zmieniając położenia chorego; w tym celu prowadzę zgięte palce ręki z dołu ku górze i z zewnątrz na wewnątrz, prostopadle do długiej osi wyrostka. Jeśli powłoki brzuszne u badanego są bardzo napięte, badanie przeprowadzam na chorym, znajdującym się w gorącej kąpieli, która zmniejsza w znacznej mierze napięcie powłok brzusznych i przez to ogromnie ułatwia dostęp do narządów głębiej leżących. Nie mówię już o tem, że gorąca kąpiel zmniejsza bolesność i obniża odruchy, przez co również łatwiej dostać się głębiej do jamy brzusznej. Postępując w ten sposób, przekonałem się, że prawie w połowie przypadków można wyczuć wyrostek, przebiegający najczęściej ku wewnątrz i nieco ku dołowi w kształcie mniej lub więcej grubego postronka, o średnicy prawie 1 cm. Wyrostek wyczuwałem średnio na przestrzeni 4–6 cm; dolny odcinek jego gubił się w miednicy i był niewyczuwalny w większej liczbie przypadków. Wyrostek nie daje przy badaniu kruczenia i nie zmienia swej zbitości i objętości. To jest znamienna jego cecha, którą różni się on od leżącego w sąsiedztwie kątniczego odcinka jelita biodrowego, od okrężnicy poprzecznej, która dość często opuszcza się łukowato ku dołowi, dochodząc do zatoki biodrowej, wreszcie od pętli esowatej, opadających czasami również w okolicę kątnicy, jak również od innych pętli jelitowych. Usadowienie wszystkich tych odcinków jelitowych powinno być bezwarunkowo, wbrew zdaniu Rudnickiego, stwierdzone pierwej jeszcze, zanim przystąpimy do badania wyrostka. O tej znamiennej właściwości pętli jelitowych — że dają kruczenie i zmieniają swą zbitość i objętość podczas badania, zależnie od stanu warstwy mięsnej ściany jelita — wspominali już dawno Leube, Obrazcow (3), Hausman (4) i inni. Co prawda, pętla jelitowa może również czasami przedstawiać się w kształcie dość twardego postronka, nie zmieniającego swej zbitości i objętości i nie dającego kruczenia. W tych przypadkach pytanie, czy dany twór jest wyrostkiem robaczkowym, czy jakim innym odcinkiem jelit, zwłaszcza kątniczym odcinkiem jelita biodrowego, można rozstrzygnąć jedynie na zasadzie ponownego, czasami zaś wielokrotnego badania. W przeważnej liczbie przypadków, gdy wyrostek jest wyczuwalny, prześliźnięcie się jego pod palcami badającego odczuwa sam badany. W niektórych przypadkach wyrostek łatwiej i dobitniej wyczuwa się w zwykłem położeniu chorego na wznak bez podniesienia i obrotu nazewnątrz prawej kończyny dolnej. Wszystko zależy oczywiście od tego, w jakiem położeniu chorego najwyraźniej występuje różnica w stanie zbitości wyrostka i mięśnia biodrowo-lędźwiowego (m. ileo-psoas). W ostatnim czasie miałem nawet takie przypadki, w których w położeniu chorego na wznak z podnie-

sioną i obróconą na zewnątrz prawą kończyną dolną wyrostka nie było można wyczuć, w zwykłem zaś położeniu na wznak mogłem go wyczuć zupełnie wyraźnie. Okoliczność ta nie obniża, jak się samo przez się rozumie, doniosłości poleconej przezemnie metody, ponieważ metoda ta daje możność najczęstszego odszukania wyrostka; wskazuje jednak ona, że poprzednio, jak zresztą zaznaczałem już w swoich pracach dawniejszych, należy przeprowadzać badanie prawej okolicy biodrowej u chorego leżącego na wznak i tylko w razie ujemnego wyniku takiego badania przechodzić do badania chorego leżącego na wznak z podniesioną i obróconą na zewnątrz prawą kończyną dolną.

Przekonawszy się, że wyrostek robaczkowy można wyczuwać w wielu z tych przypadków, w których ani stan obecny chorego, ani wywiady nie wskazują na zapalenie wyrostka robaczkowego, wypowiedziałem zdanie, że wyczuwalność wyrostka nie jest jeszcze oznaką jego stanu chorobowego, że więc i prawidłowy wyrostek może być w wielu przypadkach, wbrew panującemu ogólnie poglądowi (Nothnagel, Schmidt i wielu innych), wyczuwany. Badając bolesność wyczuwalnych wyrostków, doszedłem w dalszym biegu do przekonania, że bolesność wyrostka przy badaniu również nie jest znamieniem pewnem i nieodzownem zapalenia wyrostka, ponieważ zdarza się ona u osób, które nie mają objawów zapalenia wyrostka i nie przechodziły tej choroby przedtem. Wśród 250 wyrostków, które wyczułem, wyrostek był bolesny w 146 (58·4%) przypadkach, jakkolwiek badane osoby ani dawniej nie przechodziły zapalenia wyrostka, ani nie okazywały tego schorzenia podczas badania. Inne wnioski, do których doszedłem podczas mych studyów nad okolicą biodrowo-kątniczą wogóle i wyrostkiem robaczkowym w szczególności, pomijam; pragnących zapoznać się z nimi odsyłam do moich na tem miejscu prac poprzednich, dotyczących omawianej sprawy.

(Dok. nast.).

Przetwór »Ehrlich-Hata 606«.

Podał

Dr M. Moudschein,

sekundaryusz szpitala powszechnego w Stanisławowie.

Wykonawszy dotąd przeszło 45 wstrzyknięć przetworu »Ehrlich-Hata 606« pragnę podzielić się z kolegami wynikami i wrażeniem, jakie dotąd odniosłem. Że przetwór ten zawiódł początkowe oczekiwania, iż zaraz po pierwszem wstrzyknięciu nastąpi zupełne zniszczenie zarazka, tak nazwanem przez Ehrlicha »Sterilisatio magna«, tego ja, w krótkim przeciągu czasu moich wstrzykiwań stosując od 26. lipca b. r. wprawdzie sam nie doświadczyłem, nie spostrzegałem bowiem dotąd nawrotów; znane są one jednak np. z doświadczeń prof. Frenkla, jakkolwiek stanowczo występują w mniejszej części dotąd spostrzeganych przypadków i z mniejszem nasileniem.

Nowy ten środek ma dwie główne zalety, których brakło dotychczasowemu leczeniu rtęciowo-jodowemu. Pierwsza — to nader szybkie, czasem wprost błyskawiczne, bo już w kilku godzinach, dodatnie zadziałanie na przeróżne objawy przymiotu; druga — to bardzo korzystny wpływ na cały ustrój chorego, a więc: lepszy humor, wzmożony, czasem szalony apetyt, a w parze z tem szybkie podniesienie na duchu i ciele. Nie przeczę, że entuzyazm, jaki opanował cały świat po ogłoszeniu pierwszych, nader pomyślnych wyników stosowania tego środka, może wiara w »cudowność« jego, wielką rolę grają we wpływie na psychikę chorego na przymiot, którego często trapią podniecane przez niestosowną lekturę myśli o ewentualnem szkodliwem działaniu kiły na rdzeń i mózg. Nie przeczę temu, ale twierdzę śmiało obok tego, że to podniecenie apetytu i w parze z tem idącej wagi ciała przypisać należy wielkiej zawartości arszeniku.

A teraz pokrótce chciałbym przytoczyć kilka główniejszych sposobów rozpuszczania, podanych przez różnych klinicystów. »Co kraj, to obyczaj« — mówi przysłowie — co klinika — to inny sposób rozpuszczania. Pierwszy Wechselman z Berlina podał następujący sposób: proszek »606« rozpuszcza się w 15% rozczynie ługu sodowego żrącego, poczem dodanie kilku kropel kwasu octowego zgęszczonego wywołuje bardzo delikatną żółto-kanarkową zawiesinę; następnie dodaje się do 2 cm³ wody przekroplonej wyjałowionej i wreszcie tyle $^1/_{10}$ normalnego rozczynu ługu żrącego, aż nastąpi zupełne zobojętnienie rozczynu. Od dokładności zobojętnienia zależy bezbolesność wstrzyknięcia. Metoda to żmudna, dość trudna. Przytem wstrzykiwania między łopatki a kręgosłup wywołują często tuż po wstrzyknięciu występującą duszność, brak tchu, niemożność głębokich wdechów, przytem pewien lęk. Przedmiotowo stwierdziłem kilkakrotnie obniżenie liczby tętna aż do 54 i dość wybitną jego niemiarowość. Objawy te, jak na klinice Fingera, również spostrzeżono, pochodzą podobno od zadrażnienia nerwów międzyżebrowych i dlatego na wspomnianej klinice wstrzykują, arsenobenzol wprawdzie podskórnie, ale wyżej, a więc nie między łopatką, a kręgosłupem, lecz powyżej ponad dołkiem nadłopatkowym.

Drugi sposób rozpuszczania, zalecony przez samego prof. Ehrlicha, podany został w dwu odmianach; pierwszy to rozpuszczenie przetworu w kilku kroplach alkoholu metylowego, dodanie kilku cm³ wody przekroplonej, w końcu $^1/_{10}$ normalnego rozczynu ługu żrącego aż do zobojętnienia. Druga najnowsza odmiana jest następująca: rozpuszczenie w 15% rozczynie ługu żrącego (najwyżej 1 cm³) dodanie wody i ługu żrącego sodowego aż do zobojętnienia. Przeciw pierwszemu sposobowi, mianowicie przeciw rozpuszczeniu w alkoholu metylowym wystąpili głównie Bohač i Sobotka w Pradze, twierdząc, że alkohol metylowy działa wprost trująco na ustrój, że zmniejsza, nawet znosi odruchy, wywołuje zaparcie moczu, stolca i t. d. Nie wdając się w spór stąd wynikły, który udowodnił zupełną bezpodstawność tych twierdzeń, muszę od siebie nadmienić, że alkohol metylowy wywołuje de facto miejscowo dość silne podrażnienie tkanek, silny ból, może w ich następstwie znaczne podwyższenie ciepłoty. Dość, że alkohol metylowy zarzucono, a arsenobenzol rozpuszcza się obecnie albo w ługu żrącym (kilka kropel, najwyżej 1 cm³) albo lepiej jeszcze tylko w wyjałowionej wodzie przekroplonej, jak to zaleca Alt z Uchttpringe. Sposób to faktycznie wedle moich doświadczeń najlepszy, o tyle może niewygodny, że przetwór

»606« rozpuszcza się dość powoli, tworząc ślizkie grudki w samej wodzie. Przez użycie dobrze ciepłej wody skraca się znacznie czas rozpuszczania.

Co do ilości używanego do wstrzykiwań rozczynu, to z początku przez rozpuszczenie otrzymywano 25—30 cm^3, płynu, który wstrzykiwano po połowie w oba pośladki. Z czasem przekonano się, że do rozpuszczenia wystarczy bez porównania mniej płynu, tak, iż obecnie rozczyn, który ma być wstrzyknięty, powinien wynosić 8—10 cm^3. Ilość tę wstrzykuje się w jeden tylko pośladek, zostawiając wolny ten, na którym chory zwykle leży.

Nie potrzebuję chyba wspominać, że pedantyczna aseptyka naczynia, w którem się przetwór rozpuszcza, pipetek, strzykawki, rąk, pola operacyjnego, jest niezbędna do uzyskania dobrego wyniku, zapobieżenia następowemu zakażeniu i połączonym z tem bolom, gorączce, ewentualnie przejściu w ropień i wylaniu się na zewnątrz ropy, zawierającej resztki leku.

Chory po wstrzyknięciu leżeć powinien na brzuchu przez godzinę, poczem przez tydzień na wolnej od wstrzyknięcia stronie. Od zachowania się chorego zależy ból i następowo tworzące się nacieki, mniej lub więcej bolesne. Dyeta powinna być pożywna, przystosowana zupełnie do apetytu, a składać się ma przeważnie z nabiału i mięsa, nie wolno zaś podawać owoców, kompotów, kwasów, napojów wyskokowych, czarnej kawy, herbaty, palić tytoniu. Ciepłota przy zachowaniu ścisłem powyższych wskazówek albo się wcale nie podnosi albo najwyżej do 37·6°; tętno lekko podniecone, rzadko chwilowo niemiarowe, trzyma się między 70—100 uderzeń na minutę.

Co do moich przypadków, to z wyjątkiem kilku pospolitszych wybierałem do wstrzykiwań tylko t. zw. popularnie »ładne przypadki« to jest postacie przymiotu późnego albo złośliwego, gdzie dotąd stosowane leczenie rtęciowe zupełnie nie odniosło skutku, albo tylko skutek nieznaczny.

Dla wytworzenia sobie lepszego obrazu przytoczę kilka historyi chorób przed i po wstrzyknięciu:

1. A. B. zamężna, 35 lat. W marcu 1908 wysypka na całem ciele, miejsca zakażenia znaleść nie można. Leczona kilkakrotnie w szpitalu wstrzykiwaniami salicylanu rtęci, wewnętrznie jodem, wstrzykiwaniem 10% jodypiny, piciem rozczynu Zittmanna. Objawy: częste nawroty (co miesiąc, najwyżej dwa) w postaci osutki plamistej, kłykcin w gardle, przytem zajęcie torebek stawowych ze świdrującymi bolami (synovitis luetica), stały brak apetytu, silne wychudzenie. Chora w 3/4 roku po zakażeniu zaczęła dostawać zmian trzeciorzędnych kilaków, na skórze całego ciała, dochodzących wielkości dłoni dziecka, a głównie na twarzy, czole, nosie. Mimo wyż przytoczonego nader energicznego leczenia, objawy te nie ustępowały, może nieznacznie się polepszały. Przytem silny białkomocz (nephritis luetica) z obrzękami koło kostek i wysięk surowiczy w prawej jamie opłucnej. Chora przebywała 15 miesięcy bez przerwy w szpitalu.

26. lipca wstrzyknięcie »606« 0·4 w oba pośladki. Apetyt na drugi dzień ogromny, bole w stawach znikły. W następnych dniach wrzody kilakowe na czole, naciekłe blizny po kilakach powoli znikały, zmniejszały się, a do 12 dni zupełnie znikły. Białko w moczu po 2 tygodniach zaczęło się zmniejszać, tak, iż w 2 miesiące po wstrzyknięciu zupełnie znikło. Chora, przed tygodniem zupełnie wyleczona, bardzo dobrze wyglądająca opuściła szpital.

2. S. M., urzędnik, 30 lat, wolny, przyjęty do szpitala 19. lipca b. r. Obraz nader złośliwej kiły (w 5 miesięcy po zakażeniu trzeciorzędne zmiany na skórze czoła, brody, wrzód żrący na prąciu, dreszcze, poty obfite, silne wychudzenie chory stracił w 5 tygodniach 10 kilogramów na wadze); mimo bardzo energicznego leczenia rtęciowo-jodowego Zittmanna.

26. lipca b. r. »606« (0·45) metodą Wechselmanna, między obie łopatki a kręgosłup. Bole dość znaczne przez kilka godzin po wstrzyknięciu. Apetyt na drugi dzień ogromny (trwa aż do dzisiaj), stan ogólny bardzo dobry, kilaki na czole, brodzie, wrzód na prąciu, w dwa dni po wstrzyknięciu pokryte ładną ziarniną. Dnia 4. sierpnia opuścił szpital wyleczony. Do czterech tygodni potem przybrał 8 kilogramów na wadze i czuje się dotąd zupełnie zdrów.

3. S. H., wieśniak, 18 lat, przyjęty 26. lipca z rozpoznaniem: kiła późna. Owrzodziały kilak podniebienia miękkiego ze zniszczeniem zupełnem języczka i łuków podniebienno językowych. Chory nie wie, kiedy się zakaził, pochodzi rzekomo ze zdrowych rodziców.

27. lipca »606« (0·5) sposobem Wechselmanna. Nader silny ból do 10. wieczór (wstrzyknięcie robiono o 2 popołudniu), konieczna morfina wewnętrznie. Tętno niemiarowe. Ciepłota ciała najwyższa 38°. Wrzody kilakowe na podniebieniu i łukach okrywają się do 3 dni piękną ziarniną. 16. sierpnia chory opuścił szpital z kilakiem zupełnie wygojonym.

Podobny przypadek:

4. H. D., lat 24, zamężna. Przyjęta do szpitala 28. lipca b. r. Pochodzi ze zdrowych rodziców, sama żadnego zakażenia nie spostrzegła. Od miesiąca zmiana na nosie, która się powiększa, od tego czasu zauważyła chora obrzęk i mierny ból podniebienia, poczem zrobił się w niem otwór, który w końcu doszedł wielkości halerza.

Rozpoznanie: Gumma exulcer. nasi, gumma perforans palati duri (lues tarda). Catarrhus apicis pulmonis utriusque. 29. VII. »606« (0·45) śródmięśniowo w oba pośladki. Tegoż dnia ból mierny w miejscach wstrzyknięcia. Tętno 100 — ciepłota 37·4. Ciepłota ciała podniosła się w dniach następnych do 38·9°, przy tętnie 116, co w wielkiej mierze wziąć trzeba na karb nieżytu szczytów płuc. Obrzęk podniebienia znikł w 2 dniach, brzegi otworu pokryły się bardzo dobrą ziarniną. Chora opuściła w dwa tygodnie po wstrzyknięciu szpital z otworem wielkości główki szpilki w podniebieniu; w tydzień później przedstawiła mi się z otworem zupełnie zarośniętym silną blizną. Kilak na nosie znikł zupełnie do 6 dni po wstrzyknięciu. Chora przybrała mimo gruźlicy 3 kilogramy na wadze.

Jak widzimy, w pierwszych dwu przypadkach, w których wstrzyknięcie arsenobenzolu poprzedziło leczenie rtęciowe, trzeciorzędne zmiany kiłowe o wiele krótszego potrzebowały czasu do zagojenia, niż w dwu ostatnich, gdzie poprzedzającego leczenia rtęciowego wcale nie było. Na potwierdzenie powyższego spostrzeżenia przytoczę jeszcze trzy moje przypadki, leczone arsenobenzolem.

5. J. E. 21 lat, wojskowy. Zakażenie w grudniu 1908; leczony najpierw w 6 okresach wcieraniami szaruchy, poczem w rok później znowu 5 okresów wcierań. Od 3 miesięcy kłykciny na głowie, kilak na obu kościach ciemieniowych rozpadły, wyraźnie chełboczący. Skóra nad nim obok wyż wspomnianych kłykcin nietknięta. Poza żuchwą po prawej stronie nacięto dymienicę, wielkości jaja gołębiego. W tydzień po wstrzyknięciu znikły kłykciny i kilak; dymienica, której gojenie się przedtem po nacięciu bardzo powolne robiło postępy, zabliźniła się w 10 dni po wstrzyknięciu.

6. A. M., maszynista, 38 lat, żonaty. Przed 17 laty zakażenie podczas służby wojskowej. Z początku wcale nie leczony. Dopiero w maju b. r. 10 wstrzyknięć salicylanu rtęci (10%), zupełnie bez skutku. Rozpoznanie: Guma ex-

ulcer. epiglottidis (wielkości grochu) oedema glottidis (silna chrypka, duszność wdechowa (gummata cutanea exulcerantia dorsi ac pedis utriusque. Paronychia luetica.

23. VIII. »606« (0·5) w oba mięśnie pośladkowe. Silny naciek z zaczerwienieniem skóry obu pośladków trzeciego dnia po wstrzyknięciu, naciek ten trwał do 4 tygodni. Zaczerwienienie znikło po 4 dniach pod wpływem okładów kwaśnych. Za 10 dni chory odzyskał zupełnie głos, oddech zupełnie prawidłowy, a kilaki do tygodnia po wstrzyknięciu zupełnie się zabliźniły.

7. A. S., 35 lat, zamężna. Przed 5 miesiącami zakażenie. Przed 2 miesiącami 5 okresów wcierań. Gummata duo exulcerantia cruris dextri (wielkości korony).

25. VIII. Arsenobenzol (0·45) w lewy pośladek. Bole od trzeciego dnia dość znaczne, chodzenie nawet po 10 dniach utrudnione. Oba kilaki pokryte piękną ziarniną, w dwa dni po wstrzyknięciu; zagoiły się po dalszych 8 dniach.

Dodać muszę, że do wszystkich powyższych wstrzyknięć używałem przetworu »Id 606«, że dopiero od końca sierpnia b. r., dostawszy nowy, udoskonalony preparat »Hy« (hyperidal), zacząłem go stosować i przyznać muszę, że tak pod względem zmniejszenia dolegliwości chorego, jakoteż pod względem wpływu na tętno (częsta niemiarowość, tętno znacznie przyspieszone przy przetworze Id) i podniesienia ciepłoty (przy Id nawet do 39) przewyższa »Hy« o całe niebo swego poprzednika. Przytem dla zupełnie przedmiotowego śledzenia działania tego środka, nie stosowałem w żadnym z mych przypadków leczenia miejscowego. O jednym przypadku złośliwego kilaka, »w którym zastosowanie środka »606« dowiodło błyskawicznej szybkości dodatniego jego działania na podobne objawy przymiotowe i całej wyższości nad rtęcią, chciałbym osobno pomówić.

8. M. L. prostytutka, zgłosiła się do szpitala 22. sierpnia b, r. Guma exulcerans uvulae. Kilak nader złośliwy, który mimo dwukrotnego wstrzyknięcia salicylanu rtęci groził do kilku dni przeżarciem zupełnem podstawy języczka.

5. IX. »606« (0·3). Dawka ta bardzo mała, dziś już na całej linii porzucona. Mimo tej minimalnej dawki, wrzód kilakowy na drugi już dzień zaczął widocznie skłaniać się do gojenia się, a w cztery doby był zupełnie zabliźniony.

Podobny przypadek, choć nie tak rychło zagojony, wskazujący jednak, jak swoiście działa środek »606« na późne, trzeciorzędne objawy przymiotu, przytaczam poniżej:

9. W. N. prawnik, 35 lat. Przed 5 laty kiła, leczona w 1. roku 80 wcieraniami; zresztą nie przechodził chory żadnego leczenia. Dopiero w sierpniu b. r. powstał obrzęk na dolnej części żołędzi tuż przy wędzidełku, który rozpadł się i utworzył się otwór, który prowadził do cewki, tak, iż tędy mocz wyciekał. Mimo dwudziestu wcierań i miejscowego leczenia rtęciowego sprawa ta rozpadowa pozostała bez zmiany, a nawet chory zauważył rozszerzanie się jej.

8. IX. »606« (0·45) w jeden pośladek sposobem Alta (rozpuszczenie w wodzie i dodanie roczynu ługu żrącego aż do oddziaływania zasadowego), obok tego cewnik na stałe. Już po 5 dniach głęboki otwór zwęził się, pokrył się zewsząd zdrową ziarniną, mocz jednak mimo cewnika kroplami tędy wyciekał. Do 16 dni otwór zupełnie się zabliźnił bez leczenia miejscowego.

Drugorzędne objawy: osutka, kłykciny, znikają po zastosowaniu »606« od 2—6 dni.

10. A. St., 20 lat, wolna, przyjęta do szpitala 27. VII. z rozpoznaniem: Lues maculoso papulosa totius corporis, condylomata lata ac oedema labiorum pudendi, condylomata lata faucium.

28. VII. »606« (0·4) śródmiąższowo w oba pośladki. Osutka następnego dnia wystąpiła wyraźniej (Herxheimer), po dalszych dwóch dniach zupełnie ustąpiła. Kłykciny i obrzęk po dwu dniach zaczęły już ustępować, po 4 dalszych dniach zupełnie pokryły się bliznami.

11. I. J., 24 lat, wojskowy. Przed 6 miesiącami zakażenie. Chrypka od 4 miesięcy; 6 okresów wcierań pozostało bez skutku; przez $1^1/_2$ dalszych miesięcy zażywał chory jodek potasu, również bezskutecznie. Obecnie stwierdza się kłykciny płaskie na obu wiązadłach, obrzęk przestrzeni między chrząstkami nalewkowemi.

Rozpoznanie: Laryngitis syphilitica.

W 6 dni po wstrzyknięciu »606« chrypka (dotąd przez 4 miesiące) zupełnie ustąpiła, laryngoskopia wykazała blizenki świeże na obu więzadłach, obrzęk między chrząstkami nalewkowemi ustąpił.

12. J. Sch,, 26 lat, wolna. Przed rokiem stwardnienie pierwotne na sromie; leczone dotąd częścią wstrzykiwaniami, częścią wcieraniami rtęci. Stan obecny: Condylomata lata luxuriantia genitalium ac faucium.

25. VIII. »606« (0·45). Kłykciny po 2 dniach zaczęły zbliżać się do poziomu skóry, do 8 dni zagoiły się zupełnie, bez leczenia miejscowego.

Również i pierwszy objaw kiły — wrzód twardy — bardzo prędko się zabliźnia po zastosowaniu przetworu Ehrlicha, stwardnienie jednak w miejscu zagojenia pozostaje przez długi czas, a znika dopiero po drugiem wstrzyknięciu, lub przy leczeniu miejscowem plastrem rtęciowym. Gruczoły obrzękłe w pachwinie nikną jedne w 1 - 2 dniach, inne trzymają się choć zmniejszone dłużej, bo 3—4 tygodni.

Co się tyczy objawów metasyfilitycznych, to sam Ehrlich ciągle przestrzega przed stosowaniem arsenobenzolu w wypadkach rozwiniętego wiądu rdzenia, czy porażenia postępowego. I rzeczywiście miałem w dwu przypadkach uwiądu rdzenia w 1. tygodniu na pozór poprawę podmiotową i przedmiotową u chorych, którym wstrzyknąłem »606«, bo i apetyt, przedtem podupadły, znacznie się wzmógł i chory zdawał się lepiej chodzić bez kontroli oczu, ale w drugim tygodniu i następnych zaczęły występować bole ciągnące i strzykające w kończynach dolnych, w krzyżach, opasujące jakby obręczą brzuch, przytem ogólne nader silne rozdrażnienie, znaczne osłabienie, słowem objawy, czasem wprost zatrważające, których przed zastosowaniem przetworu »606« wcale nie było. Ehrlich radzi stosować »606« w tak zwanem »Wetterleuchten der Tabes«, a więc gdy tylko wystąpią zwiastuny na pewien czas przed wybuchem właściwej choroby.

Zbierając moje doświadczenia dotychczasowe, dochodzę do wniosku, że przetwór Ehrlicha okazał się środkiem swoistym przeciw wszelkim objawom kiły. Okazał się on swoistym nawet w tych przypadkach złośliwej, czy późnej kiły, gdzie leczenie rtęciowe nie wywarło żadnego dodatniego wpływu. Przestrzedzby należało przed wstrzykiwaniem zanadto nizkich dawek, albowiem, jak dotychczasowe, na tysiące już liczące się spostrzeżenia wykazały, nierównie lepiej i szybciej od dawnych początkowych dawek

0,3, działają dawki większe, tak, iż przy zdrowem sercu śmiało wstrzyknąć można dawkę 0·6 i 0·7 dorosłemu, silnemu mężczyźnie. W jednym przypadku wstrzyknąłem dawkę 0·45 mężczyźnie, u którego był wyraźny szmer skurczowy przy koniuszku serca bez żadnego szwanku na zdrowiu, nawet bez znaczniejszego wpływu na tętno. W tym kierunku zalecałbym jednak wielką ostrożność, choć nie ulega zdaniem mojem — wątpliwości, że i przy schorzałem sercu przetwór »606« stosowanym będzie może »in dosi refracta«. W dawkowaniu posunięto się w ostatnich czasach tak daleko, że wstrzykiwano naraz nawet 0·9 i 1 gr. Iversen z Petersburga radzi tę wielką dawkę podzielić na dwa wstrzyknięcia, pierwsze śródżylnie, drugie w 48 godzin śródmiąższowo. W ostatnich dniach poszedłem nawet w tym kierunku za jego wskazówkami, wstrzykując pierwszy raz podskórnie, nie śródżylnie, drugi raz w 48 godzin później śródmiąższowo. Nie zauważyłem przytem najmniejszego ujemnego wpływu na ustrój chorego i owszem tem szybsze gojenie się zmian chorobowych i tem silniejszy apetyt.

Oceny i sprawozdania.

Leczenie kiły przetworem Ehrlicha »606«

zestawił

Prof. Dr Krzyształowicz.

I.

Rozprawy 82. Zjazdu niemieckich przyrodników i lekarzy

w Królewcu w dniu 20. września 1910.

Prof. A. Neisser zaznacza przedewszystkiem, że podstawę leczenia w ostatnich czasach stanowią trzy odkrycia ostatniej doby: odkrycie krętków przez Schaudinna, odkrycie możności zakażenia małp przez Miecznikowa i Roux, wprowadzenie badania surowicy krwi w celach rozpoznawczych przez Wassermanna. Doświadczenia na zwierzętach i odczyn surowicy dowiodły, że kiły nie można usunąć bez leczenia, pozwoliły dalej stwierdzić, że nie można wywołać uodpornienia, ani że leczenie surowicą nie daje wyników. Stąd potrzeba i ważność leczenia, wskazanego przez Ehrlicha (chemotherapia). Bezpośrednia korzyść leży w możności kontrolowania działania metod leczniczych przez badanie zachowania się krętków, dalej przez doświadczalne stwierdzenie wyleczenia zakażonego zwierzęcia, wreszcie przez odczyn surowicy. Wedle wyników doświadczeń, przeprowadzonych w ten sposób, jest zasadniczo ważne, aby leczenie rozpoczynać jak najwcześniej. Wiadomo, że rtęć i jod należą do środków zabijających krętki, przyczem jod jest środkiem słabszym. Rzeczywisty postęp stanowi wprowadzenie organicznych połączeń arszeniku, szczególnie wypracowanie tej metody leczniczej przez Ehrlicha, który wykazał zasadniczą różnicę między 5-wartościowemi nasyconemi połączeniami arszeniku, a 3-wartościowemi nienasyconemi i przez połączenie pewnych grup chemicznych z trójwartościowym arszenikiem stworzył swoją metodę leczenia (chemotherapia). Leczenie to stosować należy jaknajwcześniej, bo wtedy najwięcej spodziewać się można zupełnego wyniku. Ehrlich sądzi zatem obecnie, w przeciwieństwie do dotychczasowego swego zapatrywania, że leczyć należy nawet przed całkiem pewnem rozpoznaniem, aby nie tracić drogiego w tym razie czasu. Arsenobenzol Ehrlicha stanowi olbrzymi postęp w leczeniu kiły i stoi znacznie wyżej od tak cenionej dotąd rtęci, przedewszystkiem dzięki bardzo silnemu i bardzo szybkiemu działaniu zabójczemu na krętki, obok działania hamującego ich rozwój. W jaki sposób najlepiej stosować arsenobenzol w praktyce, nie można jeszcze obecnie stanowczo osądzić. Zdaniem mowcy już dzisiaj powinno się leczyć każdy świeży przypadek kiły tym nowym przetworem; mowca nie liczy jednak po jednorazowej dawce na pełny wynik, lecz robi w każdym przypadku po 3–6 tygodniach drugie wstrzykiwanie, a nawet przegradza te wstrzykiwania leczeniem rtęciowem. Szczególne znaczenie jednak ma arsenobenzol w przypadkach niezwykłej wrażliwości na rtęć, w przypadkach oporności zmian wobec leczenia rtęciowego, w kile mózgu, oczu, w kile dziedzicznej, wrzodach kiłowych, kile złośliwej, w łuszczycy kiłowej błon śluzowych i w schorzeniach paznokci, dalej w ciężkich toksycznych charłactwach i wtedy, gdy zależy na szybkiem usunięciu objawów bardzo zaraźliwych. Ta okoliczność właśnie, że obecnie zapomocą arsenobenzolu możemy to uzyskać przez jedno wstrzyknięcie w znacznie krótszym czasie, niż jakąkolwiek inną metodą, — zdaje się być największą korzyścią wynalazku Ehrlicha, gdyż okoliczność ta, dobrze wyzyskana, przyczyni się do tego, że zmniejszy się ogniska zakaźne, a co za tem idzie, i ilość przypadków musi się coraz więcej zmniejszać.

Prof. Ehrlich omawia przedewszystkiem swoistość arsenobenzolu. Przy dawce wystarczającej krętki giną w 24 do 48 godzin po wstrzyknięciu, jeżeli to trwa dłużej, to wedle zapatrywania Ehrlicha, jest to oznaką, że dawka była zamała, albo wessanie środka niezupełne, albo że mamy do czynienia z odpornymi na arszenik krętkami. Drugim czynnikiem, który przemawia za swoistością »606«, jest tworzenie się swoistych niweczników (Antikörper). Jako dowód przytacza Ehrlich znane z piśmiennictwa przypadki wyleczenia dziecka przez wstrzykiwanie arsenobenzolu karmiącej je matce. Trzecim dowodem działania swoistego arsenobenzolu jest wpływ na odczyn Wassermanna, co stwierdzono w 90% leczonych przypadków. Odczyn W. może się stać po pewnym czasie znowu dodatnim, wtedy zatem nie możemy mówić o zupełnem zniszczeniu jadu, a raczej o nawrocie choroby. Zadaniem przyszłości jest jak najskrupulatniejsze badanie w tych kierunkach leczonych arsenobenzolem chorych, aby można sobie zdać sprawę z wyników. Czwartym dowodem swoistości środka jest stwierdzone niejednokrotnie ustępowanie bolesności zmian już w paru godzinach. E. przypuszczał, że bole zależały od produktów wydzielniczych krętków, które zostają zobojętnione przez wstrzyknięcie »606«, podobnie jak toksyna przez antytoksynę. Tymczasem istnieją spostrzeżenia, przemawiające przeciwko temu, mianowicie spostrzeżenie, że po wstrzykiwaniu występują np. w wysypkach objawy zadrażnienia (odczyn Herxheimera), co E. tłómaczy tem, że pasorzyty nie zostają odrazu zabite, ale najpierw podrażnione i w tym stanie wytwarzają więcej toksyn. Te objawy podrażnienia mają zatem, wedle E., za przyczynę niedostateczność dawki. Omawiając znane dotąd, zresztą bardzo nieliczne przypadki śmierci, stwierdza E., że arsenobenzolu nie można uważać za środek trujący. Ciężkie przypadki schorzeń ośrodków nerwowych są naturalnie wyłączone, ale arsenobenzolu nie można dlatego nazywać trucizną dla tkanki nerwowej. Przeciwwskazanie stanowią również schorzenia serca i naczyń. Co do samej techniki wstrzykiwań, to, zdaniem E., w przyszłości może być użyte najpierw wstrzykiwanie do żył, jako szybciej ale krótko działające, a drugie podskórne lub miąższowe. Dawka zależeć musi od właściwości chorego i jakości objawów chorobowych. W chorobach ośrodków nerwowych lepiej postępować ostrożniej i nie przekraczać dawki 0,4 gr., natomiast w samych początkach choroby wskazana jest dawka znacznie wyższa 0,7–0,8 gr., a nawet powtórzenie jej. Również można w takich przypadkach stosować leczenie kombinowane z leczeniem rtęcią lub jodem, co dopiero w przyszłości da się ocenić. Arsenobenzol daje się porównać w skutkach z ar-

senofenyglicyny, którą Alt stosował w przypadkach porażenia postępującego od dwóch lat, obecnie zatem stwierdzić już można, że uzyskany w tych przypadkach odczyn ujemny utrzymał się od dwóch lat w 16% przypadków. W końcu wspomina E. o dobrych wynikach i w innych chorobach: framboezya (spirochaete pertenuis), dur powrotny, zimnica (febris tertiana), choroby świdrowcowe (trypanosomiasis), wreszcie ospa.

Prof. K. Alt (Uchtspringe) daje przegląd pierwszych prób z arsenobenzolem. Przedewszystkiem badał na baranach i psach sposób wchłaniania się, zdolność znoszenia, wydzielania i działanie miejscowe. Później wstrzyknął arsenobenzol dwom swym asystentom w dawce 0,1 gr., nie wywołując jakichś objawów ciężkich lub szkodliwych. Na podstawie swych doświadczeń, zebranych wspólnie z Hoppem i Schreiberem, doradza A. szczególną ostrożność w przewlekłych cierpieniach nerwowych, gdyż »606« ma nietylko wielkie powinowactwo do ciał krętków, ale i do tkanki kiłowej; tworzy zatem około ogniska kiłowego otoczkę przekrwioną, a jeżeli to się dzieje w zamkniętej przestrzeni, jak w osłonach mózgowych, może być przyczyną wahań parcia, nawet znacznych. W przypadkach porażenia postępującego w t. zw. postaciach spastycznych odradza A. stosowania tego przetworu, gdyż łatwo dojść może do napadu. Tylko w początkach porażenia postępowego i w przypadkach t. zw. »taboparalysis« można go stosować z pewnym wynikiem. Dobre widoki daje kiła mózgu. W przypadkach wiądu rdzenia następuje z początku po wstrzykiwaniu pogorszenie przez wywołane podrażnienie, które wkrótce ustępuje.

Schreiser (Magdeburg). Bolesność wstrzykiwań, szczególnie alkalicznych i zgorzele, powstające po wstrzykiwaniu zawiesin, były powodem zastosowania wstrzykiwań śródżylnych, które w odpowiedniem rozcieńczeniu nie przedstawiają niebezpieczeństwa. Przetwór Ehrlicha daje się zastosować bardzo dobrze jako 50% maść na przerosłe kłykciny sączące, gdyż działa przyżegająco.

Iversen (Petersburg) stosował arsenobenzol w 60 przypadkach duru powrotnego (typhus recurrens) z bardzo dobrym wynikiem, gdyż dawka 0,3 gr. skracała napad i zapobiegała nawrotom. Krętki ginęły w 3—10 godzinach z krwi przy równoczesnym spadku ciepłoty poniżej prawidłowej po silnych potach, poczem następowało wyleczenie. I. pierwszy zastosował w kile wstrzykiwania śródżylne, obecnie robi w parę dni później wstrzykiwania miąższowe, a dawki razem dochodzą do 1,0 gr. W 6 przypadkach spostrzegał nawrót, który ustąpił po drugiem wstrzyknięciu, pierwsze zawierało mniej niż 0,5 gr. przetworu. Arsenobenzol działa wybitnie we wszystkich okresach kiły, za swoistością przemawia jednak najwybitniej wynik w kile złośliwej, w której rtęć jest bezskuteczną. Autor stosował »606« także w przypadkach zimnicy, (27 przyp. trzeciaczki, 4 czwartaczki, 27 zimnicy podzwrotnikowej, 2 mieszanej) w dawce 0,45—0,8 gr. śródżylnie i podskórnie. Trzeciaczka ustępowała w 70% przypadków po wstrzykiwaniu śródżylnem, po 12—24 godzinach znikały pasorzyty we krwi. Z czterech przypadków czwartaczki w dwóch stwierdzono mniejsze napady i mniejsze wzniesienia ciepłoty. W zimnicy podzwrotnikowej polepszenie było tylko pozorne.

Wechselmann (Berlin) stwierdza na zasadzie swego bardzo obfitego materyału, że arsenobenzol jest środkiem swoistym i że nieprawdą jest, jakoby działał podobnie, jak kalomel, gdyż niejednokrotnie doprowadza szybko do wyniku tam, gdzie nadaremnie przez całe lata leczono kalomelem. Niedostateczny wynik po jednej za małej dawce poprawić można przez ponowne wstrzyknięcie. Nawroty są znacznie rzadsze i tylko ogniskowe. W przypadku wiądu rdzenia stwierdzano poprawę. W jednym przypadku powróciły zniesione odruchy, chociaż W. zastrzega się, iż mógł to być tylko przypadek wiądu pozornego (pseudotabes). Podobnie tłomaczyć można korzystny wynik w przypadkach porażenia postępującego (pseudoparalysis). Badania, wykonane wspólne z Nikolaiem, wykazały, że przetwór »606« nie działa szkodliwie na serce, okolicznościowo tylko obniża parcie; w każdym razie jednak wskazana jest ostrożność w tym kierunku. Wstrzykiwano już arsenobenzol bez szkody nawet w przypadkach schorzeń tętnicy głównej. W żadnym przypadku nie spostrzegano szkodliwego działania na nerw wzrokowy. Miejscowo stwierdzono parokrotnie zgorzel tkanki podskórnej.

Prof. Orth (Berlin) objaśnia dwa preparaty anatomiczne z miejsc wstrzyknięcia »606« w mięśnie pośladkowe. W jednym przypadku był wiąd rdzenia, a śmierć nastąpiła w 12 dni po wstrzykiwaniu. W mięśniach spostrzega się kilka ognisk różnej wielkości, zgorzelinowych, nie zawierających mikrobów, ani ropy, a tylko obumarłą tkankę. W drugim przypadku śmierć nastąpiła w 6 tygodni po wstrzykiwaniu skutkiem raka krtani, obraz zaś anatomiczny ogniska był zupełnie podobny. Przypadki te są dowodem, że po wstrzykiwaniu arsenobenzolu mogą powstawać rozległe martwice tkanki bez objawów zapalnych, utrzymujące się nawet dłuższy czas.

Michley (Berlin) leczył w klinice Prof. Lessera wraz ze Stroscherem i Tomaszewskim 150 przypadków kiły różnych okresów i różnej postaci z bardzo dobrym wynikiem. M. podnosi obok korzystnego działania arsenobenzolu brak objawów ubocznych i polepszanie się stanu ogólnego i odżywienia, co szczególnie jest widoczne w przypadkach charłactwa. Ze wszystkich przypadków spostrzegano tylko dwa razy nawrót choroby, w obu przypadkach wstrzykiwano tylko 0,3 gr.

Prof. Uhlenhuth (Dahlem) omawia doświadczenia swoje z atoksylem, który stosowano z bardzo dobrym wynikiem w chorobach na tle zakażenia świdrowcami i porównywa go z arsenobenzolem, oświadczając, że arsenobenzol działa szybciej i energiczniej. U. nie podziela jednak zapatrywania, że tak przewlekłe choroby, jak kiła i śpiączka afrykańska dają się uleczyć jednem wstrzyknięciem, w przeciwieństwie do choroby krętkowej kur i duru powrotnego, w których ustrój sam współdziała w wyleczeniu przez wytwarzanie niweczników.

Panna Margulies (Petersburg), przedstawia wyniki swych doświadczeń z arsenobenzolem na zwierzętach. Przetwór ten stosowała M. u myszy, zakażonych świdrowcami (dourine, mal de Caderas, Nagana), zakażonych krętkami choroby kur i u królików, szczepionych na mosznach kiłą. Badaniami swemi stwierdziła M., że świdrowce przyzwyczajają się stosunkowo szybko do arsenobenzolu, i jeżeli postępuje się z dawkami ostrożnie i powoli, świdrowce nie giną nawet przy zastosowaniu »dosis tolerans maxima«. Te szczepy odporne na działanie »606« były również odporne na arsacetynę i arsenofenylglicynę. Całkiem inaczej zachowywały się krętki. Dopiero bowiem po długim szeregu przejść przez ustroje zwierzęce można było otrzymać szczep krętków, odporny na arsenobenzol. Krętki nie ginęły wówczas nawet po dużych dawkach, zmieniały jednak swe własności biologiczne i patogenetyczne o tyle, że ich jadowitość była mniejsza. Nie można było jednak otrzymać odpornego na »606« szczepu krętków duru powrotnego. Tosamo odnosi się do krętków kiłowych, na które M. działała z początku bardzo małemi dawkami. Po 2—3 wstrzyknięciach ilość krętków zmniejszała się, a w końcu po następnych wstrzyknięciach krętki wcale się nie pojawiały.

Stern C. (Düsseldorf) zwraca uwagę na te, niezbyt rzadkie przypadki, w których mimo stosunkowo dużej dawki środek Ehrlicha zawodzi; z 80 leczonych przypadków w ośmiu nie może mówić o szybkiem działaniu arsenobenzolu. Z jego spostrzeżeń i badań wynika, że średnia dawka 0,5 gr. przy jednorazowem użyciu okazuje się w niektórych przypadkach za małą, dalej, że przy użyciu dawki 0,7—0,8 gr. mogą się wytwarzać szczepy odporne

na arsenobenzol, wreszcie, że dziś panujące między publicznością przekonanie o możności wyleczenia kiły jednem wstrzyknięciem nie jest słuszne. W przeciwieństwie do często wprost fantastycznego optymizmu, który objawia się niejednokrotnie i w kołach lekarskich, uważa autor za swój obowiązek zwrócić na to uwagę, że czasami nawet wielkie dawki pozostają bez skutku. Ze względu na możność zatrzymywania się arszeniku w ustroju i na preparaty, przedstawione przez Ortha, dowodzące silnego czasami działania miejscowego, uzasadnione jest pytanie, czy można powtarzać dawki wysokie, co właśnie byłoby wskazane u tych, u których zmiany są wobec leczenia arsenobenzolem wyjątkowo oporne.

Prof. Scholz i Beck (Królewiec) wspominają najpierw o trzech przypadkach, w których leczenie zawiodło, co odnoszą w dwóch przypadkach do zbyt małych dawek (0,3 - 0,4 gr.). Następnie zdają sprawę z szybkiego wyleczenia dziecka po wstrzyknięciu karmiącej matce 0,5 gr. arsenobenzolu. W mleku matki stwierdzano w 48 godzin po wstrzyknięciu bardzo małe ślady arszeniku, (mniej, niż $^1/_{10}$ mgr.), które nie mogą być brane w rachubę. Scholz próbował również leczyć chorych z objawami kiły zapomocą surowicy, branej u chorych w 48 godzin po wstrzykiwaniu arsenobenzolu. U dwóch chorych uzyskano w ten sposób zupełne wyleczenie wysypki i kłykcin sączących, u trzech natomiast zauważono tylko z początku poprawę, później jednak nie było postępu w leczeniu. We wszystkich przypadkach krętki zmniejszały się liczebnie i zatracały ruchliwość, znikały jednak tylko czasowo, nie trwale. S. sądzi zatem, że w tym razie wytwarzały się tylko antytoksyny w surowicy.

Michaelis L. przemawia za używaniem rozczynów obojętnych, które wcale nie działają powolniej, niż rozczyny alkaliczne. Arsenobenzol jest dwoistym elektrolitem, który w stanie wolnym posiada małą rozpuszczalność. Rozpuszczalność ta zależy od oddziaływania rozczynu; wobec obojętnego, względnie słabo alkalicznego odczynu krwi i tkanek rozpuszczalność jest bardzo mała. Stąd rozczyn alkaliczny, wstrzyknięty w tkanki, strąca się w znacznej części następowo i stanowi także skład w tkankach, jak nie drażniąca zawiesina obojętna. Wstrzykiwania podskórne zaleca M. robić nie w skórę grzbietu, ale głębiej w powierzchowne mięśnie grzbietowe.

Grünfeld (Odessa) objaśnia przedewszystkiem, że w Rosyi kiła jest tak rozpowszechniona, iż istnieją miejscowości, w których 80% ludności jest tą chorobą dotkniętych. Dlatego Prof. Tarnowsky proponował swojego czasu stworzenie »latających kolumn«, któreby, jeżdżąc z miejsca na miejsce, mogły leczyć wszystkich kiłowych danej miejscowości. Leczenie rtęcią wymaga więcej czasu, natrafia zatem na pewne trudności w proponowanej organizacyi, arsenobenzol zaś przez swe własności szybkiego usuwania zmian najczęściej już po jednem wstrzyknięciu, może oddać w tym razie nieocenione usługi. Obok tego szybki wynik leczenia wzbudzi w ludzie zaufanie do tego sposobu leczenia. (Dok. nast.).

II.

Piśmiennictwo bieżące.

Malinowski F. »Stan obecny leczenia syfilisu preparatem Prof. Ehrlicha »606« i dotychczasowe wyniki własnych doświadczeń«. (Przegl. chor. skórn. i wener. 1910, Nr 8). Po dokładnem przedstawieniu wyników, dotąd otrzymanych przez różnych autorów, spostrzeganych objawów ubocznych, sposobów przyrządzania rozczynu, dawek, zachowania się krętków i odczynu Wassermanna, opisuje M. uzyskane przez siebie wyniki leczenia arsenobenzolem u 65 chorych, dawkami: od 0,4 - 0,5 gr. u kobiet, 0,4—0,6 u mężczyzn, a 0,06—0,15 grm. u dzieci (1—5 lat). Malinowski starał się otrzymywać zawsze rozczyn obojętny i wstrzykiwał przeważnie w mięśnie pośladkowe, rzadziej podskórnie. Ciepłota podnosiła się zawsze po wstrzykiwaniu, czasami do 39° C. i trwała od jednego do kilku dni. Tętno bywało zazwyczaj szybsze, dochodziło nawet do 140 uderzeń, a u jednego chorego, nadużywającego napojów wyskokowych, występowała przy ruchach arytmia. Z objawów ubocznych spostrzegano także u niektórych chorych bole głowy, mięśni, stawów i ogólne osłabienie. Wyjątkowo tylko występowała biegunka, częściej zaś zaparcie stolca. Raz pojawiło się zatrzymanie moczu po wstrzyknięciu płynu, sporządzonego na 5 dni przed wstrzykiwaniem. Przetwór zastosowano u dwóch chorych z kiłą pierwotną, u 22 zdrugorzędną, u 17 z trzeciorzędną i w 17 przyp. kiły układu nerwowego (6 paralysis, 4 tabes, 1 sclerosis dissem.). Autor stwierdza, że w przypadkach nacieków pierwotnych po wstrzykiwaniu nie pojawiła się wysypka, gruczoły jednak i stwardnienia nacieków opierały się leczeniu tak, że autor u dwóch chorych wykonał powtórne wstrzyknięcie. Wysypki plamiste znikały w 1—5 dni, guzkowe w 5—14 dni, guzkowo-krostkowe i drobnoguzkowe po dwóch tygodniach. Najuporczywsze były przerosłe kłykciny sączące. W przypadkach kiły złośliwej wynik był bardzo pomyślny, a najwybitniej objawiało się działanie w ciężkich przypadkach kiły późnej. W przypadkach schorzeń układu nerwowego mówi M. także o dobrych, często nadspodziewanych wynikach, chociaż zastrzega się, że czas spostrzegania był stanowczo za krótki, aby można wypowiadać jakieś pewniejsze zdanie o wynikach w tego rodzaju przypadkach.

Spiethoff. »Arsenobenzol w leczeniu kiły«. (Münch. med. Woch. 1910. 35). Autor zaznacza przedewszystkiem na zasadzie spostrzeżeń u 50 chorych, że dawki obecnie używane (0,5—0,6 gr.) działają znacznie energiczniej, niż pierwotne (0,3). Po tych większych dawkach krętki ginęły już po 24—48 godz., odczyn Wassermanna po kilku tygodniach. U dziecka 2-miesięcznego z objawami ciężkiej kiły wstrzyknięcie 0,02 gr. usunęło zmiany doszczętnie do 12 dni. W żadnym przypadku jednak nie stwierdził S. znikania gruczołów nawet po 3 miesiącach, mimo, iż wstrzykiwał małe ilości arsenobenzolu w same gruczoły chłonne powiększone. Podniesienie ciepłoty, pojawiające się wkrótce po wstrzyknięciu, mija szybko, ale po 2—3 dniach pojawia się znowu, co S. odnosi do zapalenia, wychodzącego z miejsca wstrzyknięcia. S. miał również jeden przypadek śmierci w kilka godzin po wstrzyknięciu 0,5 gr. u chorego z ciężkiem schorzeniem gardła. Sekcya zwłok wykazała kilaki wątroby, przerost serca i zmiany aorty. S. przestrzega zatem w przypadkach ciężkich u chorych wyniszczonych przed dużemi dawkami. W przypadkach niedokrwistości kiłowej i złośliwej nie otrzymał S. korzystnych wyników mimo pozornego polepszenia. Wreszcie zaznacza S., że we wszystkich przypadkach stwierdzał już po 12 godzinach zwiększanie się we krwi ilości krwinek białych i to przeważnie neutrofilów, bez związku jednak z gorączką lub odczynem miejscowym trwało to zwiększenie przez kilka dni.

Dirhot: »Nieoczekiwany wynik u dziecka kiłowego po leczeniu matki przetworem 606«. (Münch. med. Woch. 1910. 35). Z 85 przypadków kiły, leczonych przez autora, zasługuje na uwagę głównie przypadek, dotyczący leczonej arsenobenzolem kiłowej kobiety, u której dziecka objawy kiłowe w trzy tygodnie zupełnie ustąpiły, a przybytek na wadze wynosił 1200 gr. D. przypuszcza w tym przypadku działanie antytoksyn, zawartych w mleku matki, na toksyny u dziecka, ze względu jednak na możliwość, że tylko część krętków wyginęła a część może się odrodzić, radzi wstrzyknąć w podobnych przypadkach arsenobenzol także i dziecku wtedy, gdy ono nabierze sił. D. nie uważa również za paradoks karmienia dziecka chorego przez kiłową mamkę, której wstrzyknięto arsenobenzol, szczególnie wtedy, gdy matka sama karmić nie może.

Schwarz i Flemming. »O wpływie arsenobenzolu,

arsenofenylglicyny, jodku potasu i sublimatu na odczyn Wassermanna«. (Münch. med. Woch. 1910. 37). W sprawie wpływu sublimatu na odczyn W. sądzą jedni autorowie (Dohi, Epstein, Pribram), że ujemność odczynu po leczeniu sublimatem polega na uzyskaniu przez surowicę własności hemolitycznych i porównują surowicę takich chorych z bardzo rozcieńczonym rozczynem sublimatu. Inni zaś, jak Satta i Donatć, twierdzą zgodnie z Bruckiem, że przez dodanie sublimatu nie następuje zmiana odczynu. Co do jodku potasu sądzi Stümpke, że środek ten nie zmienia odczynu, ale dodany w odpowiedniem zgęszczeniu do surowicy prawidłowej wywołuje zahamowanie. Autorowie doszli do tego samego przekonania, że jodek potasu nie zmienia odczynu w surowicach oddziaływających dodatnio, ale wywołuje zahamowanie w surowicy prawidłowej przy dodaniu 1,0—0,05. Co zaś do rtęci, arsenofenylglicyny i arsenobenzolu, to te przetwory nie mają w próbówce własności hemolitycznych. W surowicach zaś o odczynie ujemnym duże dawki (1:100 do 1:1000) arsenofenylglicyny i arsenobenzolu wywołują zupełne zahamowanie.

Wechselmann. »O ponownem wstrzykiwaniu arsenobenzolu«. (Deut. med. Woch. 1910. 37). Autor, rozporządzający dotąd największą ilością leczonych przypadków (900), twierdzi, że nawroty choroby po wstrzykiwaniu »606« są bardzo rzadkie, że dla mężczyzn wystarcza dawka 0,5—0,6 gr., dla kobiet 0,45 i że tylko wyjątkowo należy wstrzykiwanie powtórzyć. U dzieci dotkniętych kiłą wrodzoną wstrzykuje W. bardzo małe dawki (0,015—0,02), ale dwu- a nawet trzykrotnie co kilkanaście dni. U dorosłych ponowne wstrzykiwanie można robić już po 8 dniach, lepiej jednak czekać 3—4 tygodni, gdyż wtedy pozostające jeszcze ogniska choroby są podatniejsze na działanie leku. W. opisuje w końcu przypadki, w których wykonał powtórne wstrzykiwania czy to ze względu na nawrót choroby, czy też powrót odczynu Wassermanna.

Grósz. »Arsenobenzol w kiłowych schorzeniach oczu«. (Deut. med. Woch. 1910. 37). G. zaznacza przedewszystkiem, że Ehrlich, wyłączając z leczenia arsenobenzolem schorzenia oka, nie mógł mieć na myśli chorób powstałych na tle kiły (iritis, scleritis, keratitis), a prawdopodobnie chciał zwrócić uwagę na przypadki zaniku nerwu wzrokowego. G. wspomina tylko pobieżnie, że właśnie w tego rodzaju cierpieniach oka arsenobenzol oddał mu bardzo dobre usługi.

Zeissl M. »Wiadomość o leczeniu pierwszej setki przypadków leczonych arsenobenzolem«. (Wien. med. Woch. 1910. 38). Z przypadków tego autora zasługuje na uwagę przedewszystkiem 10 przypadków nacieków pierwotnych bez wysypki, która po wstrzykiwaniu nie pojawiła się. Ze zmian oczu wyleczył Z. w 4 dniach zapalenie tęczówki, w 6 dniach porażenie akomodacyi. Z. stosował arsenobenzol także w przypadkach schorzeń układu nerwowego wtedy, gdy badanie kliniczne dawało pewne widoki poprawy. W tych razach zaleca Z. stosowanie małych dawek, ale parokrotnie. U dzieci wstrzykiwał także arsenobenzol w odpowiednio małych dawkach.

Dobrovits M. »O korzystnem działaniu »606« na dziecko przez leczenie matki«. (Wien. med. Woch. 1910. 38). Autor opisuje ustępowanie zmian kiłowych u dziecka, urodzonego z objawami kiły, po wstrzyknięciu 0,6 gr. arsenobenzolu karmiącej je matce. Mimo gorączki, utrzymującej się u matki przez dni kilka, ilość mleka nie zmniejszyła się. W dwa tygodnie po wstrzyknięciu były jeszcze resztki zmian u dziecka, dlatego D. sądzi, że i dziecku należy później wstrzyknąć odpowiednią dawkę arsenobenzolu.

Kromayer E. »Wygodna a niebolesna metoda wstrzykiwania arsenobenzolu«. (Berl. klin. Woch. 1910. 37). Autor poleca wstrzykiwać przetwór »606« jako zawiesinę w parafinie, stwierdzając zalety tego sposobu w przeciwieństwie do rozczynu alkalicznego, jak: niebolesność, wygodę i trwałość. Sądzi, że w tej postaci możnaby oddać arsenobenzol do ogólnego użytku.

Schreiber. »O śródżylnem wstrzykiwaniu środka Ehrlicha«. (Münch. med. Woch. 1910. 39). Autor zaleca wstrzykiwania arsenobenzolu do żył, które można powtarzać wedle potrzeby, bo arszenik wydziela się po takich wstrzykiwaniach podskórnych i miąższowych. Śródżylne wstrzykiwania zaleca się głównie w tych przypadkach, w których zależy na szybkiem działaniu, np. w zboczeniach ośrodkowego układu nerwowego. W niektórych przypadkach trzeba po tych wstrzykiwaniach stosować jeszcze wstrzykiwania miąższowe arsenobenzolu. O wynikach trwałych tego przetworu nie można wogóle jeszcze dotąd wydawać sądów stanowczych, bo spostrzeżenia są za krótkie; podobnie nie wiadomo jeszcze, do jakiego stopnia rtęć i jod pozostaną w użyciu jako środki pomocnicze w leczeniu kiły.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie kliniczne d. 15 czerwca 1910 r.

Przewodniczy r. dw. Prof. Wicherkiewicz. Obecnych członków 23.

1) Prof. Kader przedstawia a) chorego po operacyi **raka pęcherza moczowego**. Z cięcia po zewnętrznym brzegu mięśnia prostego brzucha przepiłowano kość łonową i odchylono ją ku górze, poczem wycięto znaczną część ścian pęcherza, a moczowody wszyto w pozostałą część tylnej ściany pęcherza, którą połączono z tylnem ujściem cewki.

b) Przypadek **raka pętli esowatej** u 20-letniego mężczyzny, u którego najpierw założono odbyt sztuczny, a w 6 tygodni później usunięto guz doszczętnie przez udostępnienie miednicy małej skutkiem przepiłowania spojenia łonowego i odchylenia płatu mięśniowo-kostnego ku górze.

c) Preparaty **kamieni żółciowych,** usuniętych operacyjnie.

d) **Kamień moczowy,** który utkwił w moczowodzie, wywołując niedrożność i przerost warstwy mięsnej moczowodu.

e) **Kamień nerkowy,** stanowiący dokładny odlew miedniczki i kielichów nerki, usunięty przez nefrotomię.

f) **Gruczoł krokowy przerosły,** który wywoływał zastój moczu z wzniesieniami ciepłoty do 41,8°, usunięty drogą śródpęcherzową.

g) Chorego **z przykurczeniem uda po zapaleniu szpiku,** u którego po usunięciu martwaka występuje zupełne rozmiękanie kości.

2) Dr Radliński przedstawia chorą, u której z powodu raka skórnego grzbietu ręki dokonał **pokrycia plastycznego** płatem skórnym, wziętym z przedniej powierzchni klatki piersiowej.

W dyskusyi nad demonstracyami zabierają głos: Prof. Kostanecki, Dr Gertler, Prof. Ciechanowski.

3) Prof. Rosner przedstawia a) okaz śródbrzusznego **włókniako-mięśniaka więzadła obłego,** ważący 4850 gr, usunięty operacyjnie. b) Chorą **z przetoką odbytniczo-pochwową**, powstałą »intra coitum«.

4) Przewodniczący odczytuje zaproszenia na Wystawę przeciwgruźliczą w Częstochowie, na V. Zjazd ginekologów w Petersburgu (od 22—28 października), wreszcie na zwiedzenie Domu Altvater w Freiwaldau.

5) Prezes przedkłada imieniem Komitetu projekt regulaminu Towarzystwa, opracowany na zasadzie referatu kol. Ciechanowskiego przez komisyę statutową (Prof. Ciechanowski, Dobrowolski i Kostanecki) i przyjęty przez Ko-

mitet Towarzystwa. Po uwzględnieniu poprawki, wniesionej przez kol. Banneta, uchwalono regulamin jednomyślnie w następującem brzmieniu:

I. Postanowienia ogólne.

§ 1. Towarzystwo lekarskie krakowskie ma na celu utrzymanie się na równi z dzisiejszym stanem nauki lekarskiej, przykładanie się do jej postępu, obznajamianie zagranicy z polskiem piśmiennictwem lekarskiem, zbliżanie do siebie osób, poświęcających się zawodowi lekarskiemu, utrzymanie godności powołania oraz obronę interesów stanu lekarskiego.

§ 2. Towarzystwo nosi miano: »Towarzystwo lekarskie krakowskie«, którem oznaczoną jest pieczęć, mieszcząca prócz tego na sobie dwa berła w połączeniu z laską Eskulapa, wężem obwiniętą.

§ 3. Towarzystwo lekarskie krakowskie, założone w r. 1866, jest od r. 1909 autonomicznym oddziałem Towarzystwa lekarzy galicyjskich. (§ 5. ustawy Tow. lek. gal.).

II. Skład Towarzystwa.

§ 4. Towarzystwo lekarskie krakowskie składa się z członków *a*) czynnych, *b*) korespondentów, *c*) dożywotnich; członkowie tych trzech kategoryi są zarazem członkami Towarzystwa lekarzy galicyjskich i do nich stosują się §§ 2, 3, 4 ustawy tegoż Towarzystwa.

d) Tytułem członka honorowego Towarzystwa lekarskiego krakowskiego mogą być przez Towarzystwo lekarskie krakowskie odznaczone osoby, zasłużone w nauce lub około dobra Towarzystwa. (§ 65 ustawy Tow. lek. gal.).

e) Tytuł członka korespondenta Towarzystwa lekarskiego krakowskiego mogą uzyskać lekarze zakrajowi bez praw i obowiązków członków Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

§ 5. Przyjmowanie członków do Towarzystwa podlega wogóle postanowieniom §§ 62—65 ustawy Tow. lek. gal.

§ 6. Kandydaci na członków czynnych, korespondentów i dożywotnich zgłaszać się mają do Zarządu Tow. lek. krak. pisemnie; jeżeli Zarząd uzna, że kandydat odpowiada warunkom § 12, wówczas przedstawia go Towarzystwu na najbliższem posiedzeniu do przyjęcia przez głosowanie tajne prostą większością głosów.

Lekarzy wojskowych w czynnej służbie przyjmuje Towarzystwo bez balotowania.

§ 7. Na członków honorowych przedstawia kandydatów Zarząd Towarzystwa. Wybór odbywa się na jednem z następnych posiedzeń bez dyskusyi przez głosowanie tajne większością $^2/_3$ głosujących.

§ 8. Wystąpienie, wykreślenie i wykluczenie z Towarzystwa określają §§ 66 do 73 ustawy Tow. lek. gal. z tą zmianą, że Zarządowi Towarzystwa lek. krak. przysługują w zakresie § 66 do 72 tej ustawy prawa Rady zawiadowczej.

III. Prawa i obowiązki członków.

§ 9. Członkowie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego mają wogóle prawa i obowiązki członków Towarzystwa lekarzy galicyjskich, objęte §§ 6 i 7 oraz 49 do 54, 59 i 66 do 73 ustawy tegoż Towarzystwa.

Wpisowe członków Towarzystwa lek. krak. w kwocie K 20, wpływające do kasy Towarzystwa lek. krak., może Zarząd Towarzystwa rozdzielić na 4 raty kwartalne, a w wyjątkowych wypadkach uwolnić w całości lub częściowo od tej opłaty (§ 6 *c*. i 38 *a*. ustawy Tow. lek. gal.).

Członkowie czynni Towarzystwa lekarskiego krakowskiego opłacają wkładkę roczną w kwocie 36 koron w ratach kwartalnych z góry. W ciągu dwóch pierwszych lat po uzyskaniu dyplomu doktorskiego może być członkom czynnym wkładka roczna zniżona przez Zarząd do kwoty 24 koron, płatnych w ratach kwartalnych z góry.

Z opłacanych przez członków czynnych wkładek rocznych przypadają 2 korony rocznie do funduszu pensyjnego i zapomogowego Towarzystwa lekarzy galicyjskich (§ 41 B. *b*) i C. *b*) ustawy Tow. lek. galic.). Skarbnik Towarzystwa lekarskiego krakowskiego wypłaca kasie tych funduszów (za pośrednictwem administracyi »Przeglądu lekarskiego«) z końcem każdego kwartału czwartą część rocznej opłaty do tych funduszów (§ 42 ustawy Tow. lek. gal.), to jest po 50 hal. za każdego członka czynnego co kwartał.

Członkowie honorowi zamiejscowi lub nie lekarze oraz tytularni korespondenci Towarzystwa lekarskiego krakowskiego wolni są od wszelkich opłat.

§ 10. Członka czynnego, nie płacącego przez pół roku wpisowego lub wkładek, wezwie pisemnie skarbnik do uiszczenia zaległości; zalegających z wkładkami pomimo upomnień przez rok ma Zarząd prawo wykreślić.

§ 11. Nieskazitelność charakteru jest warunkiem przyjęcia i należenia do Towarzystwa. Wykroczenia w tej mierze, jakoteż nieprzyzwoite zachowanie się na posiedzeniach Towarzystwa, nieprzyjazne występowanie przeciw niemu, a wreszcie niekoleżeńskie postępowanie, pociągnąć mogą za sobą wykluczenie z Towarzystwa stosownie do § 71 i 72 ustawy Towarzystwa lek. gal.

§ 12. Każdy członek ma prawo do obrony moralnej ze strony Towarz. lek. krak. w sprawach, dotyczących jego czci i dobrej sławy, w granicach, ustawami krajowemi zakreślonych.

§ 13. Każdy członek Tow. lek. krak. ma prawo korzystać z lokalu, czytelni, biblioteki, zbiorów i pracowni Towarzystwa w sposób, określony odpowiednimi regulaminami. Co do wprowadzenia gości obowiązują przepisy takiesame, jak co do udziału gości w posiedzeniach (§ 31.).

IV. Urzędy Towarzystwa.

§ 14. Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Wybiera: A) z pośród swych członków czynnych na dorocznem posiedzeniu wyborczem, bez dyskusyi nad osobami kandydatów, przez głosowanie tajne, prostą większością głosujących:

a) Zarząd, złożony z 9 członków, z których 6 z trzechletnim, a 3 z jednorocznym okresem urzędowania;

b) Komisyę kontrolującą, złożoną z 2 członków, na rok jeden;

c) 5 członków Komisyi redakcyjnej »Przeglądu lekarskiego« na rok jeden;

d) przewodniczących stałych komisyi Towarzystwa, na rok jeden;

B) z pośród zaś członków czynnych Towarzystwa lek. krak. lub Towarzystwa lek. galicyjskich:

a) dwóch delegatów do Rady zawiadowczej Towarzystwa lekarzy galic. na rok jeden (§ 9 ustawy Tow. lek. gal.);

b) delegatów na Walne Zgromadzenie Towarzystwa lek. galic. w sposobie i liczbie, określonych § 35 i 36 ustawy Tow. lek. gal., na rok jeden;

c) jednego członka Komisyi kontrolującej Tow. lek. galic. na rok jeden.

Wybory uzupełniające za urzędników, ustępujących przed końcem swojej kadencyi, mogą się odbyć na resztę kadencyi na każdem posiedzeniu Towarzystwa.

§ 15. Zarząd Tow. lek. krak. tworzą: prezes, wiceprezes, sekretarz doroczny, wybrani na rok jeden — oraz sekretarz stały, skarbnik, bibliotekarz, gospodarz domu, redaktor »Przeglądu lekarskiego«, administrator »Przeglądu lekarskiego«, wybrani na trzy lata.

W posiedzeniach Zarządu biorą nadto udział delegaci do Rady zawiad. Towarzystwa lekarzy galic., o ile zostali wybrani z grona członków czynnych Tow. lek. krak., zamieszkałych w Krakowie, oraz przewodniczący stałych komisyi Towarzystwa z głosem stanowczym w sprawach, dotyczących ich zakresu działania.

Z urzędników, wybranych na 3 lata, ustępują kolejno: w pierwszym roku skarbnik i gospodarz domu, w drugim roku bibliotekarz i sekretarz stały, w trzecim roku redaktor i administrator »Przeglądu lekarskiego« i t. d.

Urzędnicy ustępujący mogą być ponownie wybrani.

Urzędy prezesa, wiceprezesa, sekretarza stałego, skarbnika oraz członków Komisyi kontrolującej wyłączają się wzajemnie; administrator »Przeglądu lek.« nie może być równocześnie członkiem komisyi kontrolującej. Zresztą zaś mogą być dwa urzędy łączone w jednej osobie, ale w takim przypadku przysługuje wybranemu członkowi Zarządu na posiedzeniach jego tylko jeden głos.

§ 16. Posiedzenia Zarządu odbywają się o ile możności co miesiąc, w razie potrzeby częściej. Komplet tworzy 5 członków Zarządu (nie licząc delegatów do Rady zawiadowczej, ani przewodniczących komisyi), wliczając w to przewodniczącego. Uchwały zapadają prostą większością; w razie równości rozstrzyga przewodniczący.

§ 17. Prezes wraz z sekretarzem stałym reprezentują Towarzystwo na zewnątrz i podpisują wszelkie pisma od Towarzystwa.

Prezes układa porządek dzienny posiedzeń Towarzystwa, zwołuje je i przewodniczy na nich, zwołuje i przewodniczy na posiedzeniach Zarządu i przeprowadza tworzenie stałych i czasowych komisyi.

Wiceprezes zastępuje w razie potrzeby prezesa i dopomaga mu w jego czynnościach.

Sekretarz stały zawiaduje archiwum aktów Towarzystwa, prowadzi wszelką korespondencyę i dokładny spis członków Towarzystwa wszelkich kategoryi, wystawia dyplomy członkom, podpisując je wraz z prezesem, i układa sprawozdania doroczne z czynności Towarzystwa; w razie nieobecności prezesa i wiceprezesa przewodniczy na posiedzeniach.

Sekretarz doroczny spisuje i układa celem ogłoszenia drukiem protokoły posiedzeń Towarzystwa, które zatwierdza prezes, a następnie Towarzystwo na najbliższem posiedzeniu. Sekretarz doroczny zastępuje w razie potrzeby sekretarza stałego i dopomaga mu w jego czynnościach.

Skarbnik zawiaduje kasą Towarzystwa, załatwiając wszelkie wypłaty za asygnacyą, podpisaną przez prezesa; układa i przedstawia doroczne sprawozdania kasowe i budżet na rok następny.

Bibliotekarz zawiaduje księgozbiorem i innymi zbiorami Towarzystwa, składając z ich stanu i swych czynności sprawozdanie doroczne.

Gospodarz domu zawiaduje domem Towarzystwa, składając doroczne sprawozdanie z wydatków i dochodów domu.

Administrator »Przeglądu lekarskiego« zawiaduje administracyą tego pisma.

§ 18. Komisya kontrolująca zbiera się przynajmniej raz w rok, (a to w miesiącu styczniu przed posiedzeniem sprawozdawczem), celem sprawdzenia rachunków skarbnika Towarzystwa oraz administratora »Przeglądu lek.«. Z czynności swych zdaje komisya sprawę na dorocznem posiedzeniu sprawozdawczem.

§ 19. Komisya redakcyjna »Przeglądu lekarskiego«, złożona z redaktora, jako przewodniczącego, administratora, dalej prezesa i skarbnika Towarzystwa, oraz 5 członków, wybranych przez Towarzystwo, załatwia samodzielnie wszelkie sprawy tego czasopisma według uchwalonego przez siebie regulaminu.

§ 20. Komisye stałe lub czasowe, wyznaczone do szczegółowych czynności, składają się z przewodniczącego, wybranego przez całe Towarzystwo z grona członków czynnych, i z zaproszonych przez Zarząd Tow. na propozycyę przewodniczącego komisyi członków, którymi mogą być także osoby, do Towarzystwa nie należące.

Komisye mają prawo przybierać dalszych członków, których potem zatwierdza Zarząd Towarzystwa i mogą sobie wybierać odpowiednich urzędników. Sekretarzem komisyi może być tylko członek czynny Towarzystwa.

Prezes i wiceprezes Towarzystwa mają prawo wglądania w czynności komisyi.

Komisye czasowe zdają Towarzystwu sprawę ze swych czynności po spełnieniu swego zadania, stałe zaś na dorocznem posiedzeniu sprawozdawczem.

§ 21. Delegaci do Rady zaw. Tow. lekarzy gal. zdają sprawę ze swych czynności przynajmniej raz w rok na posiedzeniu sprawozdawczem, a delegaci na Walne Zgromadzenie Tow. lek. gal. po każdem Walnem Zgromadzeniu Tow. lek. gal. na najbliższem posiedzeniu Tow. lek. kr.

V. Posiedzenia Towarzystwa.

§ 22. Posiedzenia zwyczajne Towarzystwa odbywają się wogóle według § 25—30 ustawy Tow. lek. gal. — Odbywają się one z reguły dwa razy na miesiąc, a mianowicie we środy po 1 i po 15 każdego miesiąca, albo w też dni, gdyby na środę przypadały, w razie zaś potrzeby także w inne środy miesiąca. Miesiące lipiec, sierpień i wrzesień mogą być od posiedzeń wolne.

§ 23. Przedmiotem posiedzeń, po odczytaniu i zatwierdzeniu protokołu z poprzedniego posiedzenia i po załatwieniu bieżących spraw administracyjnych, są wykłady i demonstracye z zakresu nauk lekarskich i z lekarskiemi w ścisłym związku będących, oraz obrady w sprawach sanitarnych i higieniczno-społecznych w tej kolei, w jakim je na porządku dziennym zapisano.

Demonstracye chorych i okazów ulegających zepsuciu mogą się za zezwoleniem przewodniczącego i w porządku przezeń oznaczonym odbyć na posiedzeniu, chociaż nie są objęte ogłoszonym poprzednio porządkiem dziennym. Demonstracya, nieobjęta porządkiem dziennym, nie może przekraczać 10 minut.

§ 24. Na ostatniem posiedzeniu grudniowem odbywają się wybory urzędników Towarzystwa.

§ 25. Pierwsze posiedzenie styczniowe, które musi się odbyć przed Walnem Zgromadzeniem Tow. lek. gal., jest dorocznem posiedzeniem sprawozdawczem, którego przedmiotem są sprawozdania wszystkich urzędników Towarzystwa, wnioski, przedłożone przez Zarząd i przez inne urzędy Towarzystwa i wnioski naglące członków.

§ 26. Posiedzenie nadzwyczajne zwołać może w razach nagłych w którymkolwiek dniu prezes według własnego uznania, albo na uzasadnione żądanie przynajmniej 5 członków czynnych Towarzystwa.

§ 27. Do kompletu posiedzenia potrzeba obecności przynajmniej 15 członków czynnych Towarzystwa. Uchwały zapadają prostą większością głosów z wyjątkiem spraw, dotyczących majątku nieruchomego i rozwiązania Towarzystwa. Do ważności uchwał w tych sprawach potrzeba bowiem obecności przynajmniej połowy członków czynnych Towarzystwa i większości $^{2}/_{3}$ obecnych, uprawnionych do głosowania. W razie braku kompletu, potrzebnego w tych sprawach, zwołuje prezes w dwa tygodnie później drugie posiedzenie z dokładnie ogłoszonym porządkiem dziennym, którego uchwały ważne są już bez względu na ilość obecnych członków Towarzystwa.

§ 28. Głosowania w sprawach osobistych odbywają się zawsze tajnie, każde inne zaś musi odbyć się tajnie, jeśli tego zażąda 5 członków.

§ 29. Obrady i wykłady na posiedzeniach odbywają się w języku polskim; wyjątkowo, jeżeli mowca nie włada językiem polskim, może użyć innego za wyraźnem upoważnieniem przez prezesa.

§ 30. Jako goście mogą uczestniczyć w posiedzeniach Towarzystwa (z uwzględnieniem przepisów § 29 ustawy Tow. lek. gal.) uczniowie medycyny i osoby nie należące do Towarzystwa, zaproszone przez Prezydyum, lub wprowadzone za zezwoleniem Prezydyum przez członków czynnych.

VI. Organ Towarzystwa.

§ 31. Organem Towarzystwa lek. krak. jest tygodnik »Przegląd lekarski«, będący jego własnością; zarazem jest »Przegląd lekarski« jednym z organów Tow. lek. gal., a może być także organem innych Towarzystw i ciał lekarskich, jeśli pod tym względem nastąpi porozumienie z Towarzystwem lek. krak.

§ 32. Sprawami »Przeglądu lekarskiego« zawiaduje samodzielnie Komisya redakcyjna (§ 20).

§ 33. Towarzystwo lekarskie krakowskie dostarcza każdemu z członków czynnych i korespondentów całego Towarzystwa lek. galic. po jednym egzemplarzu »Przeglądu lekarskiego« na warunkach, określonych § 57 ustawy Towarzystwa lek. galic.

§ 34. Niezależnie od »Przeglądu lekarskiego« może Towarzystwo lek. krak. wydawać inne czasopisma samodzielnie lub wspólnie z innemi Towarzystwami lub ciałami lekarskiemi.

VII. Majątek Towarzystwa.

§ 35. Oprócz udziału we wspólnym majątku Towarzystwa lek. galic. posiada Towarzystwo lekarskie krakowskie majątek własny, który się składa: *a)* z funduszu żelaznego; *b)* z funduszu obrotowego; *c)* z funduszów specyalnych.

§ 36. Fundusz żelazny stanowią: *a)* należące do Towarzystwa nieruchomości (dom Towarzystwa); *b)* znajdujący się w nich inwentarz ruchomy; *c)* kapitały, przeznaczone na utrzymanie domu Towarzystwa, zbiorów i pracowni.

Do funduszu żelaznego wpływają dochody, przeznaczone na ten cel uchwałą Towarzystwa lub wolą ofiarodawców.

§ 37. Fundusz obrotowy powstaje: *a)* z wpisowego członków Towarzystwa lek. krak.; *b)* z opłat rocznych członków Towarzystwa lek. krak., resp. z jednorazowych wpłat członków dożywotnich tegoż Tow.; *c)* z darów i zapisów z wyjątkiem tych, które są wyraźnie przeznaczone na fundusz zapomogowy lub pensyjny Tow. lek. galic. (§ 38 *c.* ustawy Tow. lek. gal.) lub na fundusz żelazny Tow. lek. krak.; *d)* z dochodów od kapitałów i nieruchomości Towarzystwa.

Z funduszu obrotowego opłaca Towarzystwo lek. krak. po 2 kor. rocznie od każdego swego członka do kasy Towarzystwa lek. galic. (na fundusz zapomogowy resp. pensyjny tegoż Tow. [§ 10 alinea 4 niniejszego regulaminu] i §§ 41 i 42 ustawy Tow. lek. galic). Z tego też funduszu opłaca Tow. lek. krak. za dostarczane członkom czynnym i korespondentom Tow. lek. krak. egzemplarze obu organów Towarzystwa lek. gal. kwotę, którą ustanowi Walne Zgromadzenie Tow. lek. gal. (§ 57 ustawy Tow. lek. gal.). Kwoty te wypłaca skarbnik Tow. lek. krak. kasie Towarzystwa lek. gal. oraz administracyom pism (za pośrednictwem administracyi »Przeglądu lek.«) w ratach kwartalnych z dołu (§ 10 alinea 4 niniejszego regulaminu).

§ 38. Funduszami Towarzystwa lek. krak. zawiaduje Zarząd Towarzystwa. O przeznaczeniu ewentualnych nadwyżek funduszu obrotowego rozstrzyga uchwała Towarzystwa na dorocznem posiedzeniu sprawozdawczem, prawomocnie prostą większością głosów powzięta. W sprawach, dotyczących majątku nieruchomego,

rozstrzyga uchwała Towarzystwa według postanowień § 28 niniejszego regulaminu.

§ 39. Komisya kontrolująca obowiązana jest przynajmniej raz na rok przedsięwziąć skontrum funduszów i kasy Towarzystwa; nadzwyczajne skontrum może zarządzić prezes Towarzystwa według własnego uznania.

VIII. Zmiany regulaminu.

§ 40. Zmiany niniejszego regulaminu mogą nastąpić tylko na dorocznem posiedzeniu sprawozdawczem i to tylko na wniosek, podany do Zarządu Towarzystwa przynajmniej na 8 tygodni przed tem posiedzeniem, należycie uzasadniony, a poparty przez 5 członków i przedstawiony Towarzystwu z opinią Zarządu.

Do uchwalenia zmiany regulaminu wystarcza zwykły komplet posiedzenia i prosta większość głosów (§ 27).

§ 41. Uchwały, dotyczące regulaminu, podaje Towarzystwo do wiadomości Radzie zawiad. Tow. lek. gal., która może zażądać ich zmiany tylko w takim razie, gdyby stały w sprzeczności z ustawą Towarzystwa lek. galicyjskich.

IX. Rozwiązanie Towarzystwa.

§ 42. Rozwiązanie się dobrowolne Towarzystwa lek. krak. może nastąpić tylko na posiedzeniu umyślnie w tym celu zwołanem po dokładnem ogłoszeniu przedmiotu obrad, z zastrzeżeniem, zawartem w § 27 niniejszego regulaminu.

§ 43. W razie rozwiązania przymusowego lub dobrowolnego przechodzi majątek Towarzystwa lekarskiego krak. na własność Towarzystwa lek galic., a gdyby ono wówczas nie istniało, wtedy całe mienie Towarzystwa przechodzi na własność istniejącej w kraju Kasy wsparcia ubogich lekarzy, wdów i sierót po lekarzach. Gdyby Kasy takiej podówczas nie było, wtedy całe mienie Towarzystwa ma być użyte na utworzenie funduszu stypendyjnego dla uczniów wydziału lekarskiego, Polaków, bez względu na płeć i wyznanie, urodzonych w Galicyi lub W. Ks. Krakowskiem. Stypendya nosiłyby nazwę: »Stypendyum byłego Towarzystwa lekarskiego krakowskiego«. Do stypendyów tych mieliby pierwszeństwo potomkowie byłych członków Towarzystwa, a w drugim rzędzie potomkowie lekarzy Polaków, bez względu na płeć i wyznanie urodzeni w Galicyi.

X. Postanowienia końcowe.

§ 44. We wszelkich, w niniejszym regulaminie wyraźnie nie wymienionych sprawach, obowiązują postanowienia ustawy Tow. lek. galicyjskich.

§ 45. Każdy członek Towarzystwa lek. krak. otrzymuje egzemplarz ustawy Towarzystwa lek. galic. i niniejszego regulaminu i poddaje się wszelkim w nich zawartym postanowieniom.

Sekretarz: Dr Bujak.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Sekcya neurologiczno-psychiatryczna.

Posiedzenie d. 28. października 1909 r.

1. Kol. Steinberg przedstawił 17 l. chorą C. H. która odmrażała sobie ręce i palce i kiści obrzmiewały, sztywniały, chora doznawała bolów w kończynach górnych. Z nastąpieniem ciepłej pory objawy te znikały. Wiosną r. b. chora zauważyła, że dłoń prawa i palec schudły, że ruchy palców są utrudnione, szczególnie manewrowanie drobnymi przedmiotami; poza tem odczuwała chora bole w całej ręce. Badanie wykazało: silny zanik mięśni kłęba i kłębka, międzykostnych i glistowatych; przedramię i ramię prawe o 1 ctm chudsze. Niektóre mięśnie drobne kiści (opponens dig. V.) nie oddziaływają ani na prąd stały, ani na przerywany, po zatem odczynu zwyrodnienia nie otrzymano. Czucie wszelkich rodzajów zachowane. Odruchy na k. g. pr. osłabione. Drżenia włókienkowe nie występują. Poza tem ze strony układu nerwowego zmian niema. Kol. Steinberg rozpoznaje postępujący zanik mięśni pochodzenia rdzeniowego (atrophia musc. progr. spinal.) (Streszczenie własne).

W dyskusyi kol. Goldblum przypuszcza w danym przypadku raczej zapalenie przednich rogów (poliomyelitis anter. chr. adultorum).

2. Kol. Pański przedstawia przypadek **ostrego bezładu typu móżdżkowego,** połączonego z zapaleniem nerwów nietypowo usadowionem. (Ataxia cerebell. acuta et polyneuritis). Dziecko 4-l., zaczęło chodzić, mając rok. Przed miesiącem uskarżało się na bole w kończynach dolnych, wskutek których gorzej chodzi, często potykając się i przewracając. W pierwszym tygodniu choroby była biegunka; po tygodniu dziecko, bawiąc się na podwórzu, przewróciło się i nie mogło się podnieść. Odtąd chodzi, zataczając się, tylko trzymane za rękę, chodzi jakotako, pozostawione zaś samemu sobie, pada. Z położenia na wznak nie może się samo unieść, ani przełożyć z boku na bok, pozostaje przeto w łóżku stale na wznak. W siedzącej pozycyi utrzymać się może, powstać jednak bez pomocy rąk nie może. Dziecko prawidłowo zbudowane, średnio odżywione, nerwy I, II, VIII, IX normalne. Bolów głowy i wymiotów niema. Gdy dziecko stoi lub chodzi, rozstawia szeroko nogi i zatacza się na bok. Przy zamkniętych oczach znaczny objaw Romberga. W położeniu na wznak unosi dziecko kończyny dolne ku górze dostatecznie wysoko, każdą oddzielnie i razem, przyczem brak bezładu przy otwartych i zamkniętych oczach. Gdy dziecko położyć na ziemi na wznak, nie może ono wyjść z tego położenia pomimo znacznego wysiłku; wstać może dopiero, gdy się je położy na brzuchu: staje ono na rękach i nogach, potem ręce opiera o kolana i unosi tułów ku górze (dziecko nauczyłem tak wstawać, jak wstają chorzy na zanik mięśni postępowy). Siła mięśniowa kończyn dostateczna. Przy ruchach zamiarowych kończyn górnych niema bezładu, ani drżenia zamiarowego. Brak hypotonii. Odruchy kolanowe, ścięgien Achillesa żywe i z obu stron jednakowe, mosznowe i brzuszne górne i dolne żywe. Nieznaczny i niestały objaw Babińskiego i Oppenheima ze str. pr. Czucie na całem ciele zachowane. Czucie mięśniowe nie może być zbadane (dziecko). Mowa powolniejsza, czasami jąkanie się (mowa przed chorobą była zupełnie prawidłowa), oddawanie moczu i stolca prawidłowe. Mięśnie gałek ocznych działają sprawnie, przy skierowaniu wzroku w stronę lewą nieznaczne drżenie gałek. Źrenice oddziaływają na światło i akomodacyę. Tarcza n. wzrokowego lewa więcej przekrwiona, granice niewyraźne. Zaburzeń psychicznych niema. Oddziaływanie mięśni i nerwów kończyn dolnych prawidłowe. Z m. skośnego i prostego brzusznego, jakoteż z mięśni wyprostnych tułowia skurczu otrzymać się nie udało (badanie elektryczne u dziecka niedokładne).

Objawy główne są następujące: raptowne wystąpienie zaburzenia kojarzenia ruchów (ataxia), wyrażające się w trudności utrzymania równowagi w pozycyi stojącej, występujące jeszcze wyraźniej przy chodzeniu lub zamkniętych oczach; niemożność podniesienia się z położenia na wznak lub odwrócenia się z boku na bok; zmiany mowy; drżenie oczu. Raptowne wystąpienie bezładu w staniu i chodzeniu, podobnem do chodu pijanego, przy braku bezładu podczas wykonywania oddzielnych ruchów kończynami dolnemi w położeniu na wznak, nieznaczne zaburzenia mowy, drżenie oczu, wobec braku zaburzeń czuciowych (ataxia spinalis), braku głuchoty, zawrotów głowy, wymiotów (ataxia vestibularis), upoważnia do rozpoznania ostrego bezładu móżdżkowego (ataxia cerebellaris acuta). (O stwardnieniu rozsianem lub chorobie Friedreicha w danym przypadku nie może być mowy). Niemożliwość podniesienia się z położenia na wznak lub wstania z pozycyi siedzącej, jakoteż odwrócenia się z boku na bok przypisać należy osłabieniu mięśni brzucha i mięśni wyprostnych tułowia, powstałemu wskutek rozsianego zapalenia nerwów. Czy krótkotrwała biegunka, spostrzegana w pierwszym tygodniu choroby, była przyczyną zarówno ostrego bezładu, jak i zapalenia nerwów, orzec trudno, aczkolwiek możliwość ta nie jest wyłączona, zwłaszcza wobec tego, iż ta sama przyczyna (n. p. dur) może wywołać każde z tych dwóch cierpień, lub ich kombinacyę. (Streszczenie własne).

Dyskusya: Kol. Goldblum po zbadaniu chorego wyraża przypuszczenie, że kończyny dolne są w stanie niedowładu, że niedowład ten jest przyczyną zaburzeń koordynacyjnych u dziecka przedstawionego, że jest to bezład statyczny w porażonych mięśniach, wobec czego skłonny byłby rozpoznawać w danym przypadku zapalenie przednich rogów rdzenia. — Kol. Zylberlastówna zapytuje, czy w sprawach móżdżkowych występuje objaw Babińskiego. — Kol. Klozenberg przy sposobności przedstawionego przypadku przytacza spostrzegany niedawno przez siebie przypadek, dotyczący jednego z dwojga braci, zapadłych jednocześnie na gorączkową chorobę, prawdopodobnie grypę; oprócz bezładu wybitnie móżdżkowego i drżenia oczu przedmiotowo nic stwierdzić nie było można. Objawy te słabły wraz z opadaniem ciepłoty; po trzech dniach chłopiec, który nie mógł ustać na nogach, chodził zupełnie dobrze po pokoju. Kol. Klozenberg nie przypuszcza, ażeby zapalenie przednich rogów dawało warunki powstawania bezładu nawet statycznego. (Streszczenie własne). — Kol. Pański jeszcze raz omówiwszy rozpoznanie różniczkowe, nie znajduje w przytoczonych objawach możliwości zgodzenia się na rozpoznanie kol. Goldbluma.

3) Kol. Pański przedstawia przypadek **ucisku szyjnej części rdzenia po urazie.** Chory 40-l. przed rokiem spadł ze schodów i zemdlał. Od tego czasu stopniowo rozwija się u niego niedowład górnych i dolnych kończyn. Poważniejszych cierpień, zwłaszcza kiły i gruźlicy nie przebywał. Głowa ustawiona sztywno, ograniczona w ruchach: możliwe są nieznaczne ruchy boczne i lekkie pochylenie głowy naprzód. Głowa i twarz stale zwrócone ku stronie lewej i ku dołowi. Na prawej stronie kręgów (C III—VII), wypuklenie kostno-chrząstkowate, niebolesne przy ucisku. (Badanie kol. Goldmana: wypuklenie o szerokiej podstawie, kostno-chrząstkowej zbitości, niebolesne przy obmacywaniu. Przy wykonywaniu ruchów głowy wyczuwa się i słyszy drobne trzeszczenie). Podnoszenie barków bardzo nieznaczne. Ruchy w stawie łokciowym, w dłoni i palcach ograniczone. Kończyny górne zgięte w łokciu i przyciągnięte do tułowia; palce rąk zgięte, wyprostowanie palców jest niemożliwe. Nieznaczny zanik mięśni pasa barkowego i dłoni. Chód kurczowo-porażny. Odruchy ścięgniste żywe. Obustronne drganie stóp, objawu Babińskiego niema. Odruch mosznowy lewy słaby, prawego brak. Odruchy brzuszne górne czasami występują, dolnych niema wcale. Brak zaburzeń czucia. Oddawanie moczu prawidłowe. Zaparcie stolca. Prawa źrenica szersza, niż lewa. Szpara oczna prawa wydaje się węższą, niż lewa. Język nie zbacza. Na rentgenogramie widoczne jest znaczne wygięcie szyjnej części kręgosłupa w stronę prawą i nadżarcie 2-go i 3-go kręgów szyjnych (kol. Steinberg).

Objawy kliniczne ze strony kończyn są pochodzenia mieszanego: zależne są one od zmian w nerwach obwodowych (zaniki mięśniowe) i od ucisku rdzenia. Powstanie cierpienia po urazie i miejscowe zmiany w kręgach szyjnych wskazują na potrzebę interwencyi chirurgicznej. (Streszczenie własne).

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Ogólny wiec lekarzy austryackich celem zaprotestowania przeciw rządowemu projektowi ustawy o dentystach odbędzie się w Wiedniu z początkiem listopada. Myśl wiecu podała Izba lekarska wiedeńska, a przychyliły się do niej już także obie nasze Izby galicyjskie. R.

Nowe »Koło« Krajowego Związku lekarzy powstało w Przemyślu. Lekarze przemyscy odbyli w d. 25. X. pod przewodnictwem Dr M. Dolińskiego zebranie, na którem po wysłuchaniu referatu delegata Wydziału Związku uchwalono jednomyślnie do Związku przystąpić. R.

Protest przeciwko nowej niemieckiej ustawie o ubezpieczeniu rządowem robotników wysłały do Rady związkowej uniwersytety w Erlangen, Fryburgu, Giessen, Würzburgu, Heidelbergu, Jenie, Lipsku, Rostocku i Strassburgu, jakoteż 72 profesorów z innych uniwersytetów. Protest domaga się wprowadzenia wolnego wyboru lekarza, granicy ubezpieczenia przy dochodzie 2000 marek, jakoteż wprowadzenia izb rozjemczych i komisyi badania posad, złożonych na pół z przedstawicieli kas i lekarzy. X.

Szpitalnictwo prowincyonalne w Królestwie, a samorząd. W Towarzystwie popierania przemysłu i handlu w Kaliszu przedstawił poseł Parczewski referat »O szpitalach i zakładach dobroczynnych w stosunku do projektu samorządu, na tle stosunków gubernii kaliskiej«. Jak wiadomo, projekt samorządu oddaje zarząd zakładami dobroczynnymi instytucyom samorządowym wyłącznie w dwóch miastach: w Warszawie i w Łodzi. W innych miastach pozostać mają stosunki dzisiejsze. Poseł Parczewski, zastrzegłszy się co do wartości przyszłego samorządu, zaznaczył, że jednakże mniejszem złem będzie przekazanie spraw szpitalnictwa i dobroczynności samorządowi miejskiemu, aniżeli pozostawienie ich w dzisiejszym stanie. Referent poddał krytyce całą dzisiejszą gospodarkę w szpitalach i zakładach dobroczynnych w obrębie gub. kaliskiej. Dość wymienić parę przykładów: powiatowe miasto. Koło już w r. 1907 miało z zapisów fundusz 25,000 rb. na budowę szpitala, a jednak dotąd go nie posiada. Gdyby funduszem owym rozporządzały nie biurokratyczne sfery, lecz samodzielnie działająca instytucya, niewątpliwie Koło oddawna miałoby szpital. W Kaliszu ciężary obywateli miejskich na utrzymanie szpitala w przeciągu kilku ostatnich lat powiększyły się dziesięćkroć, że zaś liczba właścicieli chrześcian zmniejsza się, przeto w najbliższej przyszłości cały ciężar utrzymania szpitala spada na barki kilkudziesięciu ludzi. Oprócz tego referent cyframi udowodnił, że w ciągu lat kilkunastu z rubryki szpitala św. Trójcy rada gubernialna przenosiła sumy na utrzymanie innych instytucyi. (Gazeta warsz. Nr 290). R.

Co do ochrony młodocianych robotników i kobiet pracujących pozostawiają ustawy austryackie, zdaniem Hofmokla, wiele do życzenia. Dzień roboczy dla robotników młodocianych nie powinien przekraczać 10 godzin, a koniecznie powinien być krótszy przynajmniej o godzinę od pracy starszych w danej gałęzi. Zarządy fabryk nie powinny przyjmować pracy robotników młodocianych poza godzinami przepisanemi. Młodzi pracownicy powinni prócz godziny na obiad, mieć także po pół godziny wolnej przed i po południu. Co do pracy kobiet, to także praca ich nie powinna przekraczać 10 godzin tak ze względu na zdrowie, jak i na obowiązki rodzinne. Z tych też powodów fabryki w Niemczech przedłużają zamężnym robotnicom godzinę obiadową, by mogły one rodzinie coś ugotować. Dzieci i kobiety powinny być od pracy nocnej wyłączone. Po porodzie robotnica powinna mieć przynajmniej 6 tygodni odpoczynku i powinny być zaprowadzone premie za karmienie. X.

Praca nocna. W Niemczech dążą obecnie energicznie do usunięcia pracy nocnej w piekarniach. W Norwegii, Włoszech, Szwajcaryi i t. p. w wielu miastach wprowadzono już w życie ograniczenie pieczenia do godziny 10 wieczór i publiczność nie narzeka na pieczywo. Natomiast stan zdrowotny piekarzy przez to znacznie się poprawia. X.

Fałszowanie środków spożywczych odbywa się w Peszcie na szeroką skalę, zarówno jak sprzedaż zepsutych. W jednym miesiącu musiano tam zniszczyć 1651 kg. mięsa cielęcego, 1641 baraniego, 859 wołowego, 298 wieprzowego, 4357 sztuk raków, 2460 sztuk jaj, 391 wątróbek gęsich, 145 kg. ryb, 9960 kg. owoców i 100.000 litrów mleka. Wliczone są tu tylko artykuły, sprzedawane w publicznych halach targowych! X.

Ile godzin snu potrzebuje dziecko? Na Zjeździe dla higieny szkolnej twierdził Schelly, że 8-letnie dziecko potrzebuje 12 godzin snu, 10-letnie 11, 15-letnie 10 godzin, a 19-letni młodzieniec 9 godzin. Challon wyznacza dla dzieci 10—12-letnich $10^1/_2$ godzin snu (i to od $8^1/_2$ wieczorem do 7 rano), a dla młodzieży 16—18-letniej 9—10 godzin. X.

Częstość chorób wenerycznych. Ciekawe zestawienie znajduje się w statystyce wojska pruskiego. Mianowicie badania wykazały, że z rekrutów tem więcej jest zakażonych wenerycznie,

im z większego miasta pochodzą, np. z Berlinczyków było zakażonych 41·3%, z mieszkańców miast ponad 100000 — 15·8%, powyżej 50.000 — 10·2%, powyżej 25.000 — 8·0%, ze wsi — 4·4%. X.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 16. X. do 22. X. 1910 zgłoszono przypadków: błonicy 12 † 1 (w tem obcych 7 † 1), ospy wietrznej 2, płonicy 9, odry 25, duru brzusznego 1 † 2 (1 † —), czerwonki 1 † 1 (1 † 1), róży 1 † 1 (1 † 1).

Dr Janiszewski.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego w d. 26. X. b. r., przedstawił Dr Eisenberg preparaty bakteryi z »angina Plaut-Vincent«; w dyskusyi przemawiał Dr Spira. Dr A. Kwaśnicki miał wykład: »Klinika cholery«, a Dr Janiszewski wykład: »Profilaktyka cholery«.

— Kalendarz lekarski krakowski na rok 1911 ukaże się z druku około połowy listopada.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Bolesław Maciszewski, rodem ze Lwowa.

— Na Wydział lekarski zapisało się 418 zwyczajnych i 16 nadzwyczajnych słuchaczów, oraz 26 zwyczajnych i 1 nadzwyczajna słuchaczka, ogółem 461.

— Hr. Helena Mierowa, mieszkająca stale w Wiedniu, ofiarowała pół miliona koron na szpital Czerwonego Krzyża we Lwowie.

— Sejm przyjął sprawozdanie Wydziału kraj. o budowie zakładu dla obłąkanych w Kobierzynie i uchwalił zezwolić Radzie pow. w Buczaczu na zaciągnięcie pożyczki 300.000 kor. na budowę szpitala.

Warszawa. Towarzystwo przeciwgruźlicze warszawskie, utrzymujące »przychodnię« (dyspensatoryum, o którego działalności podaliśmy swego czasu wiadomość), ma 8.784 rb. funduszów zakładowych i rezerwowych, a wydało w r. 1909 na przychodnię 972 rb., na utrzymanie chorych w sanatoryach 193 rb., na urządzenie stacyi dezynfekcyjnej w Otwocku 95 rb. Do Rady Towarzystwa wybrano na zgromadzeniu w d. 21. X. z lekarzy Dr Alfr. Sokołowskiego i Dr O. Hewelkego.

— Częstochowskie ludowe Muzeum higieniczne walczy z trudnościami z powodu braku funduszów na utrzymanie Muzeum i ciążącego na budynku długu 3000 rb.

Z różnych stron. Nagrodę Nobla otrzymał w roku bieżącym fizyolog prof. Kossel z Heidelberga.

— Według gazet finlandzkich rząd rosyjski odmawia systematycznie wypłaty funduszów na szpitale (i inne cele filantropijne i kulturalne), wskutek czego zamknięto już część szpitali w Tamerforsie i Kajanie. Ma to być odwet za to, że sejm finlandzki odmawiał kredytów na projekty rządowe(!).

— W Towarzystwie lekarzy rosyjskich w Moskwie oświadczyła Dr Michajłowa, »że nieobecność rosyjskich lekarzy na międzynarodowym zjeździe ginekologów nie może być tłómaczona przez przypadek, jak np. nieznajomość języka, lecz była świadomym bojkotem zjazdu, który przez osobistość organizatora, prof. Otta, miał bardzo niesympatyczny, niespołeczny charakter«.

— W Ameryce dotąd wolno było w sądach oskarżonemu obierać sobie swojego znawcę lekarza. Ponieważ jednak wiodło to do nadużyć, a owi »znawcy« nie mieli nieraz pojęcia o medycynie sądowej, a nieraz o medycynie w ogólności, przeto obecnie oskarżony wybierać może znawców, ale z listy przedłożonej przez sąd. X.

— Pani Dr Hatfield w Nowym Jorku założyła »Towarzystwo matek dla zwalczania całowania małych dzieci«, a to w celu uchronienia zakażania dzieci chorobami zaraźliwemi przez obcych. X.

— Przetwór »606« wyrabiany być ma fabrycznie pod nazwą »alwaran« i wydawany w rurkach szklanych w dawkach ½ do 1 grama. Cena jednego wstrzyknięcia wypadnie na kilka marek. X.

— Podług statystyki Niemiec warstwy średnie wydają ze swych dochodów 45·5% na życie, z czego (na 100% licząc) 18·7% na mięso, 5·8% na wędliny, 16·2% na chleb, 10·1% na mleko, 6·7% na alkohol i t. p. Na lekarzy zaś (nie wliczając kas chorych i ubezpieczeń) 1·9%. X.

— Wileńska szkoła położnych przy szpitalu św. Jakóba przyjmowała w latach poprzednich 50% żydówek. Często jednak bywało ich nawet i więcej, gdyż nie wszystkie chrześcijanki mogły płacić po 50 rb. rocznie i występowały w połowie roku, żydówki zaś uczęszczały do końca, bo prócz lachu chodziło im, nawet może więcej, o zdobycie prawa zamieszkania poza granicami osiadłości W tym zaś roku, wskutek okólnika ministra oświaty o procentowem ograniczeniu przyjmowania żydów do szkół, liczba przyjętych przyjętych żydówek do szkoły wynosi zaledwo 3. X.

Mianowani: asystentami Uniw. Jagiell.: Dr W. Podłęski (dentystyka), H. Malarski (chemia lek.), W. Bujak i K. Dadej (pedyatrya), J. Kostrzewski i Z. Wachtel (klinika lek.), I. Borowiecki (psychiatrya), T. Kurkiewicz (histologia); Dr Władysław Wyhowski dyrektorem szpitala w Krośnie.

Zmarli: Dr Władysław Paszkiewicz, asystent oddziału chirurgicznego szpitala św. Rocha w Warszawie w 33 r. ż.; padł ofiarą zawodu, zakaziwszy się przy operacyi.

Dr Feliks Głogowski, założyciel i b. prezes, następnie członek honorowy Towarzystwa lekarskiego w Lublinie, w Lachowcach w Lubelskiem w 82 r. ż.

Higienista prof. Forster w Strassburgu, anatom doc. Laccetti w Neapolu.

Redakcya otrzymała: L. Korczyński: 1) Über die wichtigsten neuen Untersuchungsmethoden zur Prüfung der Pankreasfunktion. »Wiener klin. Wochens.« 1910. 2) Therapeutische Erfahrungen mit dem Ehrlich-Hataschen Arsenprepärate bei Erkrankungen innerer Organe syphilitischen Ursprunges. »Österr. Ärzte Ztg.« 1910. — Nowicki W.: 1) Dalsze badania doświadczalne nad stosunkiem nadnercza do nerki. »Tygodn. lek.« 1910. — 2) La substance chromaffine et les reins. »Archives de med. exper.« 1910. — I. H. Wright: The Histogenesis of the Blood Platelets. »Journ. of. Morph.« 1910.

Bibliografia.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in zwölf Monatsheften. Zeszyt X. Monachium, Lehmann. Cena 3 M. 50 f. (cały rocznik 16 M.).

Postępy nauki o chorobach zakaźnych, bakteryologii i higieny, oto treść ostatniego zeszytu »Kursów lekarskich«. Choroby zakaźne opracował prof. Jaksch, ograniczając swój temat do zebrania szczegółów, zdobytych w r. 1909, a odnoszących się do krztuśca, chorób osutkowych, grypy, duru brzusznego, chorób podzwrotnikowych, zimnicy, tężca, wreszcie gruźlicy. W drugiej części zeszytu pomieścił prof Fraenkel rozprawę o nadwrażliwości, dającą jasne pojęcie o obecnym stanie tej sprawy, oraz rozprawę o durze brzusznym i pokrewnych mu chorobach. Przedstawienie obu tych tematów, w zakresie których poczyniono w ostatnich czasach znaczne zdobycze, powitane będzie z uznaniem przez wielu lekarzy-praktyków, nie mogących z natury rzeczy śledzić na własną rękę całego ogromnego ruchu na tem polu. Z.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w październiku 1910.

Gazeta lek. Nr 41 (poświęcony Zjazdowi chirurgów polsk.): A. Ciechomski: Przypadek mięsaka czerniaczkowego, W. Dobrowolski: W sprawie leczenia nowotworów złośliwych okrężnicy. Hubicki i Szerszyński: O wpływie na wątrobę i przewody żółciowe połączenia pęcherzyka z kiszką. J. Jaworski: O krwotokach pochodzenia przymiotowego. F. Kijewski: O zapaleniu uchyłka Meckela. Kryński: Stwardnienie krezki, jako postać kliniczna. S. Karp-Rotermund: Leczenie wakcyną specyficzną przewlekłych zapaleń dróg żółciowych. Z. Sławiński: W sprawie leczenia rozszerzeń żylnych kończyny dolnej. — Nr 42—43. Kozerski (dok.). (42). — Chojko: Spostrzeżenia nad moczówką cukrową oraz przegląd odnośnego piśmiennictwa polskiego. (42—43). — Hornowski i Pruszyński: Ś. p. Andrzej Obrzut. (43). — Messing: Wągrowe zapalenie miękkich opon mózgu i rdzenia. (43).

Medycyna i Kronika lek. Nr 41 (poświęcony Zjazdowi chir. polsk.): Biehler: Metale zaczyny i ich zastosowanie w chirurgii. A. Mincer: O usuwaniu gruczołu krokowego. A. Tuchendler: O rozpoznawaniu spraw chorobowych przełyku. Szlajfsztajn: W sprawie przecinania krtani. B. Jakimiak: Nowe sposoby odkażania skóry pola operacyjnego i rąk. S. Gurbski: Zatrucie maścią szkarłatową. S. Kopczyński: W sprawie wskazań do trepanacyi. H. Higier: Zabiegi chirurgiczne w przelotnych cierpieniach opon mózgu i rdzeniu. — Nr 42—43. Wilczyński (dok.). (42). — Halpern (dok.). (42). — M. Biehler: O wysypkach występujących u dzieci po szczepieniu ospy ochronnej. (43). — W. Sterling: Istota histeryi w świetle nowoczesnych teoryi psychologicznych. (43).

Tygodnik lekarski Nr 40—43. Ziembicki W.: (dok.). (40—41). — Chłapowski (dok.). (40). — Zubrzycki J.: Przypadek uszypułowanego włókniaka sromu. (41). — Hornowski: Nowsze poglądy na miażdżycowe twardnienie tętnic. (41—42). — Spira: O częstości i znaczeniu chorób usznych u dzieci i o zadaniu lekarza usznego w szkole. (42—43). — Zubrzycki: Kliniczne spostrzeżenia nad wyjaławianiem skóry nalewką jodową. (43).

Nowiny lekarskie Nr 10: Wrzosek i Maciesza (dok.). — Rosenhauch: Nowsze badania nad etyologią jaglicy. — Hornowski: O miażdżycowem twardnieniu tętnic (atherosclerosis) ze szczególnem uwzględnieniem tętnicy płucnej, o samoistnych i doświadczalnych schorzeniach tętnic u zwierząt i o wzajemnym stosunku tych procesów. — Jaworski: Wpływ menstruacyi na sferę nerwo-psychiczną kobiety. — Nowakowski: W sprawie opieki nad kalekami w W. Ks. Poznańskiem.

Pamiętnik Tow. lek. warsz. Z. III.: Barach: Włókna Dürcka w ścianach naczyń krwionośnych, ich rola i zmiany, jakim ulegają przy miażdżycy naczyń.

Neurologia polska. Z. II.: Babiński i Barré: Przyczynek do sprawy przymiotu rodzinnego. — Bornstein i Sterling (dok.). — Chodźko: Psychozy kiłowe pod względem klinicznym.

Zdrowie Nr 10: — XXV-lecie »Zdrowia«. — Serkowski i Tomczak: O wpływie soli na bakterye »zatrucia« mięsnego.— W sprawie zapobiegania cholerze. — W. Puławski: Chata wiejska a choroby zakaźne. — K. Tokarski: Działalność lecznicza zakładu w Nałęczowie. — Knappe (c. d.).

Kronika dentyst. Nr 10. M. Krakowski (dok.).

Głos lekarzy Nr 20. Mikołajski: Eksperymenty lekarskie. — Starzewski J.: Z kongresu międzynarodowego dobroczynności publicznej w Kopenhadze. — Ankieta międzynarodowa w sprawie kary śmierci (c. d.).

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

W Zakładzie

dentystycznym Uniw. Jagiell.

wolną będzie 312

posada l asystenta

Zgłoszenia przyjmuje do dnia 1-go listopada b. r.

Prof. Dr Wincenty Łepkowski

Rok XLIX. Kraków, dnia 5. listopada 1910. Nr 45.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z kliniki chirurgicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego. (Dyrektor Prof. Dr B. Kader).

O odmianie sposobu Kadera doszczętnej operacyi przepukliny udowej.

Podał

Dr Z. Radliński.

W r. 1906 ogłosił prof. Kader swój sposób operowania przepuklin udowych [1]), który już wtedy stosował od 3 lat i który od tego czasu dalej systematycznie w klinice krakowskiej bywa stosowany. Sposób ten w krótkim zarysie polega na następującem:

Cięcie przez wyniosłość przepukliny w osi długiej uda. Obnażenie worka przepuklinowego, wydzielenie z otoczenia aż do wrót od zewnątrz, opróżnienie worka przez wyciśnięcie treści do jamy brzusznej; w razie zrostów przepukliny ze ścianą worka, nacięcie worka i uwolnienie worka od zrostów. W przedłużeniu cięcia pierwszego, leżącego poniżej więzadła Pouparta, robi się ponad więzadłem małe cięcie laparotomijne, dolnym końcem nie dochodzące do więzadła na $1^1/_2$—2 cm. Worek przepuklinowy wpukla się do jamy brzusznej, wynicowując go, przyczem robi się to od zewnątrz, ująwszy kleszczykami cypel worka, albo od wewnątrz, wprowadziwszy kleszczyki od strony jamy brzusznej do worka i ująwszy cypel worka od wnętrza. Przeciągnięty do jamy brzusznej worek pociąga się, dopóki szyjka jego nie opuści kanału udowego i nie stanie od niego w parocentymetrowej odległości; w ten sposób okolicę kanału udowego od wewnątrz pozbawia się otrzewnej ściennej na pewnej przestrzeni. Worek przewiązuje się u podstawy przy dolnym końcu cięcia laparotomijnego i obcina ponad przewiązką.

Od wewnątrz zaszywa się paru szwami jedwabnymi wejście do kanału udowego, ujmując w szew z jednej strony więzadło Pouparta, z drugiej — okostną kości łonowej lub razem z nią i powięź mięśnia grzebieniastego (m. pectineus). Żyła udowa, przebiegająca w zewnętrznej części zaszywanego otworu, zmusza tu do postępowania ostrożnego. Teraz kilku szwami jedwabnymi zaszywa się otwór laparotomijny w otrzewnej; dolnym z tych szwów ujmuje się i przymocowuje do otrzewnej ściennej kikut worka przepuklinowego. Szwy otrzewne robi się według typu Lemberta, t. j. z wkłuciem i wykłuciem na powierzchni surowiczej, przez co otrzewna zrasta się mocniej i szerszemi powierzchniami, niż przy szwie linijnym. W szew ten ujmuje się również tylną powięź mięśniową. Następuje szew powięzi zewnętrznej mięśniowej w cięciu laparotomijnem i zaszycie paru szwami katgutowymi wylotu zewnętrznego kanału udowego w górnym końcu dolnej rany w kierunku poprzecznym lub podłużnym, — zależnie od ukształtowania tego wylotu w danym przypadku, t. j. w tym kierunku, w którym szew daje mniejsze napięcie. Czasem zachodzi potrzeba podwiązki żyły odpiszczelowej (v. saphena magna). Szew jedwabny na skórę.

Sposób ten ma następujące zalety:

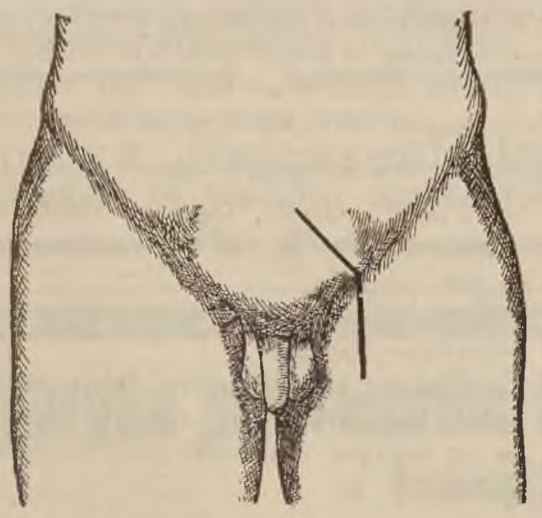
1. Znosi lejek otrzewny, idący do kanału udowego i zamienia go w stożek, wierzchołkiem zwrócony ku jamie brzusznej.
2. Zmniejsza podatność otrzewnej w tej okolicy przez wytworzone napięcie.
3. Kanał udowy zamyka szwem dwupiętrowym, t. j. jedno piętro od wewnątrz, od jamy brzusznej, drugie od zewnątrz, od strony dołka owalnego (fovea ovalis).

Jedyny, dotychczas spostrzeganiem operowanych zresztą nieusprawiedliwiony zarzut, który temu sposobowi uczynićby można, jest ten, że w dolnej części ściany brzusznej zadaje się ranę laparotomijną. Pomimo specyalnego, jak zaznaczyłem, typu szwu otrzewnego, który i przy innych laparotomiach bywa w klinice krakowskiej z dobrymi wynikami stosowany i pomimo całej ścisłości aseptyki może się zdarzyć, że wystąpi przepuklina w bliźnie ściany brzusznej. Wiemy, że do przepuklin takich, nawet w najpomyślniejszych warunkach aseptyki, posiada szczególną skłonność dolna połowa przedniej ściany brzusznej. Z drugiej strony wiemy, że tej skłonności możemy skutecznie przeciwdziałać przez wyzyskanie warunków anatomicznych mięśnia prostego brzucha, jak to dla operacyi wyrostka robaczkowego podał Jalaguier, a dla laparotomii pośrodkowych Lennander. Zastosowanie pomysłu Jalaguiera do laparotomii, dokonywanej przy operacyi przepukliny udowej sposobem Kadera, stanowi zaproponowaną przezemnie odmianę tego sposobu. Zabieg w tej odmianie przedstawia się następująco:

Cięcie w osi długiej uda nad wyniosłością przepukliny i postąpienie z workiem, jak wyżej. Przedłużenie cięcia skórnego ponad więzadło Pouparta, ale nie w kierunku prostym, lecz z odchyleniem na poziomie więzadła ku linii środkowej.

[1]) Przegl. lek. 1906. Nr 51.

W ten sposób otrzymujemy cięcie kątowe z wierzchołkiem kąta na więzadle Pouparta. (Rys. 1). Górne ramię tego cięcia ma długość 6—7 cm i skierowane jest tak, by jego przedłużenie w myśli przecięło smugę białą, w środku między pępkiem a spojeniem łonowem lub cokolwiek niżej. W linii tego cięcia dochodzimy przez tkankę tłuszczową podskórną do połyskującej żółtawej powięzi m. skośnego zewnętrznego (aponeurosis m. obl. ext.) o charakterystycznym kierunku włókien. Ostrymi hakami rozciągamy mocno brzegi rany i udostępniamy powięź tę na przestrzeni 4—5 cm. Nacinamy tę powięź w kierunku lekko skośnym od góry i zewnątrz w dół i ku wewnątrz na przestrzeni powyżej wspomnianych 4—5 cm i natrafiamy na następną warstwę, na powięź m. skośnego wewnętrznego, niekiedy jeszcze w obrębie jego dolnych włókien mięsnych, odchodzących od więzadła Pouparta. Po przecięciu tej warstwy natrafiamy na mięsień prosty brzucha. (Rys. 2). Odsuwając hakiem zewnętrzny brzeg otwartej jego pochewki ku zewnątrz, z łatwością odnajdujemy zewnętrzny brzeg m. prostego i na tępo wyosobniamy go z rynienki, stanowiącej przejście przedniej ściany jego pochewki w tylną. Wyosobniony mięsień prosty

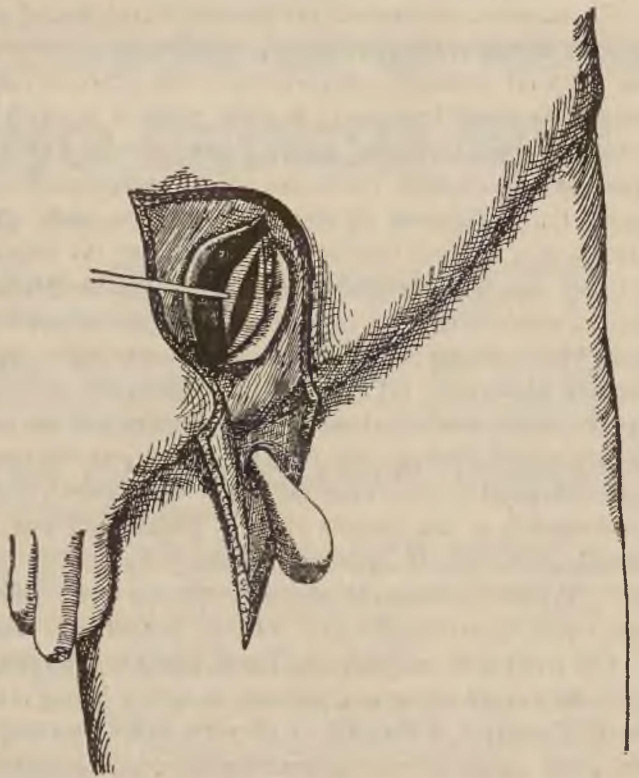


Rys. 1. Kątowe cięcie skórne.

odciągamy szerokim tępym hakiem ku wewnątrz i docieramy przez to do tylnej ściany pochewki mięśnia, wytworzonej tu przez powięź m. poprzecznego (aponeurosis m. transversi.). (Rys. 3). Przez tę ścianę pochewki wyraźnie przeświecają naczynia nabrzuszne dolne (vasa epigastr. inf.). Ku wewnątrz od tych naczyń, w tym samym kierunku, co i cięcie przedniej ściany pochewki, nacinamy tylną ścianę, oszczędzając naczynia nabrzuszne dolne. Parę drobnych gałązek naczyniowych, przebiegających ku linii środkowej, lepiej jest przed przecięciem ująć w kleszczyki tętnicze. Po przecięciu tylnej ściany pochewki m. prostego, a wraz z nią i powięzi poprzecznej i otrzewnej (fascia transversa et peritoneum) uzyskujemy mały otwór laparotomijny 3—4 cm, który zupełnie wystarcza do wykonania z workiem przepuklinowym postępowania podług sposobu Kadera. Aby sobie nie zacieśniać pola operacyjnego, nie zaszywamy na razie otrzewnej, ale tylko wynicowawszy i przeciągnąwszy worek przepuklinowy do nacięcia otrzewnej, tymczasowo worek tam umocowujemy kleszczykami, i nacięcie w otrzewnej zabezpieczamy wetknięciem rogu chustki wyjałowionej. Teraz ostrym 4-zębnym hakiem, wprowadzonym do nacięcia w tylnej pochewce m. prostego, odciągamy zewnętrzny jej brzeg mocno ku zewnątrz i ku dołowi, dogodnie udostępniamy sobie okolicę wejścia do kanału udowego od strony



Rys. 2. Worek przepuklinowy wyosobniony. Brzegi górnej połowy cięcia skórnego rozciągnięte i nacięta przednia ściana pochewki m. prostego; między rozciągniętymi brzegami nacięcia w pochewce widoczny jest mięsień.



Rys. 3. Mięsień prosty odciągnięty hakiem przyśrodkowo; widoczna tylna ściana pochewki i w niej cięcie, otwierające jamę brzuszną. Zaznaczony przebieg naczyń nabrzusznych dolnych.

jamy brzusznej — i zaszywamy go typowo paru szwami z jedwabiu. Zlekka skośny przebieg cięć w ścianach pochewki m. prostego pozwala to udostępnienie wykonać zupełnie wystarczająco i lepiej, niż przy cięciu pionowem.

Wynicowany i podciągnięty wysoko worek przepuklinowy przewiązujemy jedwabiem, ponad przewiązką obcinamy i uzyskany kikut umocowujemy 1—2 szwami jedwabnymi w linii zaszywania otrzewnej, którą zaczynamy od góry. Z początku ujmuje się w szew otrzewną, powięź poprzeczną i tylną ścianę pochewki m. prostego, poniżej, gdy otwór w otrzewnej już został zamknięty, ta sama linia szwu, idąc ku dołowi, zamyka nacięcie w tylnej ścianie pochewki m. prostego. Na tę linię szwu układamy m. prosty brzucha, tak, iż staje się ona niewidoczną i umocowujemy brzeg mięśnia 1—2 szwami katgutowymi luźno w jego położeniu pierwotnem. Ponad mięśniem prostym zaszywamy szwami katgutowymi przednią ścianę jego pochewki. Dalsze postępowanie jest zupełnie takie samo, jak w sposobie podstawowym.

Podnoszę tu dwie okoliczności techniczne:

1. Zarówno przy nacinaniu, jak i przy zaszywaniu tylnej ściany pochewki m. prostego należy całą uwagę zwrócić na naczynia nabrzuszne dolne i unikać skaleczenia ich lub nakłucia igłą. Gdyby takie skaleczenie uniknąć się nie dało, należy zapobiedz powstaniu szybko szerzącego się krwiaka przedotrzewnego przez okłucie.

2. Zalecam jedno, wyżej opisane wspólne cięcie skórne kątowe, a nie dwa (jedno na worku przepuklinowym poniżej więzadła Pouparta, a drugie osobne na ścianie brzusznej), ponieważ w ten sposób, szczególnie przy trochę grubszej podściółce tłuszczowej, uzyskujemy większą ruchomość tej listwy mięśniowo powięziowej nad więzadłem Pouparta, której odchylenie hakami ku dołowi udostępnia nam wejście do kanału udowego od strony jamy brzusznej. Niedostateczny dostęp do tej okolicy może utrudnić zarówno dokładne wykonanie tak ważnego aktu, jak zaszycie tego wejścia od wewnątrz, jak i ominięcie żyły udowej, przy konieczności operowania igłą w głębi. Kątowy przebieg cięcia skórnego daje znaczną ruchomość brzegów rany skórnej wraz z podściółką tłuszczową i dostęp zupełnie dobry do wszystkich miejsc nam tu potrzebnych. Prócz tego górne ramię tego cięcia krzyżuje się poniekąd z linią cięcia w pochewce m. prostego, co usuwa jeszcze jeden warunek następowego powstania przepukliny w bliźnie.

Opisaną odmianą operowano dotychczas 12 przypadków. Jeden z nich był przedstawiony w Towarzystwie lekarskiem krakowskiem w jesieni 1908. W innym przypadku, w którym już poza kliniką (chora opuściła klinikę w tydzień po zabiegu) powstało ropienie w ranie, miałem sposobność po zagojeniu się widzieć w 3 miesiące po operacyi bliznę szerszą, niż po zagojeniu się doraźnem, ale mocną i niepodatną i zupełnie się nie wypuklającą przy działaniu tłoczni brzusznej (np. przy kaszlu).

W sprawie wyczuwalności wyrostka robaczkowego.

Podał

Prof. Dr Witold Orłowski (Kazań).

(Dokończenie).

Przytoczone powyżej wyniki moich badań zostały w ostatnim czasie podane w wątpliwość przez Rudnickiego, który w swej pracy radzi »zachować się względem nich do pewnego stopnia krytycznie«. Wypracowawszy własną metodę macania wyrostka według zasady, przeciwnej tej, na której opiera się moja metoda, przekonał się Rudnicki, że wyrostek robaczkowy można wyczuć zaledwie w 12—13%, jakkolwiek liczby te gotów jest nieco podnieść. Na dowód słuszności i prawdziwości tych liczb przytacza Rudnicki obrachowania teoretyczne, biorąc za punkt wyjścia statystykę Rostowcewa (5). Wreszcie, nie zgadza się Rudnicki również z moim poglądem, że wyrostek może być wyczuwalny i bolesny u osób, które nigdy nie przechodziły zapalenia wyrostka. Według jego zdania, »dla wyczuwania jest dostępny prawdopodobnie tylko wyrostek patologiczny«. »Jeśli« — mówi Rudnicki na innem miejscu — »Prof. Orłowski z jednej strony i badacze w Krakowie Jaworski i Łapiński z drugiej znaleźli w swych badaniach bolesność wyrostka, pierwszy u 58%, a drudzy u 67% zbadanych przez nich osób i na podstawie tych wyników nie uważają bolesności wyrostka za objaw jego stanu chorobowego, to dla mnie powstaje wielkie pytanie, czy istotnie we wszystkich ich przypadkach to, co oni wyczuwali, było wyrostkiem robaczkowym?« Wobec doniosłości zagadnień, które porusza Rudnicki, postaram się rozejrzeć się w nich i oświetlić krytycznie jego badania i wnioski, korzystając ze źródeł piśmienniczych i własnych spostrzeżeń i doświadczeń.

Naprzód zwrócę uwagę na sprzeczność, którą wykazują faktyczne dane Rudnickiego i jego wnioski, osnute na tych danych. Istotnie z przytoczonych powyżej jego słów można wnosić, że według jego zdania jest wyczuwalny tylko wyrostek chorobowo zmieniony. Temu w zupełności odpowiadają i te teoretyczne obliczenia, które Rudnicki przeprowadza dla udowodnienia, że wyrostek już wskutek swojego położenia nie może być wyczuwalny częściej, niż w 16%. Co się zaś tyczy wyczuwalności zdrowego wyrostka, to Rudnicki mówi: »Czasami jednak zdarzają się przypadki, gdy ten narząd wyczuwa się w kształcie cienkiego miękkiego robaczka; przytem palec odnosi wrażenie niby od tkanki prawidłowej, jednocześnie jednak nawet przy najsilniejszym ucisku chory nie odczuwa bolesności; w tych przypadkach mamy niby prawo mówić o zdrowym stanie wyrostka«. Wobec tego jednak, jak pogodzić z tem dalsze zdanie Rudnickiego: »W każdym razie zaznaczam, że wśród setek przypadków, w których wyczułem wyrostek, takich przypadków, w których wyrostek zdawałby się mi zmienionym chorobowo, było nader niewiele, najwyżej koło dziesięciu«? Przecież ostatnie zdanie, któremu przeczy poprzednie, świadczy o tem, że w przeważnej liczbie przypadków Rudnicki wyczuwał wyrostek, którego nie można było, według jego własnego zdania, uznać za zmieniony chorobowo. Z takiem twierdzeniem o wyczuwalności wyrostka prawidłowego zgadzam się w zupełności. W artykule Rudnickiego są jednak i dalsze dowody wykazanej przezemnie wyczuwalności wyrostka u osób, które nie przechodziły zapalenia wyrostka. Jednocześnie z tem krytyczne rozejrzenie się w danych Rudnickiego z łatwością przywiedzie nas do wniosku o słuszności mojego poglądu nietylko na wyczuwalność wyrostka zdrowego, lecz i mojego zapatrywania, że wyczuwalny wyrostek może być bolesny u osób, u których nic nie wskazuje na przebyte lub istniejące za-

palenie wyrostka. Istotnie, wśród 72 przypadków, w których Rudnicki wyczuł wyrostek, »w 43 istniał bolesny lub zgrubiały wyrostek, nie sprowadzając żadnych objawów, któreby można było zgodnie z istniejącemi dziś danemi jemu przypisać«. Tak więc u Rudnickiego z wyczuwalnych wyrostków wyrostek w 59·7% był bolesny lub zgrubiały, jakkolwiek obrazu klinicznego zapalenia wyrostka ani w wywiadach, ani podczas badania nie było. W moich danych, które Rudnicki podaje w wątpliwość, odpowiednia liczba okazała się ku mojemu zdziwieniu nawet nieco mniejsza, takie samo bowiem zjawisko spostrzegałem przy badaniu o wiele większej liczby przypadków w 58·4% (na 146 przypadków z 250 wyczuwalnych wyrostków). Nie ulega więc wątpliwości, że moje twierdzenie, które Rudnicki stara się obalić, mianowicie, że wyrostek może być wyczuwalny i bolesny u osób, które nigdy nie przechodziły zapalenia wyrostka i nie przedstawiają objawów jego schorzenia podczas badania, jest słuszne. Te zdania potwierdzają, a nie obalają, jak mniema Rudnicki, jego własne badania. Rozchodzimy się nie w spostrzeganiu samego faktu, ale oczywiście w jego tłómaczeniu. Rzecz prosta, że wyrostek robaczkowy może czasami ulegać znacznym zmianom tam, gdzie za życia chorego żadnych objawów zapalenia jego nie było. Lecz tłómaczyć tą okolicznością tak wysokiej częstości wyczuwalnych bolesnych wyrostków, która dosięga w moich badaniach 58·4%, u Rudnickiego zaś 59·7%, nie uważam, co do mnie, wbrew Rudnickiemu, za możliwe, co też zaznaczyłem już w pracach dawniejszych.

Tak więc zarzuty, które podnosi przeciwko moim wnioskom Rudnicki, obalają jego własne dane. Dalsze dowody, które przytacza Rudnicki dla obrony swej nizkiej liczby wyczuwalnych wyrostków, są oparte na obliczeniach teoretycznych. Rozważmy jednak, o ile one są istotnym dowodem? Czy istotnie przemawiają one przeciwko tej częstości wyczuwalnych wyrostków, którą stwierdziłem w swych badaniach? Bieg rozumowania Rudnickiego jest następujący: Według statystyki Rostowcewa, położenie wyrostka robaczkowego jest takie, że liczyć na jego wyczuwalność możemy zaledwie w 50%, ponieważ zaś według twierdzenia Jofta i Tuffiera chory wyrostek znajdujemy u 30% wszystkich ludzi, więc »jeśli zważymy, że dla wyczuwania jest dostępny, jak wyżej mówiliśmy, prawdopodobnie jedynie wyrostek zmieniony chorobowo, to z tego wynika, że ze wspomnianych 50%, w których położenie wyrostka wogóle pozwoliłoby go wyczuć, wyrostek może teoretycznie być wyczuwany w przybliżeniu w 16% wszystkich przypadków — liczba, która jest zbliżona do empirycznie otrzymanej od nas odsetki«. Całe jednak to rozumowanie jest mylne, zarówno w swem założeniu, jak i we wniosku. Istotnie, już wyżej wykazałem, że, zgodnie z twierdzeniem samego Rudnickiego, te wyrostki, które on wyczuwał, można było uznać za zmienione chorobowo zaledwie w nader nielicznych przypadkach wśród setek, w których wyrostek był wyczuwalny. Jeśli więc już prawidłowy wyrostek może być wyczuwany, co twierdzę stanowczo, to teoretyczne określenia tej odsetki, przy której jego położenie anatomiczne pozwala go wyczuć, musimy prowadzić inaczej. Mianowicie, w razie stosowania mojej metodyki, wyrostek można uznać za dostępny dla wyczuwania w tych przypadkach, gdy odbiega on od kątnicy w kierunku ku wewnątrz i ku dołowi lub wprost ku wewnątrz do linii środkowej lub wreszcie ku wewnątrz i górze. W statystyce Roztowcewa podobne przypadki wynoszą 50% (50 z 99), w statystyce Turnera (6) 73%, w obszerniejszej statystyce Nowickiego (7) (420 zwłok) 54·5%, u Sprengla (8) (93 sekcyi) 78·5%, Filimowskiego (9) (100 sekcyi) 44%. Jeśli zwrócimy się do danych nie po śmierci, lecz za życia uzyskanych, to odpowiednie liczby wynoszą u Krügera (10) (375 przypadków) 47·5%, Sprengla (100 przypadków) 50%. Przekonujemy się więc, że i teoretyczne obliczenia nie przemawiają na korzyść poglądów Rudnickiego, lecz przeciwnie stoją w zgodzie z wynikami moich badań, które dowiodły, że wyrostek może być wyczuwany w 49%.

Przechodzę teraz do ostatniego punktu, mianowicie do omówienia wybitnej różnicy w częstości wyczuwalności wyrostka w badaniach moich i Rudnickiego. Rudnicki, stosując własną metodę, mógł wyczuć wyrostek zaledwie w 12 do 13% wszystkich zbadanych przypadków i na mocy tego twierdzi, że »znaczna część z 49% wyczuwalnych przez Prof. Orłowskiego wyrostków trzeba tłómaczyć przez błędne uznanie za wyrostek przykątniczej części jelita biodrowego, najczęstszej przyczyny pomyłek w podobnych przypadkach«.

Z podobnym wnioskiem Rudnickiego zgodzić się stanowczo nie mogę. Wziąć kątniczą część jelita biodrowego, nawet skurczoną, za wyrostek robaczkowy, można, mojem zdaniem, jedynie przy niedość uważnem badaniu, wyrostek bowiem różni się od pętli jelitowych stałością swej zbitości i objętości i brakiem kruczenia podczas badania. O tem zresztą wspomniałem już wyżej. Pomyłka jest możliwa jedynie w przypadkach nader długo trwającego skurczu końcowego odcinka biodrowego, na podobieństwo tej rzadkiej postaci klinicznej, którą opisał w końcu roku zeszłego Rinne (11). Jeśli jednak takie przypadki są możliwe, to można je przecież odróżnić przez to, że zawsze im towarzyszy znaczna bolesność; z drugiej zaś strony są one tak rzadkie, że mylne uznanie takiej spastycznie skurczonej pętli jelitowej za wyrostek nie mogłoby przy tak wielkiej liczbie spostrzeżeń, jak moja, wpłynąć na wyniki moich badań. Rzecz prosta, że zdarzają się również przypadki, w których kątnicza część jelita biodrowego nie daje podczas badania kruczenia i nie zmienia swej zbitości i objętości. W takich przypadkach dla rozwiązania pytania, czy wyrostek jest wyczuwalny, należy bezwarunkowo dokonać ponownych badań, co zresztą już zaznaczyłem wyżej. Co się tyczy możliwości innych pomyłek, to już sam Rudnicki powiada: »Wyczuwalny wyrostek daje wogóle tak znamienne uczucie, że nie można go pomieniać z czemś innem, oprócz wspomnianej przykątniczej części jelita biodrowego i to tylko w tym razie, jeśli ta pętla jest spastycznie skurczona«.

Jeśli rzecz tak się ma, jeśli materyał Rudnickiego przemawia na korzyść nie jego, lecz moich wniosków, to musimy zadać sobie pytanie, czy nieznaczna odsetka wyrostków, która była w badaniach Rudnickiego wyczuwalna, nie zależy od złych stron metodyki lub nieprawidłowości jego obliczeń? Nie zatrzymując się szczegółowo nad metodyką Rudnickiego, zaznaczę jedynie, że Rudnicki przykłada ogromną wagę do wyczuwania wyrostka na całej jego długości aż do końca. Z jego artykułu jednak nie można wyrobić sobie zdania, czy wynikom takiego badania (bezwa-

runkowo bardzo cennego) nadaje on rozstrzygające znaczenie, zwłaszcza, czy Rudnicki w przypadkach, gdy dolny koniec wyrostka nie jest wyczuwalny, uznaje wyrostek za niewyczuwalny? Rzecz w tem, że wyrostek wyczuwa się na całej przestrzeni, według moich badań, stosunkowo rzadko. Tę okoliczność uznaje zresztą i Rudnicki, gdy twierdzi, że jeśli wyczuwany twór jest wyrostkiem, »to często (jakkolwiek nie zawsze) odczuwa się, jak on się obrywa...« Jeśli więc Rudnicki zaliczał do grupy wyczuwalnych jedynie te wyrostki, które zdołał wyśledzić na całej ich długości, to wobec tego, co przed chwilą omówiłem, otrzymana przez niego nizka odsetka staje się zrozumiałą. Zresztą przy tem tłómaczeniu nizkiej odsetki Rudnickiego obstawać nie będę, ponieważ odpowiednia część artykułu Rudnickiego nie jest jasna. Muszę jednak stanowczo potępić te dowolne obliczenia, które Rudnicki przeprowadza dla wysnucia swoich wniosków, a przez które wszystkie jego badania, dotyczące częstości wyczuwania wyrostka robaczkowego, tracą zupełnie wartość. Rudnicki mianowicie zaznacza, że z 1150 zbadanych przez niego przypadków był wyrostek robaczkowy wyczuwalny przy pierwszem badaniu zaledwie w 72, lecz, jak mówi: »Należy przypuszczać, że odsetka wyczuwalności była znacznie wyższa, ponieważ z jednej strony u pewnej liczby chorych macania wyrostka nie podejmowałem, z drugiej zaś strony było dużo chorych, u których przy pierwszem badaniu wyrostka nie znalazłem, lecz wyczuwałem go przy powtórnych badaniach; te przypadki nie weszły również do liczby wyczuwalnych wyrostków; wobec tego prawdopodobnie nie pomylę się, jeśli oznaczę odsetkę moich chorych, u których wyrostek był wyczuwalny na 12—13%«. Z przytoczonego zdania jest dla każdego zupełnie oczywistem, o ile są nieuzasadnione wnioski, które wysnuwa Rudnicki, oczywiście zupełnie dowolnie, z liczb nieokreślonych i również dowolnych. Prawda naukowa powstaje jedynie pod warunkiem ścisłych spostrzeżeń, zwłaszcza w tych przypadkach, w których opiera się ona na danych statystycznych. Krytyczny rozbiór faktów, stwierdzanych przez badacza, powinien być witany z uznaniem, ponieważ toruje on drogę do istotnej prawdy, lecz musi być on osnuty również na ścisłych, nie zaś na dowolnych liczbach. W przeciwnym razie nie dodaje on żadnej nowej cegiełki do budowy naszej wiedzy, a mniej obeznanego ze sprawą czytelnika może z łatwością wprowadzić w błąd. Dla tej właśnie przyczyny pozwoliłem sobie nieco dłużej zatrzymać się na pracy Rudnickiego, korzystając jednocześnie ze sposobności, by ponownie zaznaczyć swoje poglądy, dotyczące wyczuwalności wyrostka robaczkowego, które nietylko wcale się nie zmieniły po pracy Rudnickiego, lecz przeciwnie po ponownem rozważeniu sprawy i rozbiorze tych liczb Rudnickiego, które są przytoczone ściśle, jeszcze więcej się utrwaliły. Kończąc, muszę zaznaczyć, że otrzymana przezemnie odsetka dostępnych dla wyczuwania wyrostków prawie trzykrotnie przewyższa 16%, podawanych przez Hausmana. Z danemi tego badacza, który dobrze się zapisał szeregiem prac doniosłej wartości, dotyczących obmacywania różnych części żołądka i jelit, muszę się rachować poważnie. Czem się tłómaczy tak znaczna różnica, trudno powiedzieć. Najprawdopodobniej przyczyny szukać należy w niejednakowej częstości badania wyrostka u każdego chorego, ponieważ osobiście w przeciwstawieniu do Hausmana uważałem wyrostek za niewyczuwalny tylko wtenczas, jeśli nie udawało mi się go wymacać pomimo wielokrotnych badań u jednego chorego.

Piśmiennictwo.

1) W. Orłowski: Przegląd lekarski 1908, Nr 51—52; Ruskij Wracz 1908, Nr 42 i Ruskij Wracz 1909, Nr 15; Zeitschrift für klinische Medicin 1910, t. 70. — 2) Rudnicki: Prakticzeskij Wracz 1910, Nr 10—11. — 3) Obrazcow: K fiziczeskomu izsledнowaniju żełudocznokiszecznago kanała i serdca. Kijów 1905. — 4) Hausman: Ruskij Wracz 1906, Nr 27. — 5) Rostowcew: Uczenie o peritiflitie. Rozprawa doktorska. Petersburg 1902. — 6) Turner: K anatomii ślepoj kiszki i czerwieobraznago otrostka. Rozprawa doktorska 1892. Petersburg. — 7) Nowicki: Lwowski Tygodnik lekarski 1908, Nr 12—16. — 8) Sprengel: Deutsche Chirurgie 1906, t. 46 d. — 9) Filimowski: Przegląd lekarski 1903, Nr 42. — 10) Krüger: Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1907, t. 91. — 11) Rinne. Archiv für Verdauungskrankheiten. 1909, t. 15.

Oceny i sprawozdania.

Leczenie kiły przetworem Ehrlicha »606«

zestawił

Prof. Dr Krzyształowicz.

Rozprawy 82. Zjazdu niemieckich przyrodników i lekarzy

w Królewcu w dniu 20. września 1910.

(Dokończenie).

Volk i Lipschütz (Wiedeń) wstrzykują przetwór »606« w parafinie płynnej lub oliwie czystej z dobrym wynikiem w różnych postaciach kiły. Najlepsze skutki otrzymywali w naciekach pierwotnych; jednakże przy niektórych objawach kiły, (jak wysypki na dłoniach i podeszwach, przerosłe kłykciny sączące, gruczoły chłonne powiększone, nawet niektóre wysypki plamiste, czy guzkowe), rtęć działa wyraźnie lepiej, niż »606«. Niejednokrotnie wykwity znikają tylko do pewnej granicy, poczem, nie zmieniając się już dalej, utrzymują się dłuższy czas. Po powtórnem wstrzyknięciu przetworu »606« resztki zmian ustępują. Volk i Lipschütz podnoszą korzystne działanie na stan ogólny; w jednym przypadku spostrzeżono przybytek na wadze $8^1/_2$ klgr. w przeciągu kilku tygodni. Odczyn Wassermanna zmieniał się bardzo powoli, a w kilku przypadkach spostrzegano już w krótkim przeciągu czasu nawroty choroby.

Prof. Dohi (Tokio) opisuje swoje doświadczenia, przedstawiając fotografie dwóch chorych kiłowych, leczonych przetworem »606«, u których stwierdził znikanie wysypek guzkowych i wrzodziejących. Jak się Dohi wyraża, wysypki te ustępowały, jak płatki śniegu pod wpływem słońca. O wynikach ostatecznych pouczyć może dopiero przyszłość, która jednak zdaje się rokować w tym względzie wielkie nadzieje.

Prof. Grouven (Halle) uważa arsenobenzol, na zasadzie doświadczeń na 200 chorych, za środek lepszy od dotąd używanych. W ciężkich schorzeniach naczyń i układu nerwowego odradza go Gr. używać. Również zaleca ostrożność w przypadkach bolów głowy, gorączki, zaburzeń żołądkowo-jelitowych i dny. Rozczyn obojętny sprawia mniej bolu, ale też działa powolniej. Odczyn Wassermanna znika szybko w schorzeniach para-kiłowych, powolnie zaś we wczesnych okresach kiły, nie można jednak odczynu uje-

mnego uważać za równoznaczny z wyleczeniem. G. wspomina o nawrotach i o takich przypadkach nacieków pierwotnych, w których wstrzykiwanie nie zapobiegło wysypce. Środek »606« jest niezawodnie wielkim postępem, szczególnie co do szybkości działania, oraz swoistości w tych przypadkach, w których rtęć zawodzi.

Glück A. (Sarajewo) zdaje sprawę z 417 przypadków, leczonych arsenobenzolem. Z tych 47 nacieków pierwotnych ze średnim czasem leczenia w 8—9 dniach, 281 przyp. kiły świeżej w 10 dniach, 99 kiły późnej w 12 dniach. W 7 przyp. spostrzegano nawrót choroby po dawkach 0.3 gr. W tych przypadkach nawrotów leczenie opóźniało się zaraz z początku, dlatego na takie przypadki zwraca G. uwagę, w których wyleczenie następuje bardzo powoli. Obecnie wstrzykuje G. 0,7—0,8 gr.; w jednym z tych przypadków spostrzegał przemijające objawy zatrucia.

Friedlander (Berlin) chwali szybkość działania arsenobenzolu w różnych, nawet ciężkich postaciach kiły i w takich przypadkach, w których leczenie rtęcią i jodem zawodziło. F. zaleca zatem w początku choroby dawki duże, w przypadkach zaś ciężkich i kiły ogólnej raczej mniejsze, kierując się własnościami osobniczemi choroby i chorego. F. stosował także przetwór »606« w 14 przyp. schorzeń nerwowych (wiąd, wiąd rzekomy, porażenia mięśni, bole nerwowe i bole głowy). We wszystkich przypadkach była poprawa podmiotowa; korzystny wynik osiągnął F. również w bólach, szczególnie w napadach żołądkowych i bólach głowy. W jednym przypadku początkującego wiądu rdzenia ustąpiły objawy ze strony pęcherza w 8 dni po wstrzyknięciu.

Citron H. (Berlin) opisuje obmyślony wspólnie z Mulzerem swój sposób rozpuszczania arsenobenzolu w zbudowanej do tego celu strzykawce, zapomocą zawiesiny węglanu wapniowego ($CaCO_3$). Citron i Mulzer wstrzykiwali ten rozczyn zwierzętom i ludziom, przyczem bolesność była bardzo mała. Jako zalety swego sposobu przytaczają, że rozczyn jest zupełnie jałowy, zawiesina nawet bez miareczkowania jest obojętna i nie drażni, a przez unikanie dodawania żrących alkaliów i kwasów unika się rozkładu przetworu. Dotąd otrzymane wyniki przemawiają na korzyść tego sposobu.

Königstein (Wiedeń) nie widzi różnicy w działaniu wstrzykiwań podskórnych, a miąższowych. Opisuje przypadek szybko po wstrzykiwaniu zagojonego wrzodu mieszanego (ulcus mixtum). Odczyn Herxheimera nie zależy wedle K. od dawki, a pojawia się i w wysypkach ogólnych i umiejscowionych.

Blumenfeld (Lwów) stosował »606« w 50 przypadkach w dawkach 0,4—0,6 gr. Bole po wstrzykiwaniach i podniesienia ciepłoty były bardzo różne. Odczyn Herxheimera był znacznie żywszy w wysypkach świeżych, niż w dłużej trwających i wybitniejszy, niż po rtęci. B. zwraca również uwagę na szybkie ustępowanie obrzęku gruczołów i na tę ważną okoliczność, że arsenobenzol nie działał szkodliwie na sprawy gruźlicze.

Salmon (Paryż), opisując swoje doświadczenia z atoksylem z r. 1907, stwierdza, że arszenik w niektórych połączeniach chemicznych uważać można za środek swoisty w leczeniu kiły, wybitniejszy, niż rtęć. W przypadkach kiły złośliwej i w tych, w których rtęć nie działa korzystnie, dawał atoksyl bardzo dobre wyniki. Arsenobenzol nawet w małych dawkach działał zapobiegawczo u małp. S. zaleca zatem i u ludzi leczenie zapobiegawcze. Przytacza następnie dobre wyniki po leczeniu przetworem »606«, wymieniając jako przeciwwskazanie gruźlicę, gdyż w jednym przypadku spostrzegał krwotok płucny po wstrzyknięciu arsenobenzolu, w drugim zmiany kiłowe ustąpiły, ale zmiany gruźlicy brodawkowej owrzodziały. W początkowych okresach kiły zaleca S. duże dawki (0,7 gr.), przy starszych objawach mniejsze (0,4), podobnie i w kile złośliwej. Na 133 przypadków nie spostrzegał S. ani razu szkodliwych objawów ubocznych. S. jest przeciwnikiem leczenia mieszanego, arszenikiem i rtęcią.

Emmery (Paryż) przekonał się przez 50 wstrzykiwań, że arsenobenzol jest nieszkodliwy, a bole i objawy miejscowego zapalenia bardzo nieznaczne. Zmiany pierwotne ustępowały powolnie, wysypki stosunkowo szybko. Wszystkie schorzenia kości i stawów znikały w cudowny wprost sposób. O wpływie na sprawy kiłowe nerwowe nie wypowiada E. ostatecznego zdania.

Saalfeld (Berlin) opisuje korzystne wyniki w 26 przypadkach, niektóre z nich jednak z wysypkami guzkowemi opierały się długo leczeniu po dawkach 0,3—0,4. W jednym przypadku zniknęły również wraz z guzkową wysypką kiłową wykwity liszaja czerwonego (lichen ruber) stosunkowo szybko po wstrzyknięciu.

Ledermann (Berlin). Z przypadków (30) tego autora, w których otrzymywał na ogół po wstrzykiwaniach dobre wyniki, zasługuje na uwagę brak poprawy w $^3/_4$ roku trwającem porażeniu nerwu twarzowego, w dłużej trwającem porażeniu kończyn dolnych i przypadku wiądu rdzenia z bezładem ruchów.

Joseph M. i Siebert C. (Berlin) opisują swój własny sposób sporządzania rozczynu, który wstrzykują podskórnie bez następowych znacznych bolów i wysokiej gorączki. O trwałych wynikach wyleczenia obecnie mówić nie można; trzeba się strzedz zbytniego optymizmu lub daleko idącego pesymizmu. Nie można jednak zapominać, że i dotychczasowe sposoby doprowadzały do wyleczenia i zapobiegały ciężkim następstwom.

Schindler (Berlin) podnosi, że nie można zapominać o przypadkach kiły pierwotnej, w której i przetwór »606« pozostaje bezskutecznym. S. spostrzegał przypadek nacieku pierwotnego na napletku i równocześnie drugiego dużego owrzodziałego nacieku w lewym kącie ust ze znacznym obrzękiem gruczołów, i w tym przypadku wstrzyknął 0,45 gr. arsenobenzolu. Po dwu dobach naciek napletka był zagojony, wrzód wargi zaś tylko nieco się przypłaszczył, a gruczoły się zmniejszyły; ale ten stan pozostał, nie zmieniając się, i dopiero plaster rtęciowy i trzy wstrzyknięcia oleju szarego zdołały doprowadzić do zagojenia. S. twierdzi w końcu, iż powinniśmy się cieszyć z posiadania »606«, ale równorzędnie także z posiadania rtęci.

Nagelschmidt (Berlin) miał sposobność leczenia większej liczby przypadków początkowego wiądu rdzenia. Większość neurologów odradza w tych przypadkach leczenia swoistego dla występujących nierzadko pogorszeń. N. stosował od lat w przypadkach wiądu, w których odczyn Wassermanna był dodatni, leczenie rtęciowe, później arsacetynę, a obecnie stosuje »606«. Rozpoczynał zawsze od dawek bardzo małych, ale już po takich nawet dawkach powstawało nierzadko zaostrzenie objawów podmiotowych i przedmiotowych. Po ustąpieniu tego odczynu, t. j. po kilku tygodniach, stosował N. znowu drugą małą dawkę, czasem nieco większą, niż pierwszą, a następnie po odpowiedniej przerwie trzecią i czwartą, kierując się zawsze występującym odczynem. N. radzi zatem nie używać odrazu dawki dużej, a posługiwać się powolną metodą wedle własności osobniczych, wedle której jednak stosował już arsenobenzol w ilości 1,5 —2 gr. u jednego chorego i otrzymywał w ten sposób znaczne polepszenia.

Meirowsky (Kolonia) doniósł telegraficznie, że zdołał usunąć pęcherzycę kiłową u dziecka zapomocą wstrzykiwania surowicy krwi chorych, leczonych arsenobenzolem.

Juliusberg F. (Poznań) otrzymał najkorzystniejsze wyniki w przypadkach kiły późnej i złośliwej; stan ogólny chorych i odżywienie znacznie się poprawiało.

Doc. Pick (Wiedeń) stwierdza, że osoby neurasteniczne i histeryczne oddziałują znacznie wybitniej na

wstrzykiwanie, niż osoby nerwowo zdrowe, nietylko bolem, ale i gorączką. Odczyn ten porównywa P. do odczynu, wywołanego wstrzykiwaniem tuberkuliny, które wywołuje nierzadko podniesienie ciepłoty u osób nerwowych mimo braku ogniska gruźliczego. P. zaleca zatem wstrzykiwania próbne dawki 0,05 gr. wykonane ambulatoryjnie, a w razie odczynu wstrzyknięcie później dawki średniej między 0,3—0,5 gr.

Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

Nowe przetwory:

1) Cusol (cytrynian miedzi) przeciw chorobom skórnym.
2) Epileptin, bezwartościowa mieszanina różnych znanych środków, jak: boraksu, pepsyny, cynku i t. p.
3) Galegol, środek mlekopędny z rośliny motylkowej »Galega officinalis«.
4) Habitin (morphin. sulfur. + heroinum hydrochlor.).
5) Isis, maść (na różę i odmrożenia), zawiera siarkę i kamforę.
6) Kossam z nasion »Brucea sumatrana«, zalecany przeciw czerwonce.
7) Sarton z mąki »Soja« do odżywiania chorych na cukrzycę.
8) Serrosanol, rozpuszczalne połączenie arsenu i rtęci przeciw kile.
9) Vasotonin = Yohimbin.-nitratum i urethan.
10) Visnervin, przetwór lecytyny. A.

Pantopon, nowy przetwór, mieszanina związanych z kwasem solnym alkaloidów makowca, jest rozpuszczalny w wodzie i dlatego nadaje się do podskórnych wstrzykiwań przy zamroczeniu skopolaminą w miejsce morfiny (2%), dalej w miejsce morfiny jako środek nasenny i ból kojący. (Deutsche med. Wochs. Nr 34). A.

Leczenie wstrzykiwaniami atropiny poleca Schick przy następujących cierpieniach: wrzód żołądka z kurczem odźwiernika i nadmiernem wydzielaniem soku, kurczowe zaparcie stolca, choroby serca (z naparstnicą), dychawica oskrzelowa, nadmierne pocenie się, niedrożność kurczowa jelit, otrucia ołowiem (zmiany jelit), kolka żółciowa, uporczywa czkawka i t. p. (Wiener med. Wochs. Nr 34). A.

Wystąpienie ostrego zapalenia tarczycy (thyreoiditis simplex) po podaniu jodu spostrzegał Goldberger. (Wiener med. Wochs. Nr 32). A.

Trojaki wysięk opłucny w osobnych ogniskach spostrzegał u jednego chorego Blooker. Równocześnie był wysięk surowiczy, surowiczo-włóknikowy i ropny. (N. T. Gen. I. 1910). A.

Nową tuberkulinę, otrzymaną z mieszaniny prątków Kocha i »trichophyton holosericum album«, podaje Rosenbach. Grzybek ów ma niszczyć szkodliwe składniki hodowli prątków gruźliczych. (Deutsche med. Wochs. Nr 34), A.

Przy przewlekłem zaparciu stolca podług Wicherna wykazać można często zapomocą promieni Röntgena zmiany w kiszce grubej, jak n. p. różne odmiany choroby Hirschsprunga, skręty pętli esowatej, zagięcia kątowate, zrosty, różne klapy, tworzenie się pętli i t. p. Przy leczeniu zaparcia stolca, zwłaszcza wobec zamierzonych prób mechanicznych, opaski, miesienia, należy też zawsze przedtem zbadać kiszkę grubą radyograficznie. (Tow. lek. lipsk. czerwiec). A.

Zmiany we krwi chorych na wole spotykał prawie w 50% Müller. Są one zupełnie analogiczne, (lecz w mniejszym stopniu), jak przy chorobie Basedowa, t. j. polegają na zmniejszeniu ogólnej liczby ciałek białych, odsetkowem zmniejszeniu ilości neutrofilów, a zwiększeniu ilości limfocytów. (Med. Klin. Nr 34). A.

Wystąpienie typowego duru brzusznego w 16 dni po operacyi kamicy żółciowej, jako objaw samozakażenia ustroju od strony rany u »roznosiciela prątków«, spostrzegał Arnsperger. (Med. Klin. Nr 36). A.

Termopenetracyę zaleca Schmincke przedewszystkiem przy wiewiórowych cierpieniach stawów, najądrza i sterczu, a dalej przy wiądzie i nerwobólach. (Med. Klin. Nr 36). A.

Nowości techniczne: 1) Automatyczny narząd do opukiwania podług Dra Rosenfelda. 2) Naczyńko do podawania chorym w pozycyi leżącej płynów do picia. 3) Przyrząd do kąpieli z bezwodnikiem kwasu węglowego »Non plus ultra«. 4) Wziernik Flatau-Haysa do tylnej rynoskopii i laryngoskopii przy zamkniętej jamie ustnej. 5) Przyrząd do badania ciśnienia krwi Herza i Haaka. 6) Składany irygator, dający się gotować, przydatny w praktyce wyjazdowej. 7) Flaszeczki pipetowe Bubiltza do płynów ocznych. 8) Trwałe ciepłe okłady Johna. 9) Strzykawka dokładnie dozwalająca oceniać ilość wstrzykiwanego płynu i uniemożebniająca powstawanie baniek powietrza (Dr Leuwer). 10) Flaszki »Patent-Thermos Simplex«, utrzymujące stałą ciepłotę wlanych płynów, (podwójne ściany, w środku próżnia). 11) Poduszeczki gumowe na ostrogę piętową i dolegliwości z tego powodu. 12) Składany, łatwo dający się transportować stół operacyjny i do badania podług Hirscha. 13) Pozłacane igły chirurgiczne Wildta. Nie rdzewieją i nie łatwo się łamią, widać je dobrze w głębi tkanek: nadają się ze względu na trwałość bardzo dla lekarzy praktycznych, a nie są o wiele droższe od zwykłych. K.

Przy tężcu poleca Bongiannini podskórne wstrzykiwania kwasu karbolowego, podane przez Baccellego. Zwykle wstrzykuje się 1—2 cm³ 2—4% rozczynu. Chorzy znoszą wtedy nawet bardzo duże dawki. (Gaz. d. ospedali Nr 60). A.

Rtęciowe mydło »Afridol« polecają Schrausch i Schoeller do odkażania rąk, zwłaszcza przy badaniach narządów kobiecych, do odkażania narzędzi (nie niszczą się mimo rtęci) i skóry. Mydło to nie niszczy skóry, a działać ma pewniej i silniej, niż lyzol. (Med. Klin. Nr 36). A.

Przy obrzękach limfatycznych, przy słoniowacinie, oraz przy puchlinie brzusznej, poleca Handley swój sposób sączkowania tkanki podskórnej zapomocą wprowadzania w nią jałowych nitek jedwabnych; przy puchlinie brzusznej nitki sprowadza się aż na udo z brzucha. (Lancet, Apr. 1910). A.

Alkoholową pastę do odkażania rąk, nazwaną »chiralkol«, poleca Selter. Wciera się ją (20 grm) 5 minut w skórę. Pasta ta składa się z 86% alkoholu i 14% mydła. (Deutsche med. Wochs. Nr 34). K.

Osobny enterotryb do łączenia żołądka z jelitem, lub jelit między sobą, odchodzący następnie ze stolcem, a dozwalający wykonać połączenie bez otwierania świateł, podał Martini z Turynu. Przyrząd ten wypróbował dopiero na psach. (D. Zft. f. Chir. 105. I—II). K.

Leczenia ropniaka opłucnej tam, gdzie resekcyi żebra z jakichkolwiek powodów wykonać nie można, dokonuje Maldarescu w następujący sposób: Po zupełnem wypuszczeniu ropy wstrzykuje do opłucnej 10—20 cm³ 10% alkoholowego rozczynu naftolu. Zwykle wystarczało już jedno wstrzyknięcie. (Spitalul, Nr 10). K.

Brak nerki po wycięciu operacyjnem, o ile jest zdrową, podług Poussona zwykle nie daje się zupełnie odczuwać. Tak n. p. u takich osób spostrzegano doskonałe przebywanie wielkich operacyi, ciężkich chorób zakaźnych i t. p. To też można przyjmować takich ludzi do ubezpieczeń, a jedynie uwalniać ich należy od wojska. (XVI. Zjazd lek. Peszt). A.

Przy przeroście sterczu osiągnął Desnos (Paryż) bardzo korzystne wyniki przez leczenie (od cewki i kiszki) radem. Z 16 leczonych chorych u 13 osiągnięto ustąpienie zatrzymania moczu i wybitne trwałe polepszenie. (XIII. Sess. Assoc. franc. d'urol.). A.

Nowy przyrząd położniczy podał Mainzer z Monachium. Są to kleszcze, połączone z perforatoryum (w kształcie trójgrańca, który daje się w razie potrzeby umocować na kleszczach). Po założeniu kleszczy w razie bezowocnej próby wyciągnięcia, umocowuje się kleszcze na główce zapomocą osobnej śruby, zakłada perforator i wypróżnia czaszkę. Zapomocą tego narzędzia udaje się wykonać wspomniane zabiegi łatwo, bezpiecznie i bez asysty. (Münch. med. Wochs. Nr 32). A.

Rad-Jo, środek ogromnie reklamowany jako rzekomo ułatwiający porody, zbadany został przez Winckla i okazał się alkoholowym wyciągiem różnych roślin, a między niemi głównie »radix Jo«, korzenia zupełnie obojętnego. (Apot. Ztg. Nr 50). A.

Przy stosowaniu zewnętrznem glinki (bolus alba), jako zasypki, zwłaszcza na pępek noworodków, radzi Zweifel zawsze przedtem ją wyjaławiać, albowiem smutne doświadczenie przekonało go, że glinka ta zawiera czasem prątki tężca. (Münch. med. Wochs. Nr 34). A.

Do wywoływania zniedokrwienia sposobem Momburga, zamiast węża zaciskającego w pasie, podał Gelyi osobny przyrząd, który pelotą, umieszczoną na śrubie, uciska miarowo aortę. (Med. Klin. Nr 35). A.

700 brodawek (u pewnej chorej) na rękach i przedramionach spostrzegał Hübner. Zapomocą 4 naświetlań miękkiemi lampami (zdrową skórę ochroniono z pomocą wtarcia pasty bizmutowej) udało się brodawki w znacznej części zniszczyć. (Tow. lek. Marburg.. Lipiec). A.

Do leczenia wiewióra poleca Prof. Klingmüller z nowszych przetworów h e g o n o n. (Münch. med. Wochs. Nr 32). A.

Nowojodynę w miejsce jodoformu poleca Polland. Nowojodyna powstaje przez połączenie jodu z formaldehydem. Niema żadnej woni, jest tańsza od jodoformu i nadaje się, jak to wykazały próby w klinice dermatologicznej w Gracu, do leczenia wrzodów goleni, wrzodów wenerycznych; stosuje się jako proszek, gaza i zawiesina w glicerynie. Zapewne i w chirurgii znalazłaby nowojodyna zastosowanie. (Münch. med. Wochs. Nr 32). A.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z d. 14. października 1910.

(Dokończenie).

W d y s k u s y i zabiera głos r. dw. Prof. Dr Wicherkiewicz: Byłem pierwszym, który w Krakowie stosował środek Ehrlicha, a o wynikach w »Przeglądzie lek.« pisałem. Niech mi więc wolno będzie słów kilka na tem miejscu dorzucić. O przypadkach mych, szczegółowo opisanych, wspominać już nie będę, a jedynie dodam, iż owa chora, dotknięta zapaleniem nerwu wzrokowego i siatkówki na podstawie stwierdzonej kiły, odzyskawszy wzrok o tyle, iż już w kilka godzin po wstrzyknięciu rozpoznawała światło, pozostawała jeszcze czas jakiś w szpitalu św. Łazarza, ale rzekomo bez dalszej poprawy. Teraz po powrocie z wakacyi dowiaduję się, iż podobno niedawno zmarła. Wobec ciężkich zmian nerkowych niepodobna śmierci przypisać środkowi, a raczej samym sprawom chorobowym, zbytnio rozwiniętym. Na tyle tysięcy przypadków, leczonych środkiem »606«, śmierci zdarzały się nieliczne. Krytycznie trzeba postępować przy ocenianiu przyczyn i skutku. Niedawno ogłosił Fraenkel w »Münch. med. Wochenschrift« przypadek śmierci po wstrzyknięciu arsenobenzolu śródżylnem i przypisywał ją temu sposobowi stosowania nowego środka. Ehrlich, bardzo czuły na wszelkie niepożądane skutki leczenia jego środkiem, śledzi każdą publikacyę i stara się analizować następstwa stosowania środka »606«. I ten przypadek śmierci tłomaczy znacznem schorzeniem układu nerwowego, zwłaszcza ośrodkowego i mniema, że w takich przypadkach »606« wogóle stosowane być nie powinno. Śródżylnie wstrzyknięty ten środek wydziela się szybko z ustroju, bo już w przeciągu 24 godzin, gdy miąższowo i podskórnie wstrzyknięty, — daleko dłużej w ustroju pozostaje. Dlatego w przypadkach ciężkich radziłby Ehrlich wstrzykiwać i podskórnie i śródżylnie, by działać doraźnie i dłużej następowo. Mając sposobność osobiście z Ehrlichem o tej sprawie rozmawiać we Frankfurcie, wyniosłem wrażenie, iż pragnie on zachęcać, aby w odpowiednich przypadkach, uwzględniając indywidualności, odważyć się na większe dawki nowego środka, zwłaszcza Hyperidealu, który ma się odznaczać słabszemi własnościami trującemi. Zaznaczam jeszcze, iż w moich przypadkach, co prawda nielicznych, bo stosowaniu dalszemu przeszkodził mój wyjazd wakacyjny, nie spotkałem się ani z objawami bolesności, ani też z podniesioną ciepłotą przy stosowanie dawek dochodzących do 0·5. Mimo wielkiego entuzyazmu objawianego wszechstronnie, sądzę, że ostatniego słowa dziś jeszcze wypowiedzieć nie można w sprawie wartości bezwzględnej tego epokowego środka. Dalsze długie obserwacye są konieczne i dla tego też termin ostatniej ankiety, przez Neissera inscenowanej, przedłużony zostaje o kilka miesięcy. (Streszczenie własne). — Dr Blassberg zapytuje, czy prelegent badał szybkość wydzielania się arsenu z ustroju po wstrzykiwaniach i podnosi, że tendencyą leczenia Ehrlicha jest wyjałowienie ustroju doraźne zapomocą możliwie wysokich dawek przetworu »606«. W ostatnich czasach Iversen, Ehrlich i inni skłaniają się nawet do równoczesnego wstrzykiwania śródżylnego i śródmięśniowego tego przetworu. — Prof. Dr Lewkowicz podnosi, że rozczynów wyskokowych przeważnie się już nie używa. Wechselmann i Michaelis używają zawiesiny w rozczynie fizyologicznym soli, otrzymywanej przez rozpuszczenie »606« w ługu, zobojętnienie kwasem octowym, przyczem »606« znów się strąca i przepłukanie rozczynem fizyologicznym przy użyciu centryfugi; Kromayer używa zawiesiny w parafinie płynnej. Arsen ma się wydzielać parę tygodni i druga dawka może być zastosowana po 3—4 tygodniach. (Streszczenie własne). — Prof. Dr Krzyształowicz wskazuje, że oceniać jakiś nowy środek w leczeniu tak dobrze znanej choroby, jak kiła, można przedewszystkiem w stosunku do dotąd używanych t. j. rtęci i jodu. Rtęć, stosowana w kile od wieków, dająca dobre wyniki w usuwaniu zmian, nie jest jednak środkiem zapobiegającym nawrotom, czy wczesnym, czy późnym, stąd trudno mówić o swoistości tego leku. W żadnym przypadku po leczeniu rtęcią, nawet po długim przebiegu choroby i w sposób bardzo dokładny, nie można przewidzieć, czy choroba się nie wróci, nierzadko w ciężkiej nawet postaci. Dlatego podany przez Ehrlicha arsenobenzol oceniać musimy jako środek usuwający zmiany i jako środek zapobiegawczy, środek swoisty. O tej ostatniej własności arsenobenzolu jeszcze nic nie wiemy, dlatego mówić dziś o »sterilisatio magna« byłoby conajmniej przedwcześnie,— a bałamucić publiczność w tym kierunku bardzo niesumiennie. Co zaś do skuteczności arsenobenzolu na zmiany kiłowe, doświadczenia nasze (z Prof. Reissem) dowodzą, że środek ten w większości przypadków działa lepiej i szybciej, niż dotychczasowe leczenie rtęciowe, szczególnie zaś w przypadkach kiły złośliwej, w której rtęć i jod bywają bezskuteczne. Działania tego dowodzą z jednej strony szybsze niż po rtęci znikanie krętków ze zmian kiłowych, z drugiej stosunkowo szybka zmiana odczynu Wassermanna. W każdym razie ta szybkość ustępowania objawów kiłowych po jednorazowem wstrzykiwaniu stanowi bardzo wa-

żny czynnik w zmniejszeniu rozszerzania się choroby, a nie można pomijać i znaczenia społecznego i ekonomicznego szybszego usuwania objawów. Co zaś do postulatów dalszych tłumienia choroby zaraz w zarodku — leczenia poronnego — to dopiero przyszłość pokaże. (Streszczenie własne). — Prym. Dr Borzęcki zaznacza, że tylko u dwóch chorych miał sposobność zastosowania »606«. Oba przypadki dotyczą kobiet w oddziale szpitalnym; obie chore o przebytej kile nic nie wiedzą, nigdy leczone nie były przeciwkiłowo. Odczyn Wassermanna u obu wybitnie dodatni. U jednej z rozpoznaniem »gumma exulcerans fossae popliteae« po wstrzyknięciu podskórnem 0·30 sprawa wessania i zabliźnienia — bez leczenia miejscowego — postępowała powoli i w 3. tygodniu sprawa uległa zabliźnieniu. U drugiej chorej z rozpoznaniem »lues gummosa serpiginosa exulcerans nuchae« po zastosowaniu 0.6 w trzecim dniu owrzodzenia były zupełnie zabliźnione. U obu chorych odczyn Wassermanna, wykonany w kilka dni po wstrzyknięciu, był wybitnie dodatni. Kol. Borzęcki zauważa, że stosowanie środka »606« w kile wczesnej nasuwa pytanie, jaki obrać plan leczenia dalszego? Bo bez względu na to, jakim zapatrywaniom hołduje ten, czy ów dermatolog, musi mieć jakieś wytyczne, jakiś plan leczenia, choćby w najogólniejszych zarysach. Takie jest zapatrywanie ogólne co do leczenia kiły przetworami rtęci, względnie jodu. O nowym przetworze w tym względzie wobec krótkiego czasu, od jakiego jest stosowany, nie można obecnie nic jeszcze powiedzieć. Jeżeli zaś uwzględni się, że wielu z autorów, którzy stosowali »606« w kile świeżej, po pewnym czasie stwierdzało nawroty, to musi się nasunąć pytanie, czy i przy nawrocie zastosować powtórne wstrzyknięcie? a nie przesądzając dalszego przebiegu leczonych tym środkiem, co robić, jeżeli — jak to bywa zazwyczaj w przebiegu kiły, — czy i przy dalszych nawrotach zrobić dalej takie wstrzykiwanie? Dlatego sądzi kol. Borzęcki, że środek ten do pewnego czasu powinien być stosowany w zakładach leczniczych, a dopiero po pewnym przeciągu czasu, kiedy ustalą się wskazania ściślej, niż obecnie, znaleść zastosowanie szersze. (Streszczenie własne). — Dr Steuermark stwierdza, że u kilkudziesięciu chorych, których obserwował w klinice Prof. Riehla w Wiedniu, stale występował po wstrzyknięciu arsenobenzolu spadek ciśnienia krwi, niejednokrotnie nawet bardzo znaczny, n. p. z 150 mm. na 80 mm. słupa rtęci (według sfigmomanometru Hertza). Ponieważ ogłoszono już stosunkowo znaczną ilość (1 : 1000) przypadków śmierci po wstrzyknięciu »606«, szczególnie u chorych, dotkniętych ciężkiemi schorzeniami układu nerwowego ośrodkowego, więc mowca zwraca uwagę, że przy stałej kontroli ciśnienia krwi możnaby w razie nadmiernego spadku, któryby zagrażał życiu chorego, rozciąć skórę i usunąć wstrzykniętą zawiesinę, szczególnie jeżeli wstrzykuje się arsenobenzol podskórnie; tą drogą, być może, udałoby się uchronić chorego zawczasu od dalszego zatrucia ustroju przez wstrzymanie dalszego wessania »606«. Przy tej sposobności zwraca mowca uwagę na to, że środek ten przebył szczęśliwie ogniową próbę doświadczeń, a skoro wypróbowano go na 12,000 przypadków, przeto mowca stanowczo zastrzedz się musi przeciw twierdzeniu, jakoby tylko kliniki i szpitale powołane były do dalszych prób; przeciwnie dążyć się powinno do tego, aby każdy lekarz, obznajmiony dokładnie z patologią i terapią kiły, mógł środek ten stosować we właściwych przypadkach. Na ostatnim Zjeździe międzynarodowym w Królewcu, który się odbył z końcem września b. r., znany dermatolog berliński, Max Joseph, stwierdził zresztą, że środek ten najzupełniej dojrzał do wprowadzenia go do praktyki, jakkolwiek niektóre pytania pozostać muszą jeszcze na razie bez odpowiedzi. — Prof. Wicherkiewicz wobec uwagi Dra Steuermarka zaznacza, iż nie jest powołany, by brać Ehrlicha w obronę; jednakże na uwagę zasługuje niewątpliwie ta okoliczność, że w rozmowie z nim Ehrlich wyraźnie zaznaczył, iż pragnąłby środek ten uczynić przystępnym coprędzej wszystkim lekarzom, uważa jednak, że jeszcze dalsze obserwacye kliniczne powinny lepiej określić znaczenie środka i unormować jego stosowanie z wykluczeniem wszelkiego niebezpieczeństwa. Chwila ta zdaje się, nie jest daleką, a wtenczas pewnie też nastąpi otrzeźwienie ze zbyt wielkiego entuzyazmu, pozwalając na nakreślenie ścisłych granic, w obrębie których środek ten w ręku każdego praktyka okaże się skutecznym. (Str. wł.). — Dr Eisenberg sądzi, że Ehrlich mógł uważać swe leczenie za »therapia sterilisans magna« na podstawie doświadczeń nad świdrowcami, które posiadają zdolność przystosowania się do powtórnych dawek, jeśli odrazu nie zostaną zniszczone; na tem polega teoretyczna wartość jednorazowej wysokiej dawki. Odczyn Wassermanna jest tylko objawem choroby bez znanego związku z zarazkiem, stąd nie może być uważany za wskaźnik w leczeniu. — Prof. Dr Nowotny objaśnia przypadek przedstawiony przez Prof. Reissa, w którym owrzodzenia kiłowe krtani po powtórnem wstrzyknięciu arsenobenzolu uległy wybitnej poprawie. — Dr Boczar ma w obserwacyi 4 chorych, leczonych Hyperidealem. U jednego z chorych, po stwierdzeniu krętków w stwardnieniu pierwotnem, wstrzyknięto 0,40 gr. Hyperidealu; przez 2 miesiące wysypka nie pojawiła się, jednak gruczoły pachwinowe, w chwili wstrzykiwania wielkości orzechów laskowych, obecnie dosięgają wielkości jaja kurzego. W 2 innych przypadkach zajęcia kilakowego kości łokciowej i podniebiennej zmiany ustąpiły po zastosowaniu »606« w 2 tygodniach, zostawiając blizny. Przypadek porażenia postępującego pozostał bez wpływu.

Sekretarz: Dr Bujak.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne dnia 20. września 1910 r.

1) Władysław Starkiewicz przedstawił przypadek **niedokrwistości złośliwej** w okresie wybitnej poprawy u 49-letniego mężczyzny. Po zastosowaniu żelaza, oraz kwasu solnego z pepsyną ilość czerwonych ciałek, pierwotnie 1,880.000 w 1 mm. sz., podniosła się do poziomu niemal prawidłowego, a mianowicie 4.600.000.

2) Wł. Starkiewicz przedstawił przypadek **względnie uleczonej marskości wątroby.** Chory, lat 49, przybył w grudniu 1909 r. na oddział Dra Chełchowskiego w stanie ciężkim, w ostrym obłędzie pijackim i z objawami rozwiniętej marskości zanikowej wątroby. Próba Wassermanna z surowicą chorego dała wynik ujemny. Przy dyecie mlecznej i stosowaniu Karlsbadu stan zaczął się poprawiać. Puchlina brzuszna, raz opróżniona, stopniowo zginęła doszczętnie i nie wraca dotąd — po upływie 9 miesięcy. Stan psychiczny chorego wrócił do równowagi.

3) Wł. Starkiewicz przedstawił przypadek **niedowładu poprzecznego dolnego,** powstałego w przebiegu leczenia szczepionkami Pasteurowskiemi. Płyn mózgowordzeniowy, wypuszczony dwukrotnie, nie dowodził zmian zapalnych; wstrzyknięty królikom podoponowo, nie wywołał wścieklizny. Przemawiałoby to poniekąd przeciwko przypuszczeniu postaci poronnej t. zw. »lyssa paralytica«. Najprawdopodobniejszem byłoby może rozpoznanie »meningo-myelitis dorsalis«, wywołana jadem szczepionkowym.

4) Gabszewicz: **O guzach zapalnych przewlekłych w jamie brzusznej.** Prelegent w odczycie swym poruszył sprawę trudności rozpoznawczych, jakie napotyka się z jednej strony w przebiegu przewlekłych guzów zapalnych w jamie brzusznej, a z drugiej w przebiegu niektórych złośliwych nowotworów. Pierwsze ze względu na swe własności fizyczne, siedzibę, sposób powstawania, objawy miejscowe i ogólne często mogą być brane, przynajmniej w pierwszym okresie swego rozwoju, za nowotwory złośliwe; odwrotnie nowotwory złośliwe, szczególniej w początkowych okresach, mogą dawać objawy, maskujące istotną sprawę chorobową, i być brane wyłącznie za sprawę za-

palną. Przytoczywszy odpowiednie piśmiennictwo francuskie i niemieckie, prelegent opisuje 7 własnych spostrzeżeń, z których 5 należy do kategoryi guzów zapalnych przewlekłych, przebiegających rzekomo pod postacią nowotworów, a dwa do nowotworów złośliwych, których przebieg wskazywał raczej na obecność sprawy zapalnej. Gabszewicz radzi być ostrożnym co do stanowczego rozpoznania w przypadkach wątpliwych. W odczycie przytoczył G. tylko takie przypadki, które spostrzegano przez cały czas trwania choroby, lub też w których ostateczne rozpoznanie stwierdzono na sekcyi, lub nawet dopiero przy pomocy badania mikroskopowego.

W dyskusyi zauważa Oderfeld, że prelegent w odczycie swoim pominął guzy zapalne sieci, które nieraz w wielkich rozmiarach powstają po podwiązaniu sieci przy herniotomiach i które często sprawiają wrażenie złośliwych nowotworów. — Władysław Stankiewicz podkreśla, że guzy zapalne w jamie brzusznej, tak zwane idyopatyczne, są nadzwyczajną rzadkością. — Gabszewicz odpowiada Oderfeldowi, że sprawa poruszona przez niego, jest mu dobrze znana, ale w odczycie swoim uwzględnił tylko przypadki, w których poprzednio nie podejmowano żadnej operacyi w jamie brzusznej.

Posiedzenie kliniczne dnia 27. września 1910 r.

1) Adolf Kozerski przedstawił przypadek **tocznia nosa, wyleczonego** naświetlaniami **radem.** Chora zgłosiła się do mówcy w lutym 1909 r. Cały nos i górna warga były silnie zgrubiałe, ciemno-czerwone, naciekłe, gęsto usiane grudkami, dochodzącemi do wielkości ziarna grochu. Wiele grudek pokrywały strupy. Od lutego do grudnia 1909 naświetlono we właściwych odstępach czasu 2 razy promieniami Roentgena, 4 razy lampą Finsena i 6 razy radem. W sierpniu 1909 nos był zupełnie wygojony, na wardze widać było tylko tu i owdzie gruzełki. Obecnie, poza niewielu mało wgłębionemi bliznami, jak po ospie, nos i warga przedstawiają się zupełnie prawidłowo.

2) Leon Karwacki: **O wartości dyagnostycznej niweczników ogniskowych w gruźlicy** (spatodyagnostyka). Prelegent opisał opracowaną przez siebie metodę badania dyagnostycznego niweczników ogniskowych w gruźlicy. Plwocina chorych gruźliczych zawiera wszystkie rodzaje niweczników swoistych. Dla klinicysty mają wysoką wartość aglutyniny ogniskowe. Pomiary siły aglutynacyjnej plwocin gruźliczych wykazały, że odczyn aglutynacyjny plwociny jest bez porównania silniejszy, niż surowicy tego samego chorego. Miana surowic leżą w granicach rozcieńczeń 1: 5 do 1: 25, plwocin zaś w granicach rozcieńczeń 1: 10—1: 500.

Wnioski prelegenta są następujące: 1) Odczyn aglutynacyjny plwociny, poczynając od rozcieńczenia 1: 10, uprawnia do rozpoznania gruźlicy czynnej; 2) w określeniu postępów leczenia miano aglutynacyjne plwociny jest lepszą wskazówką, niż miano surowicy.

W dyskusyi podkreśla Stanisław Mutermilch, że na zasadzie dodatniego wyniku odczynu Bordet-Gengou tylko wówczas mamy prawo mówić o istnieniu antytuberkuliny w badanych płynach, jeżeli użyto do odczynu odchylenia dopełniacza takich dawek, których conajmniej podwójne ilości same przez się nie hamują hemolizy. Mówca zapytuje prelegenta o bliższe wyjaśnienie co do użytych przez niego dawek, zarówno antygenu, jak wyciągu z plwociny, oraz o wyniki prób tak zwanych kontrolnych, wykazujących, w jakich dawkach użyte do doświadczenia płyny same przez się wpływały hamująco na hemolizę. — Karwacki odpowiada, że do wykrywania ciał wiążących dopełniacz używał nie tuberkuliny, lecz zawiesiny laseczników gruźliczych, która nawet w 10-krotnej dawce w porównaniu z użytą do doświadczeń nie wiąże sama dopełniacza.

3) Antoni Gabszewicz przedstawił: 1) 2 preparaty **skrętu kątnicy**; 2) preparat rozlanego **raka włóknistego żołądka**; 3) preparat **gruźlicy przydatków macicznych**; 4) **ciało obce** (gruszka) uwięzłe w **jelicie** biodrowem; 5) preparat **wyrostka robaczkowego**, usuniętego w niezwykłych okolicznościach; 6) preparat mikroskopowy **śluzaka** uda.

Tadeusz Wilczyński.

Towarzystwo lekarskie radomskie.

60. Zebranie ogólne w d. 17. września 1910 r.

Obecnych 17 członków, gości 2.

1. Na przewodniczącego Zebrania wybrany większością głosów kol. Kondratowicz.

2. Protokół poprzedniego Zebrania odczytano i przyjęto.

3. Kol. Fuksiewicz pokazał chorego, leczonego zapomocą **diamidodioksyarsenobenzolu** z objawami skórnymi kiły: kłykciny w gardle i nie chcąca się goić rana na stopie. Po zastosowaniu »606« chory w szybkiem tempie powrócił zupełnie do zdrowia.

4. Kol. Raszkes przedstawił chorą po dokonanej operacyi **nadpochwowego wycięcia macicy** przez cięcie brzuszne. Chora A. K., mająca lat 40, wyszła za mąż przed 2 laty. Regularność dawniej i obecnie odbywa się prawidłowo. Od roku miewa chora coraz większe bole w dole brzucha. Przy badaniu stwierdzono duży włókniak macicy, wypełniający jamę miednicy, dochodzący do pępka, mało ruchomy, składający się z kilku części, z których jedna wypełnia całe przednie sklepienie i odsuwa pęcherz ku górze. Ze względu na powiększające się bole, dokonał kol. R. nadpochwowego wycięcia macicy drogą brzuszną, przyczem jajników nie wyjęto. Już na drugi dzień po operacyi i przez dwa dni następne stosował R. kilka razy dziennie małe lawatywy z płynu fizyologicznego, celem pobudzenia ruchu robaczkowego jelit, i rzeczywiście chora ani razu nie wymiotowała, trzeciego zaś dnia po operacyi odeszły wiatry i nastąpiło potem wypróżnienie. Dziewiątego dnia wyjęto szwy. Prima intentio. (Streszczenie własne).

5. Kol. Kossak odczytał wspólną z kol. Fidlerem pracę: **Przyczynek do epidemiologii i charakterystyki duru brzusznego**. Jest to szczegółowy opis domowej epidemii duru brzusznego, jaka wybuchła w maju b. r. w jednej z posesyi w śródmieściu, zamieszkałej przez ludność zamożną i inteligentną. W ciągu miesiąca w wymienionej posesyi, składającej się z 23 mieszkań, z ludnością około 120 osób, zdarzyło się 20 przypadków duru brzusznego, z których cztery z zejściem śmiertelnem. Źródłem zakażenia była woda ze studni, zanieczyszczonej kałem, jak to stwierdziły szczegółowe badania samej studni i rur kanalizacyjnych. Przebieg wypadków oddzielnych przeważnie był ciężki, nietypowy, z wyraźnymi objawami posocznicy. W jednym przypadku, zbadanym dokładnie pod względem klinicznym i bakteryologicznym, znaleziono we krwi chorego pr. odmieńce (bac. proteus), a obok tego stwierdzono próbę aglutynacyjną Widala. Był to więc rzadki niezmiernie przypadek mieszanego zakażenia durowego i prątkiem odmieńcem. Inny znów przypadek, dotyczący młodej 16-letniej dziewczyny, zasługuje na uwagę ze względu na powikłanie duru brzusznego przez czerwonkę, co też niezmiernie rzadko spostrzegać można. Cztery przypadki, zakończone śmiercią, miały przebieg niezmiernie burzliwy z ciężkimi objawami mózgowemi, bredzeniem, chwilami podnieceniem, dochodzącem do szału; od pierwszego dnia sprawiały wrażenie ciężkiego zakażenia. Pozostałe 16 przypadków, zakończonych wyzdrowieniem, z wyjątkiem 6 przypadków z przebiegiem lekkim, bez powikłań, miały charakter przewlekły, z rozmaitemi powikłaniami, a także z wyraźnymi objawami zatrucia ośrodków nerwowych i osłabieniem czynności serca. (Odczyt powyższy w całości

ogłoszony będzie w jednym z najbliższych numerów »Gazety lekarskiej«). (Streszczenie własne).

Dyskusya: Kol. Pełczyński kwestyonuje zapatrywanie autorów referatu na przypadek, dotyczący 16-letniej dziewczyny, w którym kol. F. i K. chcą widzieć dur, powikłany przez dysenteryę. Uważa za niestosowne użycie terminu »powikłania« w danym przypadku, gdyż powikłaniem dotychczas nazywano cierpienie następcze w stosunku do pierwotnego, ale zawsze zależne etyologicznie od niego; w danym razie byłoby prawidłowiej uważać opisany przypadek za zbieg dwu rodzajów zakażenia: ustrój, zakażony pierwotnie durem, uległ dodatkowo już później, może wskutek pobytu w szpitalu, (gdzie wobec ciasnoty nie może być ścisłej izolacyi poszczególnych chorób zakaźnych), zakażeniu czerwonką.

6. Kol. Raszkes: **O nowym przetworze Ehrlicha-Haty „606"**. Nie mając osobistego doświadczenia z nowym przetworem Ehrlicha-Haty, kol. R. w dłuższem przemówieniu wyłuszczył niemal wszystkie wiadomości o diamidodioksyarsenobenzolu, zawierające się w piśmiennictwie polskiem, rosyjskiem i niemieckiem. R. podał krótką biografię genialnego wynalazcy przetworu »606«, Ehrlicha, i jego współpracownika Haty i następnie opisał historyczne posiedzenie Tow. lek. w Berlinie, dnia 22. VI. b. r., na którem był obecny, oraz swoje wrażenia, które odniósł z oddziału chorych Dra Wechselmanna w Berlinie. Referent podał szczegółowo wyniki, uzyskane z przetworem »606« przez Alta, Wechselmanna, Michaelisa, Schreibera, Kromayera, Dorra, Neissera, Zeisla, Jeromea, Hudenberga, Preka, Lessara. Loeba, Treupela, Glücka, Isaaka, Hoffmanna, Iwersena, Taegego, Korczyńskiego, Wicherkiewicza i Malinowskiego, uwzględnił też działanie uboczne przetworu, opierając się na pracach Bohača i Sobotki, Hoffmanna, Ehrlicha i innych, sprawę powtórnego wstrzykiwania »606«, oraz sposób wstrzykiwania mięśniowego, śródżylnego i podskórnego. Nareszcie opisał R. szczegółowo technikę wstrzykiwania różnych autorów: Ehrlicha, Alta, Wechselmanna, Lanisego, Michaelisa, Malinowskiego i innych, zalecając szczególnie uproszczoną bardzo technikę Malinowskiego, opisaną w »Przeglądzie chorób skórnych i wenerycznych« w Nrze 8, str. 237, lub Wechselmanna i Langego w »Deutsche medic. Wochenschrift« z r. 1910 w Nrze 30. str. 1396. (Streszczenie własne).

Prezes Towarzystwa: H. Fidler. Członek zarządu sekretarz: T. Rakowski.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Ogólny wiec lekarzy austryackich odbędzie się w Wiedniu w niedzielę 6. listopada b. r. o godzinie 10 rano w sali teatralnej wiedeńskiego »Colosseum« (Wiedeń IX, Nussdorferstrasse 4). Przedmiotem obrad wiecu będzie sprawa uroszczeń techników dentystycznych do przyznania im tych praw, które z ustawy przysługują jedynie lekarzom. Referaty na wiec przyrzekli dotychczas: Prof. Eiselsberg, Docent Ewald, Dr Kirchmayer i poseł Dr Michl. W.

Do Związku krajowego lekarzy przystąpili: z Krakowa: Drowie Alfred Merz, Ada ze Sarnów Markowa, Michał Hładij, Henryk Weber; z Białej: Drowie Ernest Hess, Czesław Sędzimir z Wilamowic, powiat bialski; z Przemyśla: Drowie Adolf Acht, Bernard Blech, Maryan Doliński, L. Filimowski, Feliks Kaczurba, M. Pordes, Salomon Reich, Zygmunt Smolarski, Juliusz Süsswein, Samuel Thurnheim. W.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 20. X. do 29. X. 1910 zgłoszono przypadków: błonicy 5 † 2 (w tem obcych 2 † —), krztuśca 7, płonicy 17, odry 28 † — (1 † —), duru brzusznego 3 † 1 (2 † —), gorączki połogowej 1, róży 1.

Dr Janiszewski.

Zjazd przemysłowo-balneologiczny we Lwowie.

X. Zjazd przemysłowo-balneologiczny odbył się w d. 29. 30. i 31. X. b. r. we Lwowie przy udziale około 200 uczestników z różnych stron kraju. Na Zjazd przybyli m. i. minister dla Galicyi JE. Dulęba, prezydent miasta Ciuchciński, krajowy referent sanitarny r. dw. Dr Merunowicz, r. dw. Ustyanowski i t. d. Zjazd otwarł Dr Kalikst Krzyżanowski, prezes komisyi przemysłowo-lekarskiej Towarzystwa lekarskiego lwowskiego i zarazem komitetu organizacyjnego, doskonale wywiązującego się że swego zadania.

Na pierwszem posiedzeniu Zjazdu, na którem przewodniczył Dr Cercha, zostali wybrani: prezesami honorowymi Dr H. Dobrzycki z Warszawy, hr. A. Gołuchowski, prezes sejmowej komisyi sanitarnej, Prof. Pareński z Krakowa, poseł bar. Brunicki i Prof. A. Gluziński. Prezesami urzędującymi wybrani: Dr Cercha z Krakowa, Dr Korczyński z Serajewa, Dr Pelczar z Drohobycza, Dr Kaden z Rabki, Dr Ebers z Krynicy, burmistrz Dr Tertil z Tarnowa, hr. J. Potocki z Rymanowa, Dr Kopff z Krynicy i p. W. Popiel z Lubienia. Sekretarzami: Dr Praschil, Szumowski, Mazanek, Frączkiewicz, Żychoń, Gerus i Lewicki.

Mowy powitalne wygłosili: Imieniem Towarzystwa lekarskiego lwowskiego prezes Prof. Rencki, imieniem miasta Lwowa prezydent Ciuchciński, przedstawiciel ministerstwa rolnictwa radca Dr Wysocki, ministerstwa robót publicznych Dr Leszniewski, ministerstwa kolei inspektor Dr Bogdan, imieniem Wydziału krajowego Dr Bernadzikowski, imieniem krajowej Rady zdrowia Dr Festenburg, imieniem Wydziału higieny zdrojowisk i uzdrowisk Król. Polskiego Dr Dobrzycki, imieniem polskiego Tow. balneologicznego Prof. Pareński, imieniem Tow. lekarskiego krakowskiego i Redakcyi »Przeglądu lekarskiego« radca dworu Prof. Wicherkiewicz, imieniem organizacyi bojkotu towarów obcych radca Drewnowski, imieniem lwowskiego Tow. higien. Dr Obtułowicz, imieniem Ligi pomocy przem. Dr Olszewski, im. T. S. L. Dr Opieński.

Obrady Zjazdu, który odznaczał się poważnym przebiegiem i poruszył sprawy nader doniosłe dla rozwoju zdrojownictwa krajowego, streścimy w jednym z najbliższych numerów.

Wiadomości bieżące.

Z różnych stron. W Pradze powstały dwa nowe Stowarzyszenia lekarskie o charakterze zawodowym: Klub lekarzy szkolnych i Związek lekarzy miejskich. (Lek. Rozhledy, 4).

— Opracowanie słownictwa lekarskiego czeskiego zbliża się ku końcowi. Komisya słownikowa, złożona z 4 członków pod przewodnictwem Prof. Janovskyego, zebrała już materyał i rozesłała do opracowania współpracownikom. Słownik wyjdzie w 2 częściach nakładem księgarni Bursika i Kohouta. (Lek. Rozhledy, 5).

— Nader sympatycznem zjawiskiem życia koleżeńskiego jest utworzona w r. z. w Wiedniu »orkiestra lekarska«. Należy do niej, oprócz 13 czynnych wykonawców, kilkuset lekarzy, jako członków wspierających; dochody, wynoszące w r. z. 3914 kor. ze składek członków, dozwoliły już orkiestrze zaopatrzyć się w zbiór instrumentów i rozpocząć utworzenie biblioteki muzycznej. W ciągu roku istnienia odbyła orkiestra 39 prób, a przy tej szlachetnej rozrywce spotykali się koledzy, różni wiekiem i stanowiskiem, w doskonałej harmonii. Pierwszym koncertmistrzem był doc. Strasser, jednym ze skrzypków orkiestry Prof. Strümpell. Protektorem orkiestry był świeżo zmarły Prof. Chrobak, prezesem Towarzystwa jest Prof. Rethi. Dochód z koncertu publicznego, urządzonego z wielkiem powodzeniem, oddała orkiestra na wsparcia dla ubogich rygorozantów.

Zmarli: Dr Lucyan Michalewski w 74 r. ż. w Warszawie.

Redakcya otrzymała: Blassberg: O tak zwanym artrytyzmie. Odb. »Med. i Kron. lek.« 1910. — Wiener Aerzteorchester. Bericht üb. d. Jahr 1909/10. — Prof. N. Cybulski: 1) Über die Beziehung zwischen den Aktionsströmen und dem tätigen Zustand der Muskeln. 2) Über die Oberflächen- und Aktionsströme der Muskeln. »Bull. Acad. des sc.« Kraków 1910. 3) Über den sogen. »Willkürversuch« von du Bois-Reymond. »Wiener med. Woch.« 1910. 4) Kilka uwag o elektrokardiogramach na podstawie własnych doświadczeń. »Gazeta lek.« 1910. — Prof. N. Cybulski i J. Dunin-Borkowski: Wpływ błon i przegród na siły

elektromotoryczne. Ak. Umiej. 1910. — Prof. Klecki: Problemat dziedziczności w patologii. Kraków 1910. — Konopacki: 1) Chemiczny problemat zapłodnienia. 2) Wpływ płynów hypertonicznych na zapłodnione jaja jeżowców. »Tyg. lek.« 1910. 3) Pygopagus parasiticus oder Pygomelus beim Hahne. 4) Acardius acephalus beim Menschen. »Centralbl. für allg. Pathol.« 1910.

Redaktor odpowiedzialny:

Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 9. listopada 1910 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym wykład Doc. Dr Koźniewskiego: »O hormonach«.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Antisclerosin-Natterer poleca gorąco Dr P. C. Franze (Fol. ther. kwiecień 1910) w stwardnieniu tętnic; podaje zwykle 3 r. dz. po 2 kołaczyki w $^1/_2$ szklanki wody, godzinę przed jedzeniem. Kołaczyki wymagają do rozpuszczenia się 1—2 godzin. Leczenie trwa miesiąc lub dłużej; następuje przerwa 14-dniowa, naprzemian z 14-dniowem leczeniem. Często podaje Franze równocześnie jod. Ll. W.

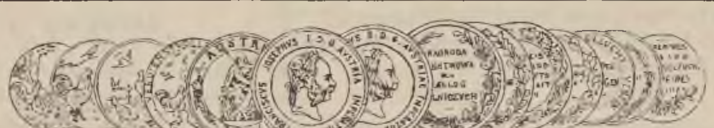
Digipuratum-Knoll. Dr Veiel E. (»Münch. med. Woch.« Nr 39, 1910). W niedomodze serca wogóle działa digipuratum podobnie jak folia digit., natomiast szczególnie energicznie, lepiej niż napar naparstnicy, w przypadkach podupadłej czynności nerek, podnosząc wydzielanie moczu bardzo znacznie. Wskazane dawkowanie ostrożne ze względu na możliwość objawów ubocznych przy stosowaniu obu, w 50 przypadkach porównywanych przetworów. Kl. W.

Aluminiumsubacetat fabr. Dr A. Horowitz, poleca Doc pryw. Dr R. Polland, I. asyst. klin. dermatolog. w Gracu (»Österr. Aerzte Ztg« Nr 17, 1910), do leczenia wewnętrznego wiewióra. Jestto trudno rozpuszczalny suchy octan glinowy. Stosowano go w postaci »Gelonida aluminii subacetici«. Należy do grupy środków odkażających mocz, jak urotropina, arovina, salol i t. d., wpływa uspakajająco na ból i parcie, bez przykrych objawów ubocznych, właściwych pewnym środkom balsamicznym. Po pierwotnem odkażeniu przewodu pokarmowego następuje wtórne odkażenie dróg moczowych.

Prof. Bickel w Berlinie i Blasius w Hali dowiedli w zakładach patologicznych działania bakteryobójczego tego przetworu. Wartość lecznicza podnosi się przez stosowanie w postaci gelonida, rozpadających się zupełnie pewnie, rozpoczynających zatem swe działanie bezsprzecznie już w żołądku i ulegających łatwo wessaniu. W 53 przyp. stwierdzono, że chorzy zażywają lek ten bardzo chętnie, że nie doznawali przykrego posmaku, odbijań ani nudności. Najczęściej występowało działanie lekko przeczyszczające, co popierało tylko zamierzone działanie lecznicze. W przypadkach ostrych średnio po 3—4 tygodniach znikały dwoinki wiewiórowe. W nieżycie pęcherza poczyniono bardzo korzystne doświadczenia. W kilku przypadkach zapalenia najądrza nastąpiło wyjaśnienie moczu po 2—4 tygodniach.

Autor stawia ten przetwór na równi z najlepszymi lekami odkażającymi mocz. Hr. W.






ODZNACZENIA
KRAKÓW - LWÓW - PARYŻ - WIEDEŃ


IODONE
CONTRE

Rok XLIX. Kraków, dnia 12. listopada 1910. Nr 46.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z oddziału Docenta Dra med. Wł. Janowskiego w Szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie.

O barwiącej się za życia ziarnistości krwinek czerwonych (substantia granulo-reticulo-filamentosa)

jej pochodzeniu i stosunku do nakropień zasadochłonnych.

Podał

Dr Ryszard Hertz,

asystent oddziału.

I. Wstęp historyczny.

Wprowadzenie do hematologii metody barwienia krwi za życia, pierwsze dane co do metodyki tego badania, oraz zaznaczenie i pierwszy opis spostrzeganych tu zjawisk zawdzięczamy Pappenheimowi (43) (w r. 1895). W roku następnym (1896) badacz ten wspólnie z Israelem (30) opisał zauważone w świeżej krwi zarodków w erytroblastach i mniej obficie w erytrocytach drobniutkie ziarnistości, barwiące się czerwienią obojętną na kolor żółto-czerwony.

Zupełnie niezależnie od powyższych autorów Horseley (20) w roku 1897, wstrzykując rybom, płazom, ptakom i ssakom podskórnie błękit metylowy, spostrzegał w ich czerwonych krwinkach ziarnistości, zbliżone naturą swoją do substancyi protoplazmatycznej.

Giglio Tos (24), Maksimow (37) i Weidenreich (68), stwierdzili również w swoich późniejszych badaniach istnienie tych za życia barwiących się ziarnistości w czerwonych krwinkach zarodków. Maksimow stwierdził, że komórki, zawierające tego rodzaju ziarnistość, spotykać można w zmiennej liczbie i ugrupowaniu w różnych okresach życia zarodkowego u ssaków; w późniejszych okresach życia płodowego liczba ich staje się coraz mniejsza, aż wreszcie znikają zupełnie.

Dopiero jednak Foa i Cesaris Demel (23) w r. 1899 wykryli te ziarnistości w krążących czerwonych ciałkach krwi u człowieka, zbadali ich zachowanie się w różnych stanach fizyologicznych i chorobowych i doszli do wniosku, że chodzi tu zawsze o młode pierwiastki pochodzenia szpikowego, że więc obecność ich w obiegu krwi wskazuje na budzenie się zdolności krwiotwórczych w szpiku kostnym.

Tą samą sprawą zajmowali się również liczni włoscy badacze — Poggi (50), Bidone i Gardini (7), Jovane (32), Belli (5), Negri (42), Giglio Tos (24) i inni —, którzy również stosowali metodę barwienia krwi za życia.

W piśmiennictwie niemieckiem znajdujemy dotąd zaledwie nieliczne prace, poświęcone tej sprawie. Pierwsze zestawienia odnośnych spostrzeżeń dali mianowicie Rosin i Bibergeil (52) w r. 1904, choć już przed nimi Bloch (8) w swej znanej monografii (1901) uwzględnił ziarnistości, barwiące się za życia, odróżniając je wyraźnie od ziarnistości, występujących w preparatach utrwalonych.

Pappenheim (48) rozróżnia również bardzo wyraźnie obydwa te rodzaje ziarnistości, gdy przeciwnie Rosin i Bibergeil popełniają ten sam błąd, którego nie ustrzegli się i włoscy badacze, a mianowicie mieszają ziarnistości barwiące się za życia z ziarnistem nakropieniem czerwonych ciałek krwi, którego obecność w utrwalanych preparatach zbadali najpierw Askanazy (2) i Grawitz (25). Powyżsi autorowie nie podają wcale powodów, dla których utożsamiają ze sobą dwa te rodzaje ziarnistości i uważają je za identyczne. Jest to brak tem większy, iż, jak zobaczymy poniżej, obie te ziarnistości są natury zupełnie odrębnej.

Różnicę pomiędzy ziarnistościami obydwóch rodzajów — barwiącą się za życia i spostrzeganą na utrwalonych preparatach — pierwsi ustalili na podstawie odpowiednich spostrzeżeń Chauffard oraz Widal ze swymi uczniami (13—20—72).

Chauffard i Fiessinger zwrócili w roku 1907 uwagę na obfitość barwiących się za życia ziarnistości w przypadkach wrodzonej żółtaczki hemolitycznej; równocześnie Widal, Abrami i Brulé podali bliższe szczegóły co do natury barwiących się za życia ziarnistości w czerwonych krążkach krwi, opierając się na przypadku, który uważali za żółtaczkę hemolityczną nabytą. Zaznaczamy tu odrazu, że w przypadkach wskazanych wymienieni autorowie nie spostrzegali wcale czerwonych ciałek krwi nakropionych w preparatach utrwalonych.

Nie znając prac swych poprzedników w sprawie za życia barwiących się ziarnistości czerwonych krążków krwi, i stwierdziwszy przy żółtaczce hemolityeznej (zarówno wrodzonej, jak nabytej) jedną jeszcze ciekawą ich właściwość, a mianowicie zwiększoną łamliwość[1]), — francuscy autorowie upatrywali początkowo w obydwóch tych zjawiskach

[1]) Technikę badania łamliwości krążków krwi podajemy poniżej.

(ziarnistości barwiącej się za życia i łamliwości erytrocytów) objaw właściwy tylko żółtaczce hemolitycznej (12—19).

Co się zaś tyczy specyalnie występowania ziarnistości barwiących się za życia, to uzależniali je oni 1) od spraw hemolitycznych wogóle, 2) od zwiększonej łamliwości czerwonych krwinek, oraz 3) od obecności barwików żółciowych we krwi.

Wkrótce jednak i francuscy badacze. zgodnie z wynikami badań swych kolegów włoskich i niemieckich, stwierdzili, że ziarnistość barwiąca się za życia nie jest niczem swoistem dla żółtaczki hemolitycznej, gdyż 1) może występować sporadycznie w każdej krwi prawidłowej, a 2) może się znajdować w ilości znacznie zwiększonej również w przypadkach niedokrwistości (zwłaszcza złośliwej), oraz w zatruciu ołowiem.

Dane w tej sprawie, zawierające bardzo ciekawe szczegóły i ogłoszone w piśmiennictwie francuskiem, omówię jeszcze później, tu zaś przytoczę tylko pokrótce najważniejsze fakty, dotyczące drugiego rodzaju zajmujących nas w tej pracy ziarnistości, a mianowicie zasadochłonnego nakropienia czerwonych ciałek krwi w preparatach utrwalonych.

Na istnienie tego nakropienia pierwszy zwrócił uwagę Ehrlich (17) w r. 1885. Potwierdził je potem Behrend (6) w 1889 w przypadku zatrucia ołowiem. Dalsze badania w tym kierunku zawdzięczamy Askanazyemu (2), który pierwotnie tłómaczył sobie te ziarnistości, jako pozostałości jądra, świadczące o sprawach odrodczych, odbywających się w szpiku kostnym.

Następnie nakropienie to w utrwalonych preparatach krwi opisali Schaunan, Klein (33), Lazarus (17), Engel, Grawitz (25, 26, 27), który uznał to zjawisko za dowód zwyrodnienia czerwonych krążków krwi, Nägeli (41), Schmidt (61, 62, 63) i inni w licznych przypadkach niedokrwistości złośliwej, przewlekłego zatrucia ołowiem, zimnicy, raka, posocznicy, białaczki itd.

Sabrazès, Bourret i Léger (54) w r. 1900 pierwsi wywoływali doświadczalnie występowanie zasadochłonnego nakropienia czerwonych krążków we krwi świnki morskiej zatrutej ołowiem. Wyniki ich badań sprawdzili na szczurach, królikach i psach. Hammel (28), Rohnstein i Moritz (r. 1901), White i Pepper (69) w r. 1901 oraz Lutosławski (36) w r. 1904.

Sprawa pochodzenia i istoty nakropionych czerwonych krążków krwi wywołała nadzwyczaj ożywione spory. I dziś jeszcze jedni upatrują w tem zjawisko zwyrodnienia, inni uważają je za wynik »caryorhexis«, jako jeden z okresów czynności odrodczej szpiku kostnego. Odnoszące się tu szczegóły podam w rozdziałach następnych.

(C. d. n.).

O działaniu szczepionek przeciwgruźliczych Dra J. Czajkowskiego.

Podał

Dr H. Wilczyński.

(Zakopane).

W r. 1907 ogłosił Dr Czajkowski pracę, wydaną przez krak. Akademię Umiejętności, pod tytułem: »O sztucznym sposobie otrzymywania surowic leczniczych«. Praca ta mało uwagi zwróciła na siebie, mimo, iż zawiera kilka nowych myśli z zakresu patologii, a załączone tam tablice są bardzo zajmujące.

Brak zainteresowania się tą pracą łatwo wytłómaczyć tem, iż zalew rozmaitych surowic i szczepionek w działaniu swem nie sprawdzał obiecywanych wyników, a z drugiej strony przytoczony w pracy Czajkowskiego kliniczny materyał był skąpy. To też nie było chętnych do stosowania na chorych i tych nowych surowic, a właściwie szczepionek.

Ze szczepionkami temi zapoznałem się bliżej, i mimo, iż jeszcze kilka stron w działaniu klinicznem zostało niewyjaśnionych, mimo, że pragnąłbym większy od obecnego przedstawić materyał, spieszę swe spostrzeżenia podać do szerszej wiadomości, a to głównie z tego powodu, iż obecnie w Niemczech jeden z uczonych, zaznajomiony z pracą Czajkowskiego, idąc w tym kierunku, ogłasza dobre wyniki: należy więc baczniejszą uwagę zwrócić na wynalazek polski i starać się zapewnić mu pierwszeństwo. Najbliższy czas wykaże, czy istotnie z nowem odkryciem mamy do czynienia, czy może wogóle błądzimy.

O samej pracy Czajkowskiego nie będę mówić wiele. Są tam niedomówienia, zwłaszcza w dziale techniki. Być może, że cała tajemnica wynalazku polega w technice, w możliwości wyjaławiania szczepionek bez wpływu na ich działanie lecznicze.

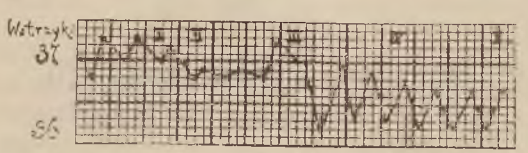
Po tym krótkim wstępie, opiszę tylko własne spostrzeżenia co do działania, jak i pierwsze kroki w stosowaniu tych szczepionek. Stosowałem je w przypadkach, gdzie przebieg kilkumiesięcznego leczenia zwykłymi sposobami nie wróżył polepszenia. Być może, gdybym mógł stosować je przez czas dłuższy, (przeszkadza temu wczesny wyjazd chorych z Zakopanego), to możebym doczekał się jeszcze lepszych wyników, tak, jak to było w ostatnich (XXIII, XXIV) przypadkach. W każdym razie na 24 przypadki spotykamy tylko 6 przypadków (II, III, XI, XIII, XIV, XVIII) bez wybitnej poprawy. Nie wiem, czy i kiedy będzie nawrót w przypadkach o leczeniu z dobrym wynikiem; wykaże to najbliższa przyszłość.

Szczepionki stosowałem podskórnie. Na miejscu wstrzyknięć czasem powstawało zaczerwienienie i bolesny obrzęk, które po dwu dniach znikały. Innych objawów miejscowych lub ogólnych nie spostrzegałem. Autentyczne krzywe ciepłoty, rysowane przez chorych, częścią przesłałem Drowi Czajkowskiemu, częścią zachowałem u siebie.

I. W listopadzie 1909 przysłał Dr Czajkowski do Zakopanego dla leczenia klimatycznego pannę O. Szczupła blondynka, l. 28. Morb. Basedowa. Najwyższa ciepłota codzień 37·3 C., podczas miesiączkowania 37·5. Infiltratio apic. utriusque c. crepitationibus. Osłabienie. Poty. Tętno około 120. Chora do lutego 1910, a więc przez 3 miesiące, przy stosowaniu antytyreoidyny straciła objawy choroby Basedowa, ciepłota jednak i stan miejscowy płuc pozostały bez zmian. W lutym chora sama prosiła o stosowanie szczepionek Dra Czajkowskiego, które miała ze sobą. Z niechęcią się zgodziłem. Przepis brzmiał, że o ile nie będzie wybitnego odczynu gorączkowego, to stosować należy szczepionki 2—3 razy w tygodniu. Skutek był nadspodziewany. Po trzeciem wstrzyknięciu ciepłota opadła niżej 37 C. Tętno 76. Po 12 wstrzyknięciach chora wyjechała do domu, bez kaszlu, bez rzężeń w płucach, z prawidłową ciepłotą. Zwracam uwagę, iż przed wyjazdem chora zaziębiła się,

dostała kataru i zapalenia grubszych oskrzeli, ale bez podniesionej ciepłoty. Skutki zaziębienia minęły po 5 dniach. (Zob. krzywą ciepłoty Nr 1).

Nr 1.

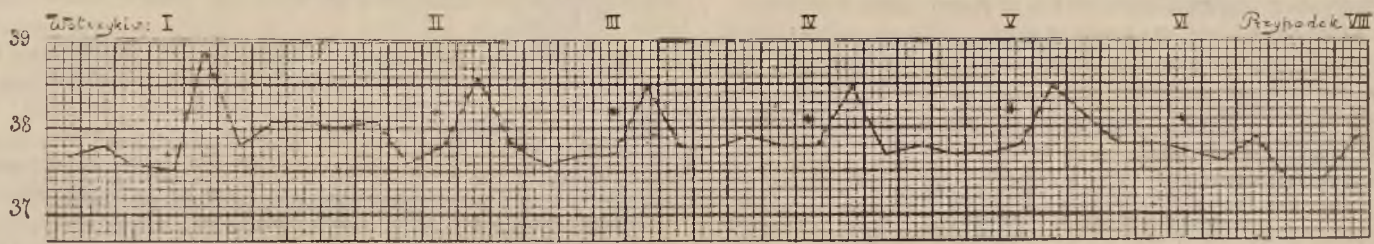


Przypadek ten zniewolił mnie do zwrócenia się po większą ilość szczepionek, których mi Dr Czajkowski bezinteresownie dostarczył. Zacząłem wtedy stosować te szczepionki w przypadkach, gdzie leczenie klimatyczne nie skutkowało.

II. Panna W. W. lat 20. Habitus phtisicus. Infiltratro cum crepit. lobi sup. pulm. sin. Tbc w plwocinie, Gaffky 5—6. Ciepłota co dzień 37·3—37·4. Pobyt od 1. XII. 1909 bez zmian na lepsze do marca 1910. W marcu zacząłem stosować szczepionki. Po 12 wstrzyknięciach ciepłota ta sama, natomiast rzężenia znikły zupełnie, odpluwania tylko zrana. W tym przypadku jedynie zniknięcie rzężeń i zmniejszenie odpluwania udało się stwierdzić.

III. Panna M. N. lat 17. Habitus phtisic. Liczne ogniska gruźlicze z rzężeniami w płucu lewem. Infiltratio ad hilum pulm. dextri. Spirometr 1900. Ciepłota od grudnia do lutego prawidłowa, od lutego około 37·3. W marcu zacząłem stosować szczepionki. Na razie odpluwanie wzmogło się, kaszel stał się częstszy, rzężeń przybyło — bez wpływu na ciepłotę. Począwszy jednak od 7. wstrzyknięcia, rzężenia zaczęły się zmniejszać, ciepłota jednak, jak dawniej. Spirometr 2000.

Nr 3.



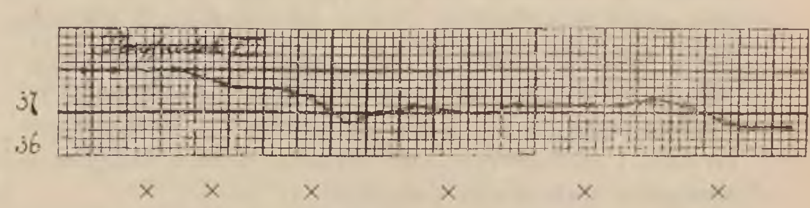
IV. Panna N. S. lat 19. Tęga blondynka. Leczyła się w Zakopanem w zimie 1908 i od listopada 1909. Infiltratio c. crepit. ad hilum pulm. sin. Krwioplucie w styczniu 1910 i pleuritis sicca sinistra. Ciepłota około 37·5, osłabienie. Stan bez zmian do marca. W marcu zaczęto stosowanie szczepionek — razem 18. Po pierwszych wstrzyknięciach ciepłota się wzmagała (wybitne zaczerwienienie na miejscu wstrzyknięcia), w końcu ciepłota była prawidłowa, a stan podmiotowy tak się poprawił, że w maju chora objęła posadę kasyerki, którą do dziś dnia sprawuje. W kwietniu można było stwierdzić tylko wzmożone drżenie przy lewej łopatce.

V. Pan J. l. 18. Wysoki, szczupły brunet. Infiltr. lob. sup. pulm. sin, c. crepitat. Ciepłota około 37·4. Poty. Kaszel, skąpe odpluwanie. Spirometr 3000. Pobyt w Zakopanem od grudnia 1909. Do marca — jedynie przyrost wagi. W marcu zacząłem stosować szczepionki, razem 15. Chory wyjechał w końcu kwietnia z prawidłową ciepłotą, bez rzężeń, bez potów. Spirometr 3850.

VI. Pan T. K. lat 19. Szczupły blondyn, 191 ctm. wzrostu. Spirometr 4400. Condens. apic. dextri. Infiltr. incipiens sub angulo scapul. dextr. Brak kaszlu i potów. Próba Moro — wybitna. Ciepłota około 37·2. Pobyt w Zakopanem od grudnia 1909. Przybytek wagi znaczny. Ciepłota bez zmian około 37·2. Szczepionki (12) usunęły ciepłotę wzniesioną zupełnie.

VII. Pani K. S. l. 28. Szczupła blondynka, kilkakrotnie lecząca się w Zakopanem. Condens. apic. dextri. Infiltratio c. crepitat. in lob. infer. pulm. dx. ad lin. axillar. Crepitationes in VI et VII spatiis intercost. ad lin. axillar. sinistr. Ciepłota około 37·5. Spirometr 2000. Pobyt w Zakopanem od maja 1909 ze stopniowem pogarszaniem się stanu. W marcu zacząłem stosować szczepionki. Krzywą ciepłoty załączam. Leczenie przerwano z powodu zawezwania rodziny. Ordynujący przed stosowaniem szczepionek lekarz przy badaniu przed wyjazdem stwierdził znaczną poprawę, mianowicie rzężenia po lewej stronie znikły, a po prawej wyraźnie się zmniejszyły. Ciepłota przy odjeździe prawidłowa.

Nr 2.



VIII. Pani K. S. lat 33. Chora od lat siedmiu. Infiltr. lob. sup. pulm. sinist. c. crepitationibus. Pleuritis chron. dextr. in part. infer. Infiltr. apic. dext. Ciepłota około 38·0. Połykanie plwociny, poty. Pobyt w Zakopanem od września 1909. Bez poprawy do marca 1910. W marcu zacząłem stosować szczepionki. Po każdem wstrzyknięciu ciepłota się podnosiła (zob. krzywą Nr 3), stopniowo coraz mniej. Miejscowo w płucach poprawa nie wystąpiła. Chora wyjechała na południe, gdzie przebyła zapalenie płuc, wróciła w maju w okolice podgórskie i w lipcu zaczęła znów stosować szczepionki. Po kilku szczepionkach ciepłota opadła do normy, chora w październiku odbyła dalszą podróż (do Monachium) bez złych następstw. W końcu października b. r. badanie moje stwierdziło rzężenia tylko pod lewym obojczykiem. Leczenie szczepionkami w toku.

IX. Pani M. L., mężatka l. 32. Słuszna, tęga blondyna. Ciepłota około 37·4. Infiltr. pulmon. dextr. c. crepit. Spirometr 2200. Chora od 2 lat. Bezdzietna z obawy przed suchotami. Pobyt w Zakopanem od listopada 1909. Stan prawie bez poprawy do marca 1910. Po 12 szczepionkach ciepłota około 36·7. Poczucie zdrowia. Spirometr 2700. Stan ten utrzymuje się po dziś dzień, a przechowuję list chorej, w którym mię zapytuje, czy może mieć dziecko.

X. Pani M. J. l. 23. Wynędzniała po połogu i karmieniu suchotnica. Ciepłota około 38 C. Infiltr. cum caverna in lob. sup. pulm. dextr. Infiltr. apic. sinistr. Obfite odpluwanie, poty. Słaby głos. Spirometr 1000! Odrazu zacząłem stosować szczepionki. Po dwu tygodniach — ciepłota prawidłowa, spirometr 1200. Po 12 szczepionkach wyjazd na wieś ze znacznym przybytkiem wagi, rzadkim kaszlem z plwociną i wcale nie złem wyglądaniem. O dalszych losach chorej nie mam wiadomości.

Z przytoczonych przypadków I, IV, V, VI, VII, IX i X, a więc 7:10 — były tak zachęcające, że zdecydowałem się pojechać do szpitala sosnowieckiego, gdzie dyrektorem jest Dr Czajkowski. Widziałem tam przypadek zapalenia płuc krupowego, leczony swoistą szczepionką, z prze-

łomem czwartego dnia, kilka przypadków gruźlicy płucnej, wiele przypadków gruźlicy kości, rozmawiałem z chorymi, dochodzącymi na szczepienia i o wyniki pytałem. Widziałem chorą na raka wargi dolnej, staruszkę, która już dwa lata leczy się swoistą szczepionką i u której nowotwór wydaje się prawie wyleczony, bo ani jednego gruczołu obrzmiałego w otoczeniu niema, a warga, choć ścieńczała i zbliznowaciała, kosmetycznie dobrze się przedstawia. Nie mam prawa opisywać materyału klinicznego Dra Czajkowskiego; jeśli o nim wspominam, to jako na dowód uprzejmości kol. Czajkowskiego, który każdemu z ciekawych kolegów szpital swój i chorych pokazuje. Może to zachęci kolegów do naocznego traktowania poruszonej tu sprawy.

Postanowiłem wtedy w dalszym ciągu stosować szczepionki w przypadkach cięższych lub uporczywych, a nawet i zapobiegawczo. Materyał cały zapisuję skrzętnie, a teraz przytoczę tylko ciekawsze przypadki. Z tego kilka ujemnych.

XI. Pan M. S. l. 28. Neurastenik. Ciepłota 37·3. Osłabienie, poty. Wybitny odczyn Moro. Częste biegunki. Spirometr 4000. Badanie płuc — ujemne. Rozpoznanie: scrophulosis — resp. enteritis tbc. Działanie piętnastu szczepionek niewyraźne, nieco rzadsze biegunki, nieco lepsza ciepłota.

XII. Panna H. Z. l. 26. Infiltr. apic dextr. recens. Moro — dodatni. Ciepłota około 37·4. Osłabienie. Po 10 szczepionkach zupełna poprawa i wyjazd jako zdrowej.

XIII. Panna M. Z. l. 28. Siostra poprzedniej. Ciepłota około 37·6. Moro — dodatni. Badanie płuc — ujemne. Rozpoznanie: Lymphadenitis tbc ad hil. pulm? Działanie 12 szczepionek — słabe; nieznaczna poprawa ciepłoty, zawsze jednak podgorączkowej.

XIV. Pan J. W. l. 30. Condens. apicum bez rzężeń. Spirometr 3300. Wzrost średni. Odżywienie doskonałe, stan podmiotowy dobry. Cera blada. Ciepłota około 37·3. Poty; kilkanaście szczepionek nie wywarło żadnego skutku.

XV. Panna D. l. 25. Infiltr. lob. sup. pulm. dextr. c. crepit. Enteritis tbc. Ciepłota około 37·5. W Zakopanem od stycznia 1909. Od marca 1910 do lipca — w łóżku. W lipcu objąłem leczenie. Po 15 szczepionkach — ciepłota około 37·2 (bywają dnie i bez ciepłoty wzniesionej), rzężenia znikły, biegunki bardzo rzadko, — chora opuściła łóżko. Poprzedni lekarz wobec chorej wyłączał możliwość poprawy.

XVI. Pan J. K. l. 22. Condens. apic. dext. Infiltr. recens apic. sinistr. c. crepit. Wychudzenie niezwykłe. Ciepłota prawidłowa. Moro — dodatni. Po 15 szczepionkach rzężenia znikły. Chory nietylko nie werendował, ale spędzał czas na zabawach. Przybytek wagi 6 klg.

XVII. Pani S. M. l. 24. Infiltr. lob. sup. pulm. dextr. c. crepit. Po raz wtóry w Zakopanem. Ciepłota 37·3. Po 15 szczepionkach — rzężenia znikły. Ciepłota czasem 37·1.

XVIII. Dr D. l. 34. Infiltr. c. crepit. pulm. sin. totius Infiltr. ap. dext. Ciepłota około 37·5. Obfite odpluwanie, duszność przy ruchu. Spirometr 2500. Poty. Pleurit. sicca sinistr. Obesitas. Po zaczęciu szczepionek — pleuritis znikła, poty ustały, odpluwanie nieco się zmniejszyło. Ciepłota jednak ta sama. Chory dostał 20 szczepionek. Leczenie w toku.

XIX. Panna M. A. l. 18. Condens. lob. sup. pulm. dext. Adhaesiones pleurae dext. Leczy się od 2 lat. Zgłosiła się z zaostrzeniem sprawy po podróży. Ciepłota 37·5. Pleurit. recens sicca sub angulo scap. sin., ibidem expirium prolong. Po 10 szczepionkach — prawidłowa ciepłota, spirometrycznie przybyło 350, uczucie męczenia się znikło, bole opłucnej ustały, wydech wydłużony znikł. Leczenie odbyło się ambulatoryjnie. W dziesięć dni po ostatniej szczepionce — wycieczka na górski szczyt i przemoczenie w deszczu, bez następstw.

(Dok. nast.).

Oceny i sprawozdania.

Prawo Collesa-Baumesa i Profety wobec nowych metod badania kiły.

Sprawozdanie poglądowe.

Napisał

Dr Stanisław Welecki.

Jakkolwiek pojęcie kiły dziedzicznej znane było już w XVI wieku, a jej istotę i drogi przenoszenia opisywało już wielu owoczesnych autorów (Fallopia, Fernelius, Augerius Ferrerus), nie było ono jednak przez wszystkich uznane. Mianowicie szkoła Huntera (Girtenauer, Hencke, Rickord), która wyłączała zakaźność kiły drugorzędnej, przypuszczając, że zakażenie może się odbyć tylko przez wrzód pierwotny, nie uznawała temsamem możliwości dziedziczenia kiły. Wnet jednak, dzięki badaniom Depauta, Trousseau, Cazeaux nad zmianami kiłowemi u noworodków, zwłaszcza nad dziedziczną kiłą trzew upadło zapatrywanie Huntera, a ogłoszone w r. 1837 prawo Collesa (sformułowane przez Baumesa), było wyrazem ogólnego już uznania dziedziczności tej choroby.

Niemniej przeto już wtedy różniły się zapatrywania autorów co do sposobu dziedzicznego przenoszenia kiły. Zapatrywaniu, że kiła może przenieść się na płód tylko w chwili zapłodnienia przeciwstawiono twierdzenie, że przenosi się ona dopiero po zapłodnieniu (postconceptionell). Jako bezwzględnie częstszy sposób dziedziczenia uznano przenoszenie jadu kiłowego drogą komórek nasiennych, najczęściej nasienia męskiego, nie wyłączając jednak możliwości przenoszenia się kiły także przez jajko kobiece i to w chwili zapłodnienia.

Fournier poszedł tak daleko, że za kiłę dziedziczną uważał wyłącznie i tylko taką, którą płód już w chwili płodzenia od chorych rodziców nabył. »Ta zaś kiła, która dopiero po poczęciu na płód przeniesioną została, nie powinna być uważana za dziedziczną kiłę«. Definicya Fourniera ma jednak znaczenie raczej teoretyczne, bo zresztą wszędzie w piśmiennictwie określano także kiłę nabytą w łonie matki już po zapłodnieniu jako dziedziczną. Finger w r. 1898 podaje 52 znanych sobie takich pewnych przypadków, gdzie matka dopiero w czasie ciąży kiłę nabyła i urodziła dzieci kiłą obciążone. Kilka z tych kobiet zakaziło się dopiero w 9 miesiącu ciąży, a urodzone dzieci przedstawiały znamiona świeżej kiły drugorzędnej.

Zagadką jednak było, czy możliwa jest droga odwrotna, t. j. przenoszenie jadu kiłowego lub jego produktów z kiłowego — z winy ojca — płodu na dotychczas niezakażoną, chory płód w łonie noszącą matkę. Twierdzenie Gardieu, że matka taka z reguły od swego dziecięcia nabywa kiłę, przyjął, choć nie dla wszystkich przypadków, Ricord (choc en retour). Temu jednak mniemaniu, jakoby matka podczas zapładniającego stosunku z mężczyzną chorym na kiłę mogła pozostać zdrową i później dopiero od swego kiłowego dziecięcia kiłę nabywała, sprzeciwili się Bärensprung, Kaposi, Zeist i in., twierdząc, że chodzi tu prawdopodobnie o śródmaciczne, a dla badania niedostępne zakażenie chorem nasieniem.

Obok tego prawa przyjętego mimo opozycyi wyżej wymienionych autorów, przez Hutchinsona, Fourniera i in., spotykamy drugie: prawo Collesa-Baumesa, powiadające, że

»matka, która urodziła dzieci przez ojca kiłowe, sama objawów kiły nie przedstawiając, jest przeciw kile ich odporna«. Tak wiele jednak ogłoszono wyjątków od tego prawa (Finger zebrał 21, prócz tego Hochsinger, Fravis, Collet, Pauker), że już wnet po jego sformułowaniu powstało pytanie, czy jest ono w całej rozciągłości prawdziwe.

Jeżeli z kiłowych rodziców rodzi się dziecię bez klinicznych objawów kiły (zdrowe), ma ono posiadać odporność przeciwkiłową, jak to wynioskował Profeta na podstawie spostrzeżenia, że matki ze świeżemi zmianami kiłowemi na brodawkach sutkowych i ustach nie zakażają takich dzieci, choć je całują i karmią. Jednakże pokaźna liczba przypadków (Mireura, Barthelemyego, Bährenda, Weila, Grünfelda i in.) wykazuje, że przecież takie dzieci, mające szanse do odporności według Profety, zakażały się kiłą od matek lub osób postronnych. Przypadki te znowu odbierają prawu Profety znaczenie prawa ogólnego i tworzą trzeci typ: zdrowych dzieci, spłodzonych przez kiłowych rodziców.

Przeciw tym pojęciom, w szczególności przeciw możliwości przenoszenia się kiły drogą rozrodczą (l. germinativa) i przeciw możliwości przenoszenia tylko odporności przeciwkiłowej bez samej choroby czyto z dziecięcia na matkę, czy na odwrót, wystąpił Matzenauer w r. 1903. Na podstawie krytycznego przeglądu piśmiennictwa i własnych spostrzeżeń dochodzi on do wniosku, że skoro nieznamy dotychczas żadnej choroby zakaźnej, którąby się wyłącznie przez ojca dziedziczyła, skoro niema dowodów, aby nasienie kiłowych było zakaźne, o ile niema zmian kiłowych w jądrach, skoro dalej i przy kile od ojca rzekomo dziedziczonej spotykamy zmiany, cechujące kiłę, także i w łożysku, — to niema podstaw do wyłącznie rozrodczego dziedziczenia kiły, a raczej z Bärensprungiem, Kaposim, Zeistem i in., zgodzićby się należało, że nietylko dziecię, ale równocześnie i matka zostaje zakażona.

Wprawdzie statystyka wykazuje, że 20—38% matek, rodzących dzieci kiłowe, nie okazuje zmian kiłowych, z drugiej strony jednak faktem jest, że u 38—40% kobiet z kiłą trzeciorzędną nie można wykazać przebytego 1. i 2. okresu. Nie jest wyłączonem, że te daty stoją z sobą w związku. Oczywista, że te kobiety, mając już raz kiłę, nie zakażają się nią powtórnie i tem tłómaczy się ich pozorna odporność; prawdziwa zaś odporność dowieść się nie da. Również na podstawie tak licznych zakażeń dzieci rodziców kiłowych czyto »intra partum«, czyto wnet po urodzeniu, gdzieby jeszcze odporność według Profety powinna istnieć, — uważa Matzenauer prawo Profety za nieodpowiadające prawdziwemu stanowi rzeczy.

Krytyczne poglądy Matzenauera spotkały się jednak z ostrą polemiką; Finger wkrótce przedstawił fakty, przemawiające za dziedziczeniem kiły od ojca, jakoto: 1) ojciec po leczeniu przeciwkiłowem płodzi zdrowe dzieci; 2) kobiety, które z chorym na kiłę mężczyzną płodziły kiłowe dzieci, płodzą z innym zdrowym mężczyzną zdrowe; 3) zdrowa matka kiłowego dziecięcia może później od tego samego dziecka lub też w inny sposób nabyć kiłę (?); 4) około 100 znanych, do 18 lat obserwowanych matek kiłowych dzieci, któreto matki pozostały zdrowe; 5) leczenie przeciwkiłowe matki pozostaje bez wpływu na kiłę dalszego potomstwa.

Te spostrzeżenia, poparte przez Kassowitza, Neumanna, Langa i innych, osłabiły znacznie siłę dowodową twierdzeń Matzenauera i właściwie postawiły rzecz całą na dawnem stanowisku, t. j., że jakkolwiek przeniesienie kiły z chorej matki jest najczęstsze, nie da się jednak wyłączyć przeniesienia kiły tylko z chorego ojca na płód bez zakażenia matki, — która w danym przypadku może zyskać tylko odporność przeciw kile. Jednakże ta obszerna dyskusya i często różnorakie tłómaczenie podobnych faktów dobitnie wykazały, że do poznania dróg dziedziczenia kiły potrzeba dokładniejszych metod badania, niż obserwacya kliniczna.

Ponieważ badania anatomiczno-patologiczne, jakkolwiek znacznie rozszerzyły znajomość objawów kiły dziedzicznej, prawie zupełnie nie przyczyniły się do wyjaśnienia sposobu jej dziedziczenia, przeto w ostatnich latach po odkryciu krętka bladego i odczynu surowiczego kiły zwrócono się do badania temi metodami.

Już prace Baba i Hedrena dowiodły, że ustrój dziecięcy może w wyższym stopniu, niż ustrój dorosłego, stanowi podatne podłoże dla rozwoju krętka bladego, do tego stopnia, że kiłę dziecka wprost nazywano spiryllozą. Spotyka się bowiem krętki we wszystkich prawie narządach dzieci, dotkniętych kiłą dziedziczną, także w jądrach i jajnikach; Levaditi i Savage znaleźli je nawet w pęcherzykach Graafa. U dorosłych nie spotkano krętków nigdy ani w jajnikach, ani w jądrach, ani w nasieniu.

W piśmiennictwie znane są tylko dwa przypadki (Landsteiner), gdzie przez przeszczepienie nasienia dwu kiłowych na małpy wywołano wrzody pierwotne. Jeden jednak z tych chorych miał kiłę jąder, drugi świeżą ciężką drugorzędną kiłę. Zresztą wszystkie szczepienia podejmowane przez innych autorów, wypadały ujemnie.

Tak więc te dodatnie czy ujemne wyniki poszukiwania krętków i przeszczepiania nic nam nie mówią co do sposobu dziedziczenia kiły, ani bowiem z nich nie można wnosić, czy jajko rzeczywiście przez nasienie chorego człowieka może zostać zakażone, ani, czy takie ewentualnie zakażone jajko zdolne jest do rozwoju.

O wiele więcej wniosków wysnuć można z badań łożyska co do krętków, zwłaszcza, o ile równocześnie wykonano próbę Wassermanna-Neissera-Brucka u matki i dziecka. Już dziś nie ulega wątpliwości, że dodatni odczyn Wassermanna-Neissera-Brucka sam przez się dowodzi kiły, wyjąwszy bowiem nieliczne przypadki jak framboczyę, gorączkę powrotną, trąd, ciężką gruźlicę i czasem zimnicę — a więc choroby dość łatwo dające się wyłączyć, — odczyn ten wypada dodatnio tylko w kile. I jakkolwiek nie chodzi tu prawdopodobnie o działanie wywoływacza (antygenu) wprost na niwecznik (anticorps [jak tego dowodzą próby Levaditiego i Marie, którzy stwierdzili, że płyn mózgowordzeniowy chorych z dodatnim odczynem WNB zupełnie nie osłabia żywotności ani nie zabija krętków bladych, jakoteż i fakt, że uważany przedtem za swoisty wywoływacz wyciąg z kiłowej wątroby da się zastąpić przez ciała o znanej budowie chemicznej, jak lecytyna (Porges-Maier), cholesteryna (Fleischmann), oleinian sodowy (Sachs-Fleischmann), lub wyciągi ze zdrowych narządów, jak z serca morskiej świnki lub wołu (Landsteiner-Müller-Pötzl)] — mimo to jest odczyn WNB dla choroby jako takiej swoisty. Prawdopodobnie chodzi tu według Levaditiego o ciała przyrody koloidalnej, które i w prawidłowych warunkach w niewielkiej ilości w ustroju się znajdują, a po wtargnięciu krętków bladych, pomnażają się znacznie. Tak więc odczyn WNB byłby swoisty nie dla samych krętków bladych, lecz dla procesu chemicznego, przez nie w ustroju wywołanego (Levaditi, Bruck, Lesser, Neisser).

Wyzyskując jednak odczyn WNB do ocenienia zdrowia matki, rodzącej dzieci kiłowe, musi się wziąć w rachubę rozważania Baba i Opitza, czy ciała, które wywołują związanie dopełniacza powstają z reguły w ustroju danej matki, czy może przechodzą tylko z ustroju dziecięcia obciążonego kiłą przez ojca drogą krążenia łożyskowego do ustroju matki. W ten sposób odczyn wypadłby dodatnio mimo, że matka jest wolną od kiły. Tu jednak przychodzi w pomoc obserwacya kliniczna. Dowodzi ona, że odczyn ten, o ile w czasie ciąży lub wnet po jej ukończeniu wypada dodatnio, bardzo długo się utrzymuje, — że dalej, matki tylko z dodatnim odczynem WNB, a bez żadnych objawów kiły, leczone swoiście, rodziły zdrowe dzieci (Behring). Wreszcie pomyślnym wynikiem uwieńczone poszukiwania krętków bladych w macierzystej części łożyska takich kobiet (Baisch i Trinches) dowodzą, że kobiety te z odczynem dodatnim nie są uodpornione, ale są chore na kiłę. Na tej też podstawie statystyki, podane przez szereg autorów co do za-

chowania się odczynu WNB u matek rodzących dzieci kiłowe, lub też u dzieci, które bez klinicznych znamion kiły, urodziły się z kiłą obciążonych kobiet, można wyzyskać do ocenienia prawdziwości praw Collesa i Profety.

Ogłoszone dotychczas przypadki, która zdołałem zebrać zestawiam dla lepszego przeglądu w tabliczce następującej. Wszystkie w niej podane liczby odnoszą się do kobiet, które rzekomo kiły nie przechodziły, a urodziły kiłą obciążone dzieci.

Autor	Liczba badanych serologicznie matek	Z tego odczyn WNB dodatni	% dodatni WNB
Knöpfelmacher-Lehndorf	91	54	59,3%
Rietschl	12	12	100%
Thomsen-Boas	19	16	84,2%
Baisch	72	63	88%
Frankl	8	8	100%
Cassel	2	2	
Behring	32	28	87,5%

Dla ocenienia wartości tych liczb porównać je należy z wynikami, jakie daje odczyn WNB, wykonany u mężczyzn i kobiet nieciężarnych w różnych okresach kiły. Wiemy z prac Müllera, Brucka, Blaschkego, Zessera i. i., że nie zawsze wypada on dodatnio i bywa często nierównomierny w różnych okresach kiły. Lederman zestawił na podstawie swojej statystyki i dat przez powyższych autorów podanych następujące obliczenie:

Odczyn WNB wypada dodatnio:

przy wrzodzie pierwotnym: w 63,48%
w kile drugorzędnej z objawami: w 95,3%
w kile drugorzędnej bez objawów: w 71,3%
w kile trzeciorzędnej: w 91,3%
w kile późnej: w 48,87%
w kile ukrytej: w 62%
w kile mózgowo-rdzeniowej i wiądzie rdzenia: w 77%
we wszystkich wywiadowo i klinicznie pewnych przypadkach kiły (średnia): w 78%.

Porównanie tych dwu zestawień wskazuje, że odsetek dodatniego odczynu WNB u matek, które urodziły dzieci z objawami kiły dziedzicznej, same objawów tej choroby nie przedstawiając, waha się mniej więcej w tych granicach, jak odsetek dodatniego odczynu przy kile drugorzędnej bez świeżych zmian. Zważyć przytem należy, że we krwi kobiet, które niedawno rodziły, krążą czasem w dość znacznej liczbie ciała, rozpuszczające czerwone krwinki barana (Landsteiner-Müller); ciała te mogą się również przyczyniać do ujemnego wyniku odczynu. Wchodzi tu także w rachubę i to, że wiele z tych kobiet, zwłaszcza z ujemnym odczynem WNB, jeszcze dawno przed wielu laty rodziło kiłowe dzieci, kiła ich więc jużto mogła wygasnąć, już wejść w okres kiły późnej utajonej, a więc okres, dający i w innych warunkach najmniejszy odsetek dodatniego odczynu surowiczego.

Szczuplejsza od poprzedniej statystyka, odnosząca się do dzieci badanych co do odczynu surowiczego, których matki miały pewną kiłę i dodatni odczyn WNB, tak się przedstawia:

Autor	Liczba badanych dzieci	Z tego odczyn WNB dodatni
Knöpfelmacher-Lehndorf	25	18
Wechselmann	6	5
Frankl	3	1
Thomsen-Boas	11	7
Opitz	32	18
Max Josef	1	1
J. Cassel	7	6
Behring	13	9

Liczby te wykazują mniejszy, niżby się spodziewać należało odsetek dodatniego odczynu u takich dzieci. Dowodzą one jednak bezsprzecznie, że substancye, od których zależy odczyn WNB, nie przechodzą z reguły z matki na dziecię przez błony płodowe, skoro tak wielka liczba dzieci matek kiłowych wykazuje odczyn ujemny, mimo, że u matki istnieje odczyn dodatni, — że te substancye zachowują się raczej jak niweczniki (anticorps), których przechodzenie przez błony płodowe jest niedowiedzione i bardzo wątpliwe. Obserwacya zaś tych dzieci z dodatnim odczynem, które klinicznych objawów kiły nie przedstawiają, poucza, że uważać je trzeba raczej za chore, niż za odporne, w przeważnej bowiem liczbie przypadków zauważono już po niedługim czasie dalszy rozwój kiły w postaci kłykcin sączących, wysypek i t. d.

Tak więc zdanie Lessera, Neissera i i., że »dodatni odczyn WNB dowodzi bezsprzecznie istnienia czynnych krętków bladych w danym ustroju« i tu znajduje zastosowanie —, ujemny zaś wynik odczynu o niczem nie świadczy. Pomijając już bowiem okoliczność, że odczyn w wielu przypadkach nawet pewnej klinicznie kiły zawodzi, występuje tu jeszcze jedna przez Bara i Daunaya podana przeszkoda, t. j. większa ilość barwików żółciowych we krwi noworodków, które to barwiki same przez się mogą być przyczyną rozpuszczania ciałek czerwonych barana. Przypadki zaś Wechselmana, gdzie u takich dzieci odczyn ujemny później przemieniał się w dodatni wraz z wybuchem późniejszych już okresów kiły, dają jeszcze lepszą podstawę twierdzeniu, że odczyn ujemny nie jest pewnym dowodem zdrowia dziecka.

Bardzo ciekawe światło na prawo Callesa rzuca także niedawno ogłoszona statystyka Baischa, który z badaniem surowicy połączył poszukiwanie krętków w łożysku i ewentualnie w narządach wewnętrznych płodu. Podzielił on sam swą statystykę na trzy grupy: Pierwsza z nich jest właściwie grupą kontrolną i obejmuje matki nawykowo roniące (abortus habitualis) bez dodatniego odczynu WNB i bez krętków u płodu, kobiety więc co do kiły zdrowe, a roniące z innych przyczyn. Druga grupa obejmuje: a) 27 matek z pewnymi klinicznymi objawami kiły i dodatnim odczynem surowiczym (tylko u 3 był odczyn ujemny mimo napewno przebytej kiły), b) 75 matek bez dowodów przebycia kiły, lub choćby wywiadów za nią przemawiających, ale z dodatnim odczynem WNB. U wszystkich matek tej grupy [tak a) jak i b)] znaleźli Baisch i Trinchese krętki blade w macierzystej części łożyska, tkance doczesnej i przestrzeni międzykosmkowej, co byłoby już pewnym dowodem, że dodatni odczyn WNB w tych przypadkach rzeczywiście wywołało ognisko krętków bladych, żyjących w ustroju matki. Najciekawsza jest trzecia grupa, obejmująca dwanaście ujemnie oddziałujących kobiet, które zrodziły dzieci, kiłą dziedziczną obciążone; również i u tych matek znaleziono krętki w matczynej części łożyska i w przestrzeniach międzykosmkowych, a więc w krążeniu matczynem; i te przeto kobiety od kiły nie były wolne. Przypadki te o tyle mają doniosłe znaczenie, bo dowodzą, że te kobiety, które tak na podstawie badania klinicznego, jak i na podstawie ujemnego odczynu surowiczego można było uważać za zdrowe lub nawet odporne, — są chore na kiłę utajoną.

Rozpatrując materyał, zebrany przez badania surowicy i badania bakteryologiczne musimy dojść do wniosku, że w zasadzie kobiety, rodzące dzieci z objawami kiły, same są nią również zakażone, — chociażby nawet klinicznych objawów kiły nie przedstawiały. Przemawia za tem fakt, że odczyn WNB wypada u tych kobiet dodatnio w tym samym odsetku, jak i w innych warunkach przy kile bez świeżych objawów, przemawia za tem również obecność krętków (Baisch) w matczynej części łożyska tych kobiet. I jakkolwiek powyższe badania nie dają jeszcze niezbitych bezpośrednich dowodów przeciw możliwości przeniesienia się kiły tylko przez ojca na dziecię bez zakażenia matki, to dowodzą jednak, że przypadki takie zachodzą chyba

tylko może wyjątkowo. Matki dzieci kiłowych dlatego są więc przeciw kile odporne, bo są na nią chore.

Przyjąwszy już ten sposób dziedziczenia przez matkę drogą łożyska za pewnie dowiedziony, stoimy jeszcze przed jednem, tylko teoretyczne znaczenie mającem zagadnieniem: czy możliwe jest dziedziczenie germinatywne przez matkę, t. j. drogą jajka?

Ujemne dotychczas wyniki poszukiwania krętków w pęcherzykach Graafa kobiet dorosłych nie rozświetlają tego zagadnienia, a samo przez się dołączające się tu pytanie, czy takie zakażone jajko byłoby wogóle zdolne do rozwoju, również dzisiaj musi pozostać bez odpowiedzi. Te same badania nad dziećmi, zrodzonemi z matek kiłowych, wykazują, że są one w przeważnej części kiłą obciążone — w nielicznych tylko przypadkach zdrowe. Badania te nie dają dowodów możliwości istnienia odporności, — owszem przeciw niej przemawiają.

Praktyczną korzyścią tych badań jest to, że dają one już pewniejsze wskazania co do karmienia dzieci, o ile albo u matki, albo u dziecka znajdziemy kliniczne objawy kiły. O ile i u matki i u dziecięcia odczyn WNB jest dodatni, o tyle matka może bez obawy dziecię swe karmić, chociażby u jednego z nich brakowało klinicznych objawów kiły: oboje bowiem na kiłę są chore. Jeżeli matka przedstawia albo odczyn WNB dodatni albo kliniczne objawy kiły, u dziecka zaś ani jednego, ani drugiego niema, to takiego dziecięcia nie można dać do karmienia matce, nie da się bowiem wyłączyć, że może ono być zdrowe. Najtrudniej odpowiedzieć na pytanie, czy można matce bez objawów klinicznych kiły i z ujemnym odczynem WNB pozwolić karmić własne dziecko ze zmianami kiłowemi? Na to pytanie odpowiadają wyniki wszystkich powyższych badań raczej tak, niż nie.

Piśmiennictwo. 1) J. Neumann: Syphilis. Nothnagels Path. u. Ther. 1899. — 2) Bab: Centralb. f. Gyn. 1909. Nr 15. — 3) Wechselman: Deut. med. Wochschr. 1909. Nr 15. — 4) Baisch: Gynek. Rundschau. 1909. Str. 500. — 5) Matzenauer: Wiener med. Wochschr. 1903. — 6) Thomsen i Boas: Berl. klin. Woch. 1909. Str. 539. — 7) Bauer. Wiener klin. Wochschr. 1908. Nr 36. — 8) Finger: Wiener klin. Woch. 1898. Str. 64. — 9) Rietschel: Medic. Klinik. 1909. Nr 18. — 10) Opitz: Medic. Klinik. 1908. Nr 30. — 11) Finger-Landsteiner: Akad. Umiej. w Wiedniu. T. 115. O. III. — 12) Neisser: Die experiment. Syphilisforschung. Berl. kl. Wochschr. 1908. Str. 565. — 13) Frankl: Gynek. Rundschau. 1909. Str. 499. — 14) Knöpfelmacher-Lehndorf. Wien. med. Wochschr. 1908. — 15) Cisami: Jahrb. f. Kinderheilkunde. 1910. Str. 179. — 16) C. Levaditi, J. Roché: La Syphilis. Paris 1909. — 17) Ledermann: Deut. med. Wochschr. 1908. 1760. — 18) Lesser: Deut. med. Woch. 1909. — 19) Landsteiner-Müller-Pötzl: Wiener klin. Wochschr. 1907. Str. 1565.— 20) Bering: Deutsch. med. Woch. 1909, Nr 5. — 21) Baisch: Münch. med. Wochschr. 1909. Nr 38.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

W. Müller. **Nowy sposób rychłego rozpoznawania i zapobiegawczego leczenia krwioplucia.** (Wiener med. Wochs. 1910, 16. VII.). Jak wiadomo, oddają przetwory makowca znakomite usługi w leczeniu krwotoków płucnych, co tłómaczymy sobie zarówno tem, że środki te uśmierzają towarzyszący sprawie kaszel, jak i tem, że równocześnie obniżają parcie krwi. Pojęcie więc mechanizmu krwotoku mieści w sobie pojęcie wzmożonego parcia ościennego krwi. Autor podjął w tym względzie ciekawe badania. Porównując parcie krwi u osobników zdrowych z parciem u suchotników, którzy nigdy aż do chwili badania nie mieli krwioplucia, przekonał się autor, że parcie tętnicze u takich suchotników jest o wiele niższe od prawidłowego, co zresztą godzi się ze spostrzeżeniami innych autorów (Marfan, Naumann, Hensen i t. d.). Przeciwnie zaś u osób, dotkniętych gruźlicą płuc, które już odpluwały krew, M. stale znajdował parcie krwi wzmożone. Podobne wyniki otrzymał dawniej i Naumann, jednak nie wpadł na myśl wyzyskania ich dla rychłego rozpoznania krwioplucia. Otóż obecnie M., mając sposobność stałego mierzenia parcia krwi u pewnej liczby suchotników w okresie, poprzedzającym krwioplucie, przekonał się, że u tych chorych parcie krwi aż do chwili zjawienia się krwioplucia zwolna, ale stale się podnosi. U jednego pokazała się w plwocinie krew w chwili, kiedy parcie podniosło się o 20 mm., a u jeszcze innych stwierdził M. w chwili pojawienia się krwi parcie jeszcze wyższe. Istnieje zatem między podniesieniem się parcia krwi, a krwiopluciem związek ścisły, i to nieraz nawet na kilka tygodni przed krwotokiem można już stwierdzić podniesienie się parcia. Wobec tego łatwo pojąć, że jest rzeczą możliwą zapobiedz krwotokowi, jeśli się postaramy o obniżenie tego parcia nieprawidłowo wzmożonego. I dlatego, ilekroć M. stwierdzał u chorego na gruźlicę wzmożone parcie, zapowiadające zdaniem jego bliski krwotok, zalecał bezwzględny fizyczny i psychiczny spokój, a więc leżenie w łóżku, a z leków naparstnicę i morfinę. Leczenie stosuje M. dopóty, aż pomiary parcia, wykazując jego obniżenie, dowiodą, że niebezpieczeństwo minęło. W ten sposób postępując, zdołał M. uchronić przed krwotokiem 98% przypadków, a jeśli w 2 przypadkach krew się mimo to pokazała, to wyjątki te tylko potwierdzają regułę, gdyż odnoszą się do chorych, którym M. ze względu na podniesione parcie zalecił położyć się do łóżka, ale którzy mimo to tej rady nie posłuchali, za prędko poczęli wstawać i niedługo potem dostali mocnych krwotoków. Stahr.

Bernheim. **O asystolii żylnej przy przeroście lewego serca.** (Revue de méd. 1910, Nr 10). Przerost serca lewego, bądź pierwotny, bądź pozostający w związku z niedomykalnością zastawek aorty, z miażdżycą aorty, lub z śródmiąższowem zapaleniem nerek, bardzo często bywa przez chorych dobrze znoszony, nie wywołując objawów niedomogi, co najwyżej wywołując tylko duszność przy wysiłkach, a chorzy tacy żyją długo. Atoli, według Bernheima, dość często jednak przerost lewego serca daje powód do powstawania obrazu asystolii żylnej, z sinicą twarzy, rozszerzeniem żył szyjnych, dusznością, obrzękami i moczem zastoinowym, a chorzy tacy prędko umierają. Nie można tego tłómaczyć zwyrodnieniem mięśnia sercowego, gdyż B. znajdował w tych przypadkach przy sekcyi serce makroskopowo i mikroskopowo niezmienione. Zdaniem B. nie uwzględniano dotąd w powyższych przypadkach właściwej przyczyny, którą stanowi niedomoga serca prawego, nie powstająca pod wpływem zastoju w płucach, ale wywołana przez przerost przegrody międzykomorowej i rozszerzanie się lewej komory przerosłej bezpośrednio kosztem prawej komory, która znowuż ulega przez to rozpychanie się lewego serca silnemu ścieśnieniu. Twierdzenie swoje objaśnia B. na dziesięciu spostrzeżeniach klinicznych, zakończonych sekcyą. Podaje on, że zjawisko to od czasu, kiedy zwrócił na nie uwagę, spostrzega bardzo często.

Dr Blassberg.

G. Brückner. **O znaczeniu durów lekkich (typhus ambulatorius) u dzieci dla szerzenia się choroby.** (Münch. med. Wochs. 1910, 7. VI.). Ogólnie się głosi, że dur nawiedza głównie ludzi między 20. a 30. rokiem życia, a tymczasem wedle badań autora dzieci od 1. do 15. roku życia są szczególnie wrażliwe na zakażenie durowe, i to głównie w czasie epidemii. B. zwraca uwagę, że u dzieci dur przebiega często bardzo łagodnie i dlatego trudno go klinicznie rozpoznać, i że stąd często wcale nie bywa leczony, z czego wynika tem większe niebepieczeństwo dla otoczenia. Autor szczegółowo opisuje trzy epidemie, z których każda miała jako punkt wyjścia dur u dziecka, nie rozpoznany na czasie. Aby więc skutecznie zwal-

czać te dziecięce zakażenia durowe, należy sobie przyswoić ten pewnik, że dzieci są szczególnie wrażliwe na dur, który może u nich przebiegać bardzo łagodnie, nie przejawiając się naprzykład inaczej, jak zwykła niestrawność. Dlatego u dzieci, okazujących gorączkę nieokreślonej przyrody, należy stale wykonywać badania bakteryologiczne dla wyświetlenia sprawy.

(Ciekawy pod tym względem przypadek ogłosił w temże piśmie z 3. maja b. r. Rommeler: Młoda, 26-letnia kobieta zgłasza się z durem do szpitala. Półtoraroczne dziecko swoje, które do ostatnich dni karmiła piersią, umieszcza u swoich przyjaciół. Dziecko ma wprawdzie biegunkę, ale nikt się tem nie niepokoi, boć dziecko właśnie odstawione od piersi. W 15 dni zapada na dur kobieta, która wzięła dziecko do siebie, potem jedna po drugiej 4 osoby z tej rodziny, a wreszcie 20-letnia krewna tej rodziny, opiekująca się chorymi, która po 6 dniach zmarła. Że przyczyną tej małej epidemii był przyjęty do rodziny osesek, stwierdził odczyn surowiczy i dodatni wynik badania bakteryologicznego jego kału, a dziecko to miało tylko biegunkę nieznaczną, która wcale się nie odbiła na stanie ogólnym). Stahr.

Medycyna teoretyczna.

L. Nègre. **Kilka doświadczeń z rakiem mysim samoistnym i doświadczalnym.** (Ann. de l'Inst. Pasteur. 1910, Nr 2). Badania, podjęte w pracowni Borrela w zakładzie Pasteura, pozwoliły stwierdzić, że pośród myszy pracownianych (2000 do 2500 sztuk), podniosła się częstość raka samoistnego w ciągu dwóch lat: w roku pierwszym wynosiła 0·6%, a w drugim 2%. Jeśliby stosunek ten rósł nadal, toby fakt ten stanowił dowód, przemawiający za teoryą pasorzytową raka. Przeważnie sadowiły się te nowotwory w pachach i pachwinach, a zatem w okolicach ciała myszy, gdzie pasorzyty zewnętrzne żyją w największych ilościach. Częściej pojawiały się guzy na wiosnę i w jesieni, a więc w porach roku najbardziej sprzyjających rozwojowi pasorzytów. Zważywszy nadto, że drogą przewodu pokarmowego nie udało się nigdy zaszczepić raka, to fakty te przemawiają za przypuszczeniem Borrela, że pasorzyty zewnętrzne odgrywają pewną rolę w przenoszeniu raka u myszy. Spirilloza zdaje się też mieć wpływ korzystny na zjawianie się raka. Spirilloza jest częsta u myszy prawidłowych. Jeśli istnieje u myszy chorej na raka, to krętki znajdują się w guzach tak, że przeszczepiając tkankę nowotworową, równocześnie przeszczepia się i krętki. Krętki na pewno nie są przyczyną raka, ale zakażenie krętkami zdaje się ułatwiać rakowi przyjęcie się w ustroju mysim. I tak pośród 234 myszy, u których były krętki, stwierdzono raka w 4·2% przypadków, podczas gdy pośród 392 myszy, nie mających krętków we krwi, wystąpił rak w ½%. Spirilloza byłaby w stosunku do samoistnego raka u myszy tem, czem jest kiła w stosunku do raka u człowieka. Na razie nie można przypisywać spirillozie większej roli w sprawie raka myszy, skoro jej się nie stwierdza we wszystkich rakach samoistnych.

Poszukiwania autora w sprawie raka doświadczalnego zdążały do określenia wpływu, jaki wywierają pewne odmiany dyety na zaszczepialność i rozwój nowotworów. Obecnie dowiedziono, że dany rak nie może być zaszczepiony na każdej dowolnej myszy, pochodzącej z jakiegokolwiek kraju; i tak np. nowotwór, który szczepiony daje 70—80% dodatnich wyników na myszach duńskich, nie ima się myszy berlińskich. Z drugiej strony myszy berlińskie, bardzo czułe na mięsaka Ehrlicha, są względnie odporne na tenże nowotwór po kilku miesiącach pobytu w Norwegii. A zatem przemiany bardzo delikatne w ustroju myszy mogą mieć bardzo wielki wpływ na wynik szczepienia raka. W celu określenia niektórych z tych przemian autor podawał myszom miesiącami, zanim im zaszczepiał raka, pewne sole, i przekonał się, że myszy, które miesiącami stale spożywały chlorki (sodu i baru), stają się mniej wrażliwe na szczepienie raka, niż myszy tego samego wieku i pochodzenia i tak samo żywione, tylko bez chlorków. Przeciwnie zaś sole potasowe mają wpływ korzystny na rozwój nowotworów. Próby, zmierzające do przystosowania raka do myszy, trzymanych na danej mineralnej dyecie, dozwoliły jedynie stwierdzić, że raki, przystosowane do pewnej soli, nie dają się tak łatwo przeszczepić na myszy, spożywające sól odmienną. Tem się po części tłómaczą trudności, spotykane przez badaczy z początku szczepienia raka myszom, pochodzącym z innych krajów i dopiero z czasem zwolna zjawiające się przystosowywanie się danego raka do danych myszy. Badania te ponownie dowodzą owego wpływu terenu, który klinika już dawno głosiła i uznawała; może i leczenie wyciągnąć z tego pewne korzyści. Stahr.

Bergmann i Guleke. **Przyczynek do teoryi zatrucia wydzieliną trzustki.** (Münch. med. Woch. 1910. Nr 32). B. i G. zastanawiają się w swej pracy nad przyczyną śmierci przy ostrych schorzeniach trzustki i dochodzą do przekonania, że przyczyna ta leży w zatruciu ustroju wydzieliną trzustki. Dowodzą tego doświadczenia na zwierzętach. Tak np. doświadczalnie wywołana zgorzel trzustki wiedzie do śmierci zwierzęcia tylko wtedy, gdy trzustka była czynna przy trawieniu, natomiast zwierzęta głodzone znoszą to doświadczenie zupełnie dobrze i powracają do zdrowia. Rozpadająca się tkanka trzustki sama jest już trująca. Taksamo wielce trująca jest sama wydzielina trzustki i kupne przetwory trzustki. Przez odpowiednie postępowanie przygotowawcze można uzyskać u zwierzęcia uodpornienie przeciwko szkodliwości wywołanej następowo zgorzeli trzustki. Nadają się np. do tego wstrzykiwania trypsyny. Niektórzy twierdzą, że objawy zatrucia są skutkiem działania mydła, powstającego przy chorobach trzustki z tłuszczów. Wprawdzie objawy zatrucia mydłem przypominają nieco objawy przy ostrych cierpieniach trzustki, ale przy pierwszych następuje śmierć wskutek porażenia serca, a przy drugich wskutek porażenia oddechu, a następowo dopiero serca. K.

Hédon. **O wewnętrznem wydzielaniu trzustkowem.** (Rèvue de mèdecine. 1910. Nr 8). Na podstawie szeregu doświadczeń twierdzi autor, że teorya o wewnętrznem wydzielaniu trzustkowem i teorya nerwowa cukrzycy nie wyłączają się nawzajem. Mimo bowiem przyjęcia spraw humoralnych, zachodzących przy cukrzycy w trzustce, nie można wyłączyć mechanizmu nerwowego odruchowego, pozostającego zasadniczo w związku z wytwarzaniem się cukru w wątrobie. Przy tym mechanizmie odruchowo-nerwowym niekonieczną jest rzeczą przyjmowanie udziału opuszki i rdzenia, bo nawet po zupełnem przecięciu poprzecznem rdzenia szyjnego możemy po usunięciu trzustki otrzymać zwykłą cukrzycę znacznego natężenia. Dr Blassberg.

Higiena.

Boehnke. **Badania porównawcze praktycznej wartości odkażania mieszkań formaldehydem bez użycia przyrządów.** (Zeitschr. f. Hygiene. Tom 65). Do doświadczeń swych użył autor środków odkażających, znajdujących się w handlu, które za dodatkiem wody pod wpływem wzajemnego oddziaływania chemicznego wytwarzają formaldehyd, oraz taką ilość ciepła, która zmienia wodę w parę wodną w tej ilości, jakiej potrzeba dla skutecznego odkażenia; proces ten chemiczno-fizyczny odbywa się bez przyrządów. Do doświadczeń użył B. autanu z fabryki Bayera w Elberfeld, nadmanganianu potasowego, formaliny i wody w ilościach podanych przez Dorra i Raubitschka, po 20 gr. na 1 m. kub., oraz Loesenera, po 32 gr. na m. kub., autoformu Reihersteega i formanganu Schneidra. Ostatnie dwa przetwory zawierają formaldehyd zmieszany z mydłem, przez co zyskano go w postaci łatwej do transportu, zwłaszcza w ilościach większych. Jako materyału zakaźnego użyto zarazków duru, bakteryi

okrężnicy, gronkowca złocistego i wąglika, zaschłych na nitkach jedwabnych i bibule, które po ukończeniu doświadczeń przechowywano przez 7 dni w bulionie przy 37° C. Najlepsze wyniki uzyskano przy zastosowaniu nadmanganianu potasu i formaliny sposobem Dorra i Raubitschka, Loesenera, oraz formanganu, gorsze przy autanie, najgorsze przy autoformie, który nietylko nie zabił wielu prób, ale w zastosowaniu przez silne pienienie mieszaniny odkażającej okazał się niewygodnym. Próby B. zastąpienia krystalicznego nadmanganianu w sposobach odkażania, podanych przez Doerra i Raubitschka, oraz Loesenera, nadmanganianem surowym, dały wynik ujemny. Największą przeszkodą w zastosowaniu powyższych środków odkażających jest ich wysoka cena, dwu, a nawet trzykrotnie wyższa od ceny przy zastosowaniu formaliny w przyrządzie Flüggego, zalecić je można tylko tam, gdzie zachodzi potrzeba oszczędzania miejsca i kosztów w przesyłaniu środków odkażających, n. p. w czasie wypraw i wojny. L. Bier.

Kalähne i Strunk. **Odkażanie mieszkań za pośrednictwem formaldehydu i nadmanganianu potasu, wydatność ich co do aldehydu gazowego, oraz znaczenie praktyczne.** (Zeitschr. f. Hygiene. Tom 63). W ocenie swej co do wartości odkażających mieszaniny formaldehydu, nadmanganianu potasowego i wody posługiwali się autorowie nietylko własnościami zabójczemi wytworzonej pary formalhehydowej wobec zarazków duru, ropy błękitnej, gronkowca złocistego i zarodników ziemi ogrodowej, zasuszonych na płótnie, lecz również i ilością wydzielonego z chemikaliów aldehydu mrówkowego. Wobec braku metody dostatecznie pewnej, pozwalającej na bezpośrednie określenie ilości wydzielonego aldehydu, posługiwali się autorowie metodą pośrednią. W tym celu oznaczali ilość nadmanganianu potasowego, potrzebnego do całkowitego utlenienia resztek, pozostałych po dokonanem odkażeniu, a zawierających obok formaldehydu, kwasy mrówkowy i szczawiowy i inne produkta utlenienia, a odpowiadający tejże ilości nadmanganianu formaldehyd odliczali od ilości ogólnie użytej, otrzymując tym sposobem ilość formaldehydu, wydzielonego jako gaz do odkażanej przestrzeni. Zmieniając wobec 2 innych składników formaliny, wody i nadmanganianu, dowolnie ilość trzeciego, stwierdzili autorowie, że przy zastosowaniu 3 części wody na 1 część formaldehydu i $2^1/_2$ części nadmanganianu otrzymuje się warunki najkorzystniejsze tak co do ilości wyparowanej formaliny, jak również co do zabitych zarodników ziemi ogrodowej, a korzystniejsze, aniżeli przy zastosowaniu równych ilości wody nadmanganianu i formaldehydu sposobem Doerra i Raubitschka lub Loesenera. Również przy zastosowaniu nadmanganianu na paraform po dokładnem zmieszaniu ich razem i zalaniu wodą, otrzymywali K. i S. wyniki bardzo dobre w razie zachowania wzajemnego stosunku ilościowego, jak podano wyżej. Niektóre jednak odmiany paraformaldehydu nie wydzielają zaraz formaldehydu, lecz dopiero po dodaniu 1% sody. Mieszanina ta według doświadczenia autorów nie posiada własności wybuchowych. Zastosowanie paraformaldehydu i nadmanganianu do celów odkażania ma znaczne zalety wobec metody odkażania autanem ze względu na znacznie niższą cenę, oraz z powodu 2-krotnie większego wydzielania formaldehydu, zaś $1^1/_2$ razy większego wydzielenia wody. Również i wobec metody nadmanganiowo-formalinowej ma ten sposób tę zaletę, że przy transporcie materyały zajmują mało miejsca, a naczynia, użyte do ich rozpuszczenia, mogą być znacznie mniejsze. L. Bier.

Bechhold. **Chemiczne środki odkażające, półswoiste.** (Zeitschr. f. Hygiene Tom 64). W poszukiwaniu środków odkażających, któreby obok silnych własności bakteryobójczych były zarazem bezwonne, nietrujące, nie rozkładały się szybko, nie były drogie, stwierdził B., że wymaganiom tym odpowiadają najbardziej pochodne związki bromowe i niektóre chlorowe betanaftolu. Rozpuszczają się one łatwo w ługu sodowym i potasowym, a rozczyny te w ciemni nie rozkładają się; na rozczyny ich w mydle światło nie działa. Porównanie antyseptycznych i bakteryobójczych własności mono-, di-, tri-, tetra- i pentalysolu wobec rozmaitych bakteryi stwierdziło, że najsilniej działa na zarazek błonicy, oraz na gronkowce i paciorkowce trójbromobetanaftol, na bakterye okrężnicy duru i paratyfusu dwubromobetanaftol, Z małemi wyjątkami działają na ogół o wiele energiczniej związki betanaftolu bromowe, aniżeli chlorowe. Trój- i czterobrombetanaftol, oraz czterobromchlorobifenol objawiają bardzo wybitne własności bakteryobójcze wobec zarazków ropnych, a nawet zarodników wąglika, nie oddziaływają natomiast zupełnie na zarazki gruźlicy. Zachodzą przeto znaczne różnice w działaniu poszczególnych środków odkażających na rozmaite bakterye. Ponieważ w przypadku tym nie można mówić o wyłącznem swoistem działaniu, jak n. p. przy antytoksynie na toksynę, oddziaływanie powyższe określa autor za Ehrlichem mianem półswoistego i stawia zarazem żądanie, by przy badaniu środków odkażających nie ograniczano się do poszczególnych bakteryi, lecz by do badań tych użyto całego szeregu zarazków. Dopiero na podstawie takich badań będzie możliwe wskazanie odpowiedniego środka odkażającego przy poszczególnych chorobach zakaźnych, wywołanych przez swoiste zarazki.
L. Bier.

Fromme. **Bakterye okrężnicy w wodzie do picia.** (Zeitschr. f. Hygiene. Tom 65). Metody, zalecane dotychczas dla wykazania obecności bakteryi kałowych (bakteryi okrężnicy) w wodzie, szczególnie zaś metody, polegające na zwiększaniu bakteryi, pozwalają na stwierdzenie ich tylko w pewnym odsetku. Najlepiej do tego celu nadaje się metoda rozmnażania w rozczynie bulionu, zawierającego 1% cukru gronowego. Metoda Eijkmanna nie wystarcza dla wykazania bakteryi tych w wodzie i znaleść powinna zastosowanie jako jedna z dalszych metod rozmnażania; stosowana przy niej ciepłota 46° C. szkodzi rozwojowi bakteryi okrężnicy. Twierdzenie o bardzo znacznem rozpowszechnieniu bakteryi tych w przyrodzie nie jest uzasadnione. Stwierdzenie ich w wodzie jest bardzo ważną wskazówką dla oceny wody, jest przeto rzeczą wskazaną, by przy badaniu urządzeń wodociągowych badano zawsze w kierunku obecności tychże bakteryi. Obecność bakteryi okrężnicy w wodach gruntowych i źródlanych kwalifikuje wody te niekorzystnie i powinna dać powód do poszukiwań źródła zanieczyszczenia. Obecność ta jest bardzo często pierwszym wskaźnikiem zachodzącego zanieczyszczenia studzien i źródeł. W oczyszczonych wodach powierzchownych, w wodzie rzecznej, filtrowanej sposobem naturalnym lub sztucznym, jak również w wodzie z jezior sztucznych (Talsperren) daje oznaczenie miana zawartości bakteryi okrężnicy ważną wskazówkę dla stopnia ich oczyszczenia.
L. Bier.

Schmidt. **Mechanizm filtracyi bakteryi w filtrach Berkefelda.** (Zeitschr. f. Hyg. Tom 65). Filtracya wody czystej przez filtr Berkefelda odbywa się według prawa Poiseuilleta: ilość przesączu pozostaje w stosunku prostym do ciśnienia, t. zn. przesączanie odbywa się przez przestwory włosowate. Przesączanie bakteryi w mniejszym stopniu odbywa się przez fizyczną adsorbcyę powierzchni, lecz raczej przez zapchanie por, z początku jednak filtracyi przeważa adsorbcya w przestworach jeszcze szerokich. »Czynna wielkość por« wynosi w filtrach Berkefelda liliputowych zapewne około 0,5 μ. Prawa fizyczne o przenikaniu przez naczynia włosowate nie dadzą się zastosować wobec filtrów Berkefelda. Cienkie szlify świec Berkefeldowskich wykazują zapchanie por tylko na powierzchni świecy, oczyszczenie ich przeto da się wykonać łatwo mechanicznie przez puszczenie przez nie prądu wody od wewnątrz ku zewnątrz. Większe przestrzenie wolne, widoczne w szlifach o około 2 do 100 μ średnicy, rzadko posiadają czynne przestrzenie wolne, przeważnie zaś są wy-

pełnione ziarenkami kwarcu. Gronkowce i odpowiadające im ziarenkowce nie przechodzą nigdy przez filtr, natomiast najmniejszy z dotychczas widzialnych pod mikroskopem krętek Esmarcha (spirillum parvum) przechodzi przez filtr przy grubości świecy 2,5 cm w ilości około 80%. Przy przechodzeniu bakteryi przez filtr najważniejszą rolę odgrywa jej wymiar grubości, w dalszej dopiero mierze jej ruchliwość swoista. Przechodzą zaś przez filtr te bakterye, które wniknęły do niego w pierwszym okresie filtracyi. Najlepsze wyniki dają świece Berkefeldowskie o grubości 2,5 cm. L. Bier.

Prof. Spitta i Pleissner. **Nowe środki pomocnicze przy higienicznej ocenie i kontroli wód.** (Arbeiten a. d. kais. Gesundheitsamte. Tom 30, str. 463). Dla należytej oceny wód pod względem zdrowotnym na podstawie metod fizycznych, chemicznych i bakteryologicznych nie wystarcza zazwyczaj badanie ich jednorazowe, pożądane jest natomiast kilkakrotne powtórzenie badania w pewnych odstępach czasu, gdyż tym tylko sposobem wniknąć można w »fizyologiczne« wahania co do ich składu, oraz zauważyć zmiany, zachodzące w nich poza wahaniami normalnemi. Spełnienie tego wymagania napotyka w praktyce na znaczne trudności. W tym celu należałoby bądź stworzyć odpowiednie urządzenia, któreby pozwalały na automatyczny pobór prób do badania, albo też musiałyby wszelkie zmiany w składzie wody zaznaczać się automatycznie jakimś wskaźnikiem tak wyraźnie, by w chwili odpowiedniej można pobrać próby do badania fizycznego, chemicznego i bakteryologicznego. Najodpowiedniejszym wskaźnikiem dla tego celu są zmiany w przewodnictwie elektrycznem wody. Przyrząd tego rodzaju zbudowali S. i P. i zastosowali z dobrym skutkiem przy badaniu i kontroli rzeki, zanieczyszczonej ługami z fabryki chlorku potasowego; rejestruje on samoczynnie i przez czas dłuższy wszelkie wahania w przewodnictwie elektrycznem. Przyrząd ten nadawać się będzie zapewnie dobrze przy kontroli rzek, zanieczyszczonych rozmaitymi odpadkami, jak również do kontroli urządzeń wodociągowych. L. Bier.

Pleissner. **Mierzenie i rejestrowanie przewodnictwa elektrycznego wód zapomocą prądu stałego.** (Arb. a. d. kais. Gesundheitsamte. T. 30. str. 483). Mierzenia i rejestrowania przewodnictwa elektrycznego w rozczynach wodnych, a szczególnie zaś w wodach naturalnych dokonać można prądem stałym przy użyciu bateryi akumulatorów, wolno pływających elektrod grafitowych i ampermetra zapisującego. Przyrząd ten kreśli 2 krzywe, z których jedna podaje nasilenie prądu przy przechodzeniu przez wodę badaną, zaś druga służy do kontroli napięcia elektrycznego między łącznikami bateryi. Obliczenia specyalnego przewodnictwa $\varkappa$ dokonywa się na podstawie wzoru $\varkappa \frac{i \cdot k \cdot p}{i \cdot C}$, w którym i oznacza mierzoną siłę prądu, k napięcie prądu w bateryi, p polaryzacyę, a C wielkość oporową (Widerstandskapazität) obu elektrod. Polaryzacyę p wód naturalnych przy rozmaitej sile prądu określić łatwo z krzywej, otrzymanej empirycznie, zgodnej prawie całkowicie w swych wartościach z wartościami, znalezionemi dla rozczynów chlorku magnowego. Przyrządem tym można oznaczyć przewodnictwo specyficzne wód naturalnych bardzo dokładnie; w warunkach najniekorzystniejszych dla oznaczeń ilość błędów wynosi niespełna 5%. Siłę przewodnictwa, oznaczoną przy ciepłocie dowolnej, należy przeliczyć na ciepłotę normalną 18° C. L. Bier.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Akademia Umiejętności w Krakowie.

Wydział matematyczno-przyrodniczy.

Posiedzenie z d. 10. października 1910 r.

1) Czł. L. Marchlewski przedstawia pracę p. J. Hetpera p. t.: **Wpływ kameleonu na ciała organiczne.** Autor zbadał własności gorących rozczynów nadmanganianu potasowego, oraz utleniającego ich działania na związki węgla w różnych warunkach i na podstawie tych badań opracował metodę ilościowego oznaczania przeważnej liczby tych związków. W przeciwieństwie do usiłowań dotychczasowych w tym względzie, autor stosuje rozczyny kameleonu zakwaszone kwasem fosforowym (a nie siarkowym); nadto rozczyny takie przy oznaczaniu ciała ogrzewa przez 1—2 godzin w ciepł. 92—93° C. Zbadawszy według swej metody najważniejsze związki chemii organicznej, dochodzi autor do wyników, które pozwalają wysnuć prawa utleniania się ciała organicznego w kwaśnych rozczynach tej soli. Prawa te przedstawia autor we wnioskach, według których stopień utlenienia się ciała zależy od budowy cząsteczkowej związku. Jedne utleniają się wobec tego zupełnie, inne do pewnego tylko stopnia wskutek tworzenia się produktów pośrednich, reszta nie utlenia się wcale, lub w sposób przez autora dotychczas nie zbadany. Jako wielkości porównawcze wprowadza autor t. z. liczby spalenia, względnie utlenienia pośredniego, odpowiadające ilości cm^3 n. $KMnO_4$ do utlenienia cząsteczki gramowej (liczby cząsteczkowe), lub grama (l. gramowe) ciała organicznego potrzebnej. Wnioski swoje popiera autor wykazem wyników analiz najważniejszych ze zbadanych przez siebie związków.

2) Czł. N. Cybulski przedstawia pracę pp. J. Dunin-Borkowskiego i M. Gieszczykiewicza p. t.: **O odchyleniu komplementu przez nadmiar amboceptora.** Neisser i Wechsberg w swych doświadczeniach bakteoryolitycznych zauważyli, że przy wzrastającej ilości odpowiedniej surowicy, a stałej ilości komplementu, siła bakteryobójcza mieszaniny nietylko nie zwiększa się, lecz owszem maleje. Zjawisko to stwierdził Arrhenius i na ciałkach krwi. Tłómaczył je tworzeniem się połączenia komplementu z amboceptorem, które nie może dyfundować do ciałek. Doświadczenia autorów wykazują, że tłómaczenie to nie jest słuszne, gdyż po zupełnem usunięciu otaczającego płynu same ciałka obładowane amboceptorem, dają odchylenie komplementu. Autorowie stwierdzili, że ciałka, które zaabsorbowały większe ilości amboceptora, są silnie zaglutynowane; im większy jest stopień aglutynacyi, tem silniejsze otrzymuje się odchylenie komplementu (zahamowanie hemolizy). Widzimy tu zupełną analogię pomiędzy działaniem hemolizyny, a działaniem soli metali ciężkich. Zjawisko odchylenia komplementu autorowie tłómaczą silną aglutynacyą ciałek (bez hypotetycznych założeń Arrheniusa, Neissera i Ehrlicha).

3) Czł. N. Cybulski przedstawia pracę pp. A. Becka i G. Bikelesa p. t.: **O t. zw. odruchach dotykowych Munka i odruchu skórnym podeszwowym.** Wbrew przyjętym powszechnie zapatrywaniom autorowie wypowiadają twierdzenie, że t. zw. odruchy dotykowe, które znikają w kończynie, pozbawionej związku z odpowiednią częścią psycho-motoryczną kory mózgowej, nie są identyczne z odruchami skórnymi człowieka. Natomiast analogie do tych odruchów skórnych znajdują autorowie w opisanym przez siebie odruchu podeszwowym, który u psa otrzymać można przez lekkie drażnienie skóry podeszwy, i który objawia się w postaci zgięcia palców lub także grzbietnego zgięcia stopy w stawie skokowym. Na poparcie tego twierdzenia autorowie, oprócz rozważań teoretycznych, wykazujących

różnicę w własnościach obu rodzajów zjawisk ruchowych, które Munk, a za nim wszyscy neurologowie ze sobą identyfikują, przytaczają przedewszystkiem wyniki własnych doświadczeń. Szereg doświadczeń, wykonanych na psach, którym usunięto okolicę psychomotoryczną kory mózgowej, wykazał, że pod wpływem tej operacyi znika w kończynie przeciwległej tylko objaw Munka, podczas gdy odruch podeszwowy psa mimo swego podobieństwa do odruchów skórnych człowieka i homologii z tym odruchem, nie jest odruchem korowym. Pod wpływem uśpienia zapomocą morfiny znika objaw Munka i w kończynie niezajętej, natomiast skórny odruch podeszwowy występuje i w tej kończynie wybitniej, niż przed zatruciem, a wzmożenie się odruchu podeszwowego po stronie przeciwległej występuje jeszcze wyraźniej. Doświadczenia i spostrzeżenia autorów dowodzą zatem, że przypuszczenie, jakoby objaw Munka był rzeczywiście odruchem, nie jest dostatecznie uzasadnione. W końcu omawiają autorowie sprawę wzajemnego stosunku pomiędzy odruchami skórnymi, a ścięgnistymi. Wykazują, że odruchy te w przypadkach porażeń połowiczych człowieka okazują różne zachowanie (osłabienie jednych, a wzmożenie innych), u psa zaś po wycięciu kory mózgowej ulegają jednakiej zmianie. Autorowie wypowiadają zapatrywanie, że i odruchy skórne człowieka są odruchami rdzeniowymi, a tylko wpływ kory mózgowej na łuk odruchu jest tu wybitniejszy, niż w odruchach ścięgien.

4) Członek N. Cybulski przedstawia pracę pp. A. Becka i G. Bikelesa p. t.: **O ruchach odruchów rdzeniowych i ruchach ogólnych (pryncypalnych według Munka).** Szereg doświadczeń, wykonanych na psach, którym a) wycięto okolicę psycho-motoryczną kory mózgowej, b) którym przecięto rdzeń kręgowy, c) które znajdowały się w narkozie, miał przedewszystkiem na celu poznanie sposobu, w jaki odbywają się ruchy dowolne i odruchowe. W dalszym ciągu te doświadczenia miały za zadanie zbadać, czy skonstruowana przez Munka hypoteza o różnicy między sposobem unerwienia ośrodków nerwowych rdzenia przez ośrodki kory mózgowej z jednej strony, a ośrodki pryncypalne i drogi odruchowe dośrodkowe z drugiej strony, jest słuszna. Stosując u zwierząt, poddanych wyżej wymienionym rękoczynom, podniety termiczne, elektryczne i mechaniczne w sposób, który umożebniał dokładną obserwacyę i analizę ruchów, autorowie przekonali się, że: 1) wbrew zdaniu Munka ruchy izolowane występują także i w kończynie, pozbawionej związku z odpowiednią okolicą psychomotoryczną kory mózgowej; 2) porządek, w którym stawy kończyn biorą udział w oddziaływaniu na podniety dośrodkowe, nie zgadza się ze schematem Munka; zachodzą często odosobnione ruchy, nawet w dalszych (distalis) częściach kończyny; 3) zarówno hypoteza Munka co do różnego sposobu unerwienia ośrodków ruchowych przez drogi dośrodkowe odruchowe, jakoteż co do istnienia osobnych dróg nerwowych, z których jedne prowadzą od okolicy psycho-motorycznej, inne od t. zw. ośrodków pryncypalnych, nie jest uzasadniona. Autorowie uważają łatwość, z jaką staw kolanowy lub łokciowy (także u zwierząt prawidłowych) wchodzi w stan czynny, za wyraz fizyologicznego torowania. W dodatku do niniejszej pracy zajmują się autorowie badaniem ustawienia kończyn po ekstyrpacyi kory mózgowej, oraz wpływem narkozy na to ustawienie. Sztywność i wyprostowanie, które po wycięciu okolicy psychomotorycznej kory mózgowej występują zazwyczaj w kończynach przeciwległych stronie ekstyrpacyi, w narkozie nader często ustaje i przechodzi w zgięcie. Zdaniem autorów możnaby to odwrócenie napięcia pod wpływem uśpienia uważać za zjawisko zwrotnego unerwienia.

(Treść 4 innych prac, przedstawionych na tem posiedzeniu, przekracza ramy »Przeglądu lekarskiego«).

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Sekcya neurologiczno-psychiatryczna.

Posiedzenie z dnia 7. listopada 1909 r.

(W szpitalu »Kochanówka«).

1. Kol. Pański przedstawia chorego, mającego lat 18, pochodzącego ze zdrowej rodziny, który od paru tygodni opuścił się w robocie, zmienił się w stosunku do swęgo ojca (nie może go znosić), a od paru dni objawia podniecenie, chce z domu uciekać, rzucał się na rodziców i t. d.; rodzina zauważyła również zboczenie w mowie chorego. Chory wypowiada bredzenia wielkości, oraz fałszywie interpretuje niektóre zjawiska i zdarzenia. Somatycznie daje się zauważyć ogólne przytępienie czucia skóry.

Kol. Chodźko zaznacza, że obraz psychozy nie jest jasny i wymaga dalszej obserwacyi.

2. Kol. Chodźko przedstawia przypadek **psychozy pourazowej** (psychosis traumatica), **powikłanej objawami psychozy pijackiej.** Chory, Józef Wd., lat 31, robotnik fabryczny, żonaty, przybył do szpitala »Kochanówka« 5. września 1909 r. W wywiadach zapisano: chory jest umiarkowanym alkoholikiem; na kilkanaście dni przed Wielkanocą 1909 r. w czasie pracy w fabryce upadł niespodziewanie w tył i uderzył się mocno w głowę, poczem stracił przytomność. Po 15 minutach omdlenia przyszedł do siebie, ale zaraz pojawiły się wymioty i ból głowy. Od czasu tego wypadku chory stale uskarżał się na bole głowy. Na parę tygodni przed Zielonemi Świątkami chory zaczął źle sypiać, opowiadał, że koledzy chcą go zabić, że nazywają go »szpiclem«, że policya idzie, aby go zaaresztować i t. p. Chory znajdował się w stanie silnego przygnębienia, często płakał, twierdził, że niezadługo umrze, chodził często do spowiedzi, uciekał z domu; mówił następnie, że go dyabli mordują, że dyabli mają go porwać i t. p.

Badanie przedmiotowe: Chory wzrostu średniego, budowa i odżywienie mierne. Skóra barwy żółtawej, dermographia rubra. Błony śluzowe blade. Narządy wewnętrzne zboczeń wyraźnych nie okazują; tętno 88. Wskaźnik czaszkowy = 78,9; uszy przyrośnięte u dołu, wzgórki Darwina. Mimika ożywiona, stosownie do bardzo zmiennego i sugestywnego nastroju chorego. Źrenice: prawa szersza od lewej, oddziaływają na światło szybko. Niedowład prawego nerwu twarzowego w gałązce dolnej. Odruchy spojówkowe na wewnętrznych półkulach gałek ocznych silniejsze, niż na półkulach zewnętrznych; odruch gardłowy zmieniony. Odruchy kolanowe: lewy żywszy od prawego; ze ścięgna Achillesa z lewej strony żywszy, niż z prawej; nieznaczne drganie stopy po lewej stronie. Niewyraźny objaw Babińskiego po lewej stronie. Objawu Romberga niema. Drżenie rąk, objaw Quinquanda.

Badania psychiczne. Chory oryentuje się zupełnie dobrze co do miejsca, czasu i otoczenia; poczucie choroby występuje nie zawsze dość jasno. Pamięć wypadków dawniejszych i nowszych zupełnie zachowana: chory opowiada dokładnie i szczegółowo o wypadku, któremu uległ w fabryce, pamięta wydarzenia, poprzedzające wypadek i następujące po nim Chory wypowiada zmienne bredzenia, przeważnie charakteru prześladowczego; obawia się, że go mają zabić w szpitalu, twierdzi, że żona i jej siostra życzą mu śmierci, że chciały go wysuszyć, że żona go zdradza i t. p. Wszystkie te twierdzenia chory zwykle na drugi, trzeci dzień odwołuje, rozczula się nad żoną, prosi o wypuszczenie go na urlop, ażeby mógł się z nią zobaczyć i t. p. Chory opowiada, że widuje postaci Chrystusa, Matki Boskiej, aniołów na obłokach, na ścianach sal szpitalnych; nie wie, dlaczego Bóg pozwala mu oglądać te święte postacie. Usposobienie chorego zmienne: podniecenie o charakterze maniakalnym szybko ustępuje miejsca przygnębieniu z płaczem i myślami samobójczemi, po którem następuje znowu krótki okres podniecenia maniakal-

nego; usposobienie chorego łatwo ulega zmianie pod wpływem poddawania słownego; poza tem co pewien czas występują u chorego silne napady lęku, w czasie których chory wykonywa cały szereg nieumotywowanych, popędowych czynów. Chory stale uskarża się na najrozmaitsze przykre uczucia w całem ciele. Chory często wpada w rozdrażnienie i unosi się gniewem dla błahego powodu. Przebieg choroby: 6. IX. 1909. Chory znajduje się w stanie podniecenia (o charakterze maniakalnym), prosi lekarza o sumienne leczenie, gdyż chce jaknajprędzej powrócić do pracy. 7. IX. 1909. Chory wieczorem nie chciał wziąć lekarstwa, twierdząc, że mu nie pomaga. 9. IX. 1909. Umieszczony w pokoju, chory uciekł przez okno; prowadzony z powrotem do szpitala, po drodze opowiada spotykanym ludziom, że go chciano zabić w Kochanówce. W ciągu 2 dni ostatnich chory miał kilka napadów silnego lęku. 13. IX. 1909. Przygnębiony, płacze; klękając i wzywając z wielkim patosem Boga na pomoc, prosi lekarza o wypuszczenie go ze szpitala; twierdzi, że choroba jego przejdzie za 2 lata bez żadnego leczenia, wie o tem napewno, — 18. IX. 1909. Chory opowiada, że żona go zdradza; prosi lekarzy, aby fabryka wyznaczyła mu choć 5 rubli tygodniowo odszkodowania, bo on już i tak nigdy zdrowym nie będzie. 20. IX. 1909. Przygnębiony, płacze, prosi o odszkodowanie ze strony fabryki; zaprzecza poprzedniemu swemu twierdzeniu o niewierności żony. 26. IX. 1909. Zabrany przez żonę na 2-dniowy urlop do Łodzi. 2. X. 1909 Chorego odwieziono do szpitala z więzienia. Ostatniego dnia swego urlopu chory zadał żonie kilka ran w głowę, obawiając się jakoby, że go odwiezie z powrotem do Kochanówki. Według opowiadań chorego, kamień znalazł się przypadkiem w jego mieszkaniu pod poduszką, może żona chciała go nim zabić, przy pożegnaniu przed odjazdem do Kochanówki żona oblała go gorącą wodą, aby mu wyparzyć oczy; on zasłonił się kapeluszem, pochwycił kamień i uderzył ją kilka razy po głowie; obecnie bardzo żałuje swojego postępku, pyta, czy prawda, że go mają powiesić, widział bowiem, że na klamce jego mieszkania wisiał sznurek; twierdzi, że żona chciała się go pozbyć, ponieważ ma kochanka, stróża z Piotrkowskiej ulicy, który jest młodszy od niego; na urlop wzięła go, aby wypróbować, jaki on jest. 3. X. 1909. Chory mówi, że wczoraj skłamał: żona nie oblewała go bynajmniej wodą gorącą, on sam nie wie, dlaczego ją poranił, napadła na niego »furya«, nie mógł się powstrzymać; obecnie jednak jest pewien, że będzie mógł panować nad sobą i prosi, ażeby puścić go do domu w celu zobaczenia się z dziećmi. 31. X. 1909. W ciągu października chory uciekał trzykrotnie, zwykle podczas przechadzki z innymi chorymi. Będąc w domu podczas jednej z tych ucieczek chory usiłował poderżnąć sobie gardło. 6. XI. 1909. Chory stale cierpi na bezsenność; od paru dni nie chce brać lekarstw nasennych, mówi: »i tak i tak zdechnę, to lepiej prędzej«; interesuje się bardzo, czy żona i dzieci dostaną zasiłek od fabryki i prosi, ażeby lekarze o to się postarali. Tętno stale przyspieszone — około 100 uderzeń na minutę. 7. XI. 1909. Lewa źrenica szersza, niż prawa, w kilka minut po badaniu prawa staje się szerszą od lewej; oddziaływanie źrenic na światło dobre. Wysadzenie lewej gałki ocznej; objaw Graefego po lewej stronie. Lekkie drżenie gałek. Drżenie rąk. Odruch kolanowy lewy żywszy, niż prawy. Tętno 108. Bardzo wybitna dermografia.

W obrazie powyższego przypadku chorobowego, który należy bezwątpienia do kategoryi psychoz pourazowych, uderzają jako zjawisko niezwykłe: zupełny brak zaburzeń pamięci, łatwość, z jaką chory tworzy najrozmaitsze bredzenia prześladowcze, charakterystyczne bredzenie niewierności małżeńskiej, wreszcie omamy, czy złudzenia wzrokowe; bredzenia prześladowcze, bredzenie niewierności małżeńskiej, wreszcie złudzenia wzrokowe, występujące na tle ogólnego obrazu typowej psychozy pourazowej, zależą najprawdopodobniej od przymieszki zmian psychicznych pochodzenia alkoholowego, co potwierdzają wywiady (alkoholizm chorego). — To powikłanie zwykłej psychozy pourazowej czyni chorego Wd. podwójnie niebezpiecznym dla otoczenia. (Streszczenie własne).

3. Kol. Krzyżanowski przedstawia przypadek **stanu paranoidalnego u zwyrodniałego.** Chory, 26 lat mający, strażnik. Ojciec jego dużo pił, matka przechodziła jakąś umysłową chorobę. Chory miewał w dzieciństwie drgawki. Wyskoku nie używał. Badanie stanu somatycznego wykazało wyraźne oznaki rachityzmu: głowa duża — wskaźnik czaszkowy 89,4; mocno wystające guzy czołowe i ciemieniowe. Uszy przyrośnięte u dołu; wzgórki Darwina. Zupełny brak włosów na głowie; wogóle bardzo słabe uwłosienie, (chory stracił włosy w 3-cim roku życia). Ze strony układu nerwowego niema nic nieprawidłowego.

Pięć lat temu chory, który był żołnierzem, miał dwa sny prorocze; wywnioskował z nich, że wojna z Japonią nie będzie szczęśliwa dla Rosyi i powiedział o tem towarzyszom. Wtedy koledzy zaczęli go prześladować: otwierano jego listy; aresztowano osoby, które z nim rozmawiały, podejrzywano go o szpiegostwo. Jednego z kolegów oskarżył chory przed oficerem o podpalenie łaźni pułkowej na tej zasadzie, że podejrzywany wrócił późno do koszar, i że, otwierając drzwi, chory doznał uczucia strachu. Po kilku miesiącach chory uspokoił się, wrócił do stanu prawidłowego i dopiero w czerwcu 1909 zaczął znowu wypowiadać podejrzenia, że jego towarzysze-strażnicy chcą go zabić dlatego, że on nie daje łapówek feldfeblowi i za dużo wie o ich niewłaściwych postępkach. Kilka razy czyhano na jego życie, ale chory zawsze miał w porę przeczucie i umiał uniknąć niebezpieczeństwa. Omamów nie było. W szpitalu chory uspokoił się prędko, wziął się do roboty. Po 2-miesięcznym pobycie zaczął się krytycznie odnosić do swoich bredzeń. (Streszczenie własne).

Dyskusya: Kol. Pański widział chorego przed przybyciem do Kochanówki: chory był wtedy niedostępny, podniecony, i sprawiał wrażenie nie oryentującego się. Mowca widzi w chorym znaczną poprawę. — Kol. Klozenberg słyszał o chorym, kiedy ten pełnił swoje obowiązki strażnika, że był szczególnie surowy przy ich wypełnianiu. — Kol. Krzyżanowski zaznacza, że chory był w szpitalu zawsze łagodny. Surowość, o której mowa, wypływała przypuszczalnie z nadzwyczajnego przejmowania się obowiązkiem: chory literalnie chce spełniać przepisy swego zawodu.

4. Kol. Chodźko przedstawia **objaw mostkowy,** Objaw mostkowy przedstawiony został po raz pierwszy na I. Zjeździe neurologów, psychiatrów i psychologów polskich w Warszawie [1]). Polega on na skurczu jedno- albo obustronnym dwugłowego mięśnia ramienia, występującym po uderzeniu młotkiem w rękojeść mostka u osób, dotkniętych zaburzeniami organicznemi układu nerwowego. Przedstawieni zostali chorzy następujący:

Jan K., lat. 52. — Rozpoznanie: Porażenie postępujące. Objaw mostkowy po obu stronach, silniejszy po stronie prawej.

Karol K., lat 50. — Rozpoznanie: Porażenie postępujące. Objaw mostkowy po stronie prawej.

Albert G., lat 28. — Rozpoznanie: Kiła mózgu i rdzenia. Objaw mostkowy po stronie lewej.

Hieronim W., lat 33. — Rozpoznanie: Kiła mózgu. Objaw mostkowy obustronny, silniejszy po stronie lewej. (Streszczenie własne).

---

[1]) Szczegóły, dotyczące objawu mostkowego, podano w pracy, ogłoszonej w Nrze 44 »Medycyny i Kroniki lekarskiej« z roku 1909 p. t.: »Nowy objaw zaburzeń organicznych układu nerwowego — »objaw mostkowy«, podał W. Chodźko.

Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Zebranie w d. 1. czerwca 1910.

1) Kol. Łazarewicz, zagajając zebranie, zawiadamia o jubileuszu Henryka Dobrzyckiego i Prof. Pareńskiego. Do obu jubilatów postanowiono wysłać telegram z życzeniami. Następnie poświęca mowca kilka słów pamięci ś. p. kol. Dr Plewkiewicza, lekarza w Żninie i Roberta Kocha, który był członkiem honorowym Wydziału.

2) Kol. Karwowski wnosi, żeby sprawozdania z posiedzeń Wydziału podawać w »Rocznikach Tow. Przyjaciół Nauk« tylko w streszczeniu, ponieważ drukuje się je w całości w »Nowinach«. Następnie porusza myśl zbliżenia się do słuchaczy medycyny, celem udzielenia im wskazówek co do studyów i osiedlania się. Zebranie godzi się na te wnioski.

Zebranie z d. 17 czerwca 1910.

1) Kol. Nowakowski przedstawia **rentgenogram nadłamania kości w łokciu**.

2) Kol. Karwowski przedstawia preparaty drobnowidowe z **mięczaka zaraźliwego** (molluscum contagiosum) z prącia.

3) Kol. Falgowski przedstawia wielką **torbiel jajnikową**, wyjętą u 70-letniej chorej.

4) Wiceprezes kol. Łazarewicz referuje o mającym się odbyć w Petersburgu międzynarodowym Zjeździe ginekologów. Na Zjazd ten udaje się kol. Falgowski.

5) Kol. Łazarewicz: **O zamknięciu pooperacyjnem dwunastnicy**. Aseptyka operacyjna dobiega do doskonałości, tak, iż pod tym względem niebezpieczeństwo rękoczynów zmniejszyło się nadzwyczajnie. Natomiast następują czasami powikłania, które mogą wynik operacyi zniweczyć. Mowca opisuje następujący przypadek. U 42-letniej wieloródki niedokrwistej, z silnymi krwotokami macicznymi, wykonał cięcie Pfannenstiela. Przy operacyi okazał się rak jajnika. Chora dostała przed operacyą skopolaminy-morfiny; żołądek był przed operacyą w stanie atonii. Ciepłota, wynosząca przed operacyą około 38°, nie podniosła się po zabiegu. Pragnienie bardzo silne. Lewatywy z rozczynu fizyologicznego soli, herbatka łyżeczkami. Trzeciego dnia wymioty żółcią, które coraz bardziej się wzmagały i były bardzo obfite. Przez (trudne) płukanie żołądka wydobyto 4—5 litrów brunatnego płynu. Tętno 120—130. Po wypłukaniu spokój przez 4 godziny, poczem znów wzdęcie i wymioty. Ł. rozpoznał teraz zamknięcie dwunastnicy i zastosował ułożenie na brzuch z podwyższonemi nogami według Schnitzlera. Zaledwie to uczynił, wymioty ustały i gazy zaczęły odchodzić przez odbytnicę. Po kilku godzinach stolec, a po kilku dniach chora przyszła do siebie.

Objawy pooperacyjnego zamknięcia dwunastnicy są więc następujące: 1) pragnienie, 2) wysadzenie brzucha, 3) przyspieszenie tętna. W wymiotach niema nigdy kału, tylko żółć, dużo kwasu mlecznego, nigdy niema kwasu solnego, natomiast zaczyn mączki. W przypadkach śmiertelnych sekcya wykazuje żołądek nadzwyczajnie rozdęty. Czasami i bez operacyi stan taki się zdarza. Np. Baumler opisuje taki przypadek śmiertelny u ozdrowieńca przy durze. Istnieją dwie teorye, tłomaczące ten obraz chorobowy: 1) jelitowa, 2) żołądkowa, której broni Herff, kładący główną wagę na rozdęcie żołądka. Inni twierdzą, że rozdęty żołądek wpycha jelita do małej miednicy. Mówca przytacza doświadczenia Kellinga, Stiedy, Leidla i Brauna na psach. Mówca nie godzi się ani na samą teoryę jelitową, ani żołądkową. Chodzi tu o niedowład i jelit i żołądka równocześnie. Treść żołądka należy uważać za przesięk. Lenke wykazał, że żołądek może wydzielić takiego płynu do 20 litrów. Pragnienie tłomaczy się ubytkiem wielkiej ilości soków ustrojowych. Dawniej śmiertelność wynosiła 85%, teraz leczenie Schnitzlera prawie zawsze działa zbawczo.

Dyskusya: Kol. Fr. Zakrzewski przytacza doświadczenia na psach. Gdy się psu z przetoką żołądkową podczas jedzenia pokazało nagle kota, wydzielanie soku ustawało na 10 minut, poczem wydzielał się sok o innym składzie. Wydzielanie i skład soku zależą więc od wpływów nerwowych. Mechaniczne podrażnienie żołądka niema tego wpływu. — Kol. Falgowski przypuszcza w przypadku tym lekkie zapalenie otrzewnej, mogące wywołać podobne objawy. Ułożenie według Trendelenburga wywołuje czasem zamknięcia tego rodzaju. Także wysuszenie jelit przy operacyi może mieć podobny wpływ. Mówca radzi więc: 1) operować prędko, 2) zmieniać ułożenie Trendelenburga, 3) wypuścić powietrze z jamy brzusznej, 4) kłaść chorą po operacyi na brzuch i zalecić rychłe wstanie. Wśród 85 laparotomii miał mówca 2 przypadki porażenia dwunastnicy.— Kol. Nowakowski zapytuje się, w jaki sposób może uciskać krezka na dwunastnicę? Ucisk żołądka z jednej a dwunastnicy z drugiej strony wystarcza do zamknięcia dwunastnicy. Podobne zamknięcia zdarzają się przy innych operacyach przy zagięciu esowatem. — Kol. Święcicki: Nie można porównywać niedrożności innych części jelit z niedrożnością dwunastnicy. Mówca zapytuje prelegenta, czy przed operacyą wypróżniał bardzo silnie jelita. (Prelegent odpowiada przecząco). W przypadku, opisanym przez prelegenta, zachodziły ważne czynniki, usposabiające do tego stanu i to: 1) 8 poprzednich porodów, a więc opadnięcie trzew, 2) dość długa operacya (uśpienie jako takie nie odgrywa roli), a więc mechaniczne podrażnienie jelit. Środkiem do zwalczania atonii jest fizostygmina.— Kol. Łazarewicz: Dowieść zapalenia otrzewnej można w podobnych przypadkach tylko wtedy, gdy są śmiertelne, a więc przez sekcyę i badanie bakteryologiczne. Przypadek prelegenta jest klasyczny, a wynik leczenia potwierdza rozpoznanie. Uśpieniu wielu autorów przypisuje rolę pośrednią przez wpływ na wydzielanie soków w żołądku. Ł. wątpi, czy fizostygminę można tak rychło podawać. Po 3 dniach podaje Ł. strychninę (razem 0·01), ale wtedy mechanizm zamknięcia już jest ukończony. — Kol. Święcicki przypomina t. zw. »paralitysche Secretion« przy gruczole podszczękowym. Adam Karwowski.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Krajowa Rada zdrowia obradowała na posiedzeniu w d. 5. XI. 1910 w następujących sprawach: instrukcya dla oglądaczy zwłok, stypendyum z fundacyi im. Rappaporta, posada docenta higieny w seminaryum nauczycielskiem w Kętach, odznaczenie lekarza tytułem profesora, taksa szpitalna w Sokalu, prywatny zakład położniczy we Lwowie. R.

Najwyższa Rada zdrowia w Wiedniu ukończyła swą organizacyę, t. j. podział na komitety, przyczem we wszystkich niemal komitetach (prócz komitetu dla spraw zdrojownictwa) znajdują się przedstawiciele naszego kraju. R.

Ogólny wiec lekarzy austryackich w sprawie projektu ustawy o dentystach odbył się w Wiedniu 6. XI. b. r. przy udziale przeszło tysiąca uczestników. Po przemówieniu Prof. Fingera, prezesa Izby lek. wiedeńskiej, wygłosił r. dw. Prof. Eiselsberg referat, dowodzący, że praktykę dentystyczną może wykonywać tylko zupełnie wykształcony w medycynie lekarz. Następnie prym. Doc. Ewald poddał projekt rządowy wyczerpującej krytyce, poczem przemawiali Dr Kirchmayer, poseł Dr Michl, imieniem uniwersytetu w Gracu Prof. Trautner, imieniem uniwersytetu w Pradze Prof. Nessel, jako przedstawiciel dentystyki na uniwersytecie Jagiellońskim i prezes Stowarzyszenia stomatologów polskich Prof. Wincenty Łepkowski, imieniem Izb lekarskich galicyjskich Dr Festenburg. Wiec uchwalił rezolucyę, protestującą przeciwko przedłożeniu rządowemu.

Jak donoszą dzienniki, równocześnie z wiecem lekarskim

odbyło się zgromadzenie techników dentystycznych, na którem po burzliwych obradach uchwalono bojkotować lekarzy. R.

Ministerstwo zdrowia publicznego w Rosyi. Jak donoszą dzienniki, sprawa powołania do życia ministerstwa ochrony zdrowia uważana jest w Petersburgu za postanowioną. Ostatnie epidemie cholery i dżumy, brak należytych środków przeciw nim, rozbieżność zarządzeń poszczególnych dykasteryi, skłaniają do utworzenia takiego właśnie ministerstwa. Obecnie pod kierunkiem Prof. Reina układany jest preliminarz przyszłego ministerstwa, a Prof. Rein ma podobno zająć stanowisko ministra. Projekt właściwy przedłożony będzie prawdopodobnie ciałom prawodawczym do rozważenia. R.

Z administracyi znaczków receptowych.

Sprzedano znaczków:	po 4 h	1 h
Od roku 1904 do końca września 1910 .	519,092	450,194
W październiku 1910	5,900	2,800
Razem .	525,792	452,994

Dr Żydłowicz, administrator.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 30. X. do 5. XI. 1910 zgłoszono przypadków: błonicy 10 † — (w tem obcych 6 † —), krztuśca 7 † 7, ospy wietrznej 2, płonicy 15 † 2, odry 37, duru brzusznego 6 † 6.

Dr Janiszewski.

I. Krajowy Zjazd przemysłowo-balneologiczny

we Lwowie 29—31. X. 1910.

Trzydniowe obrady Zjazdu miały na celu przedewszystkiem rozpatrzenie sposobów poprawy stosunków naszych zdrojowisk pod względem ekonomiczno-gospodarczym i zwrócenie uwagi zebranych właśnie we Lwowie kół poselskich sejmowych na tę tak ważną, a dotąd nie dość uwzględnianą gałąź przemysłową. Do tych też celów był program Zjazdu rzeczywiście trafnie dostosowany i należy mieć nadzieję, że Zjazd stanie się w rozwoju naszych zdrojowisk punktem poważnym, zarówno uzyskując dla nich większą uwagę Sejmu, jakoteż zrzeszając wszystkie zdrojowiska, ich właścicieli, zarządy i lekarzy, do zbiorowej gospodarczej samopomocy. Z natury rzeczy nie mogła strona lekarsko-balneologiczna na Zjeździe grać roli głównej; niemniej wśród przedstawionych referatów znajduje się szereg takich, które odnosiły się wyłącznie lub głównie do tej strony sprawy.

Z nich na pierwszem miejscu wymienić należy referaty Prof. Korczyńskiego, roztrząsające pytanie, w jaki sposób pobudzić naukowy kierunek balneologii krajowej i rozwój piśmiennictwa zdrojowego, jakoteż, w jaki sposób rozszerzyć wiadomości naukowe o naszych zdrojowiskach i uzdrowiskach w kraju i zagranicą, oraz poruszające sprawę katedr balneologii i pracowni naukowych balneologicznych po zdrojowiskach i na klinikach, dalej referat Prof. Marchlewskiego, który przedstawił, w jaki sposób można uzyskać dokładne jednolite chemiczno-fizyczne rozbiory wód leczniczych krajowych. — Nie ulega bowiem wątpliwości, że obok stworzenia ekonomicznych i administracyjnych podstaw w postaci odpowiednich ustaw i organów nadzorczych, instytucyi akcyjnych i kredytowych itd., równie przynajmniej ważnym warunkiem rozwoju zdrojowisk jest w pierwszym rzędzie dokładne naukowe badanie naturalnych ich zasobów, tego materyału, którym one operują i ścisłe poznawanie ich ze stanowiska naukowo-balneologicznego pod wszystkimi względami. Nie możnaby spodziewać się prawdziwego postępu naszego zdrojownictwa, dopókiby większość lekarzy zdrojowych nie brała czynnego udziału w ruchu naukowo-balneologicznym. Pierwszym zaś warunkiem wzmożenia się tego ruchu byłoby niewątpliwie utworzenie katedr i pracowni naukowych balneologicznych w kraju.

Z lekarską stroną zdrojownictwa pozostawały następnie w związku referaty Dr Cerchy i Zanietowskiego o wzbogaceniu środków leczniczych w naszych zdrojowiskach, przyczem referenci zwrócili uwagę na to, że każde zdrojowisko powinno na pierwszym planie stawiać to, co jest jego odrębną cechą, dalej referat Dr Ebersa i Kmietowicza o poprawie stosunków zdrowotnych w zdrojowiskach (przymus kanalizacyi i wodociągów, asanizacya mieszkań, ustawa o ochronie zdrojowisk przed zawlekaniem chorób zakaźnych, przymus odkażania i t. d.), referat Dr T. Łazarskiego o promieniotwórczości, którą się nasze zdroje w znacznym stopniu odznaczają i referat Doc. Dr Piaseckiego o przedłużeniu sezonów zdrojowych i zakładaniu sanatoryów zimowych.

Przeważnie stronę administracyjno-ekonomiczną, techniczną lub też ściśle gospodarcze cele miały na oku referaty o statystyce w zdrojowiskach (Dr Kopff), o reklamie (Dr Bandrowski), o instytucyi komisarzy zdrojowych (Dr Żychoń), o podniesieniu obrotu wód krajowych (Doc. Dr Szumowski), o kredycie dla zdrojowisk (poseł Battagia i dyr. Ciompa), o katastrze zdrojowisk i ułożeniu programu prac zmierzających do ich podniesienia (Dr Pelczar i Dr Praschil), dalej referaty Dr Kadena, Dr Lewickiego, Dr Aronsohna, Dr Kmietowicza i t. p.

Uchwalone przez Zjazd postulaty, ułożone i przedstawione w imieniu komisyi postulatowej przez Dra Zanietowskiego (jednego z czynnych prezesów Zjazdu, czego w poprzednim numerze »Przeglądu lek.« wskutek pomyłki nie zaznaczono), podajemy tu w treściwej osnowie, dodając w nawiasie przy każdym wniosku nazwiska referentów.

Zjazd uchwalił mianowicie: 1) konieczność utworzenia katedr i pracowni balneologicznych przy uniwersytetach i politechnice (wnioski Prof. Korczyńskiego, Dr Zanietowskiego i Dr Mazanka); 2) potrzebę przeprowadzenia ścisłych chemicznych badań wód mineralnych (Prof. Marchlewski); 3) potrzebę racyonalnego i naukowego wzbogacenia środków leczniczych w naszych zdrojowiskach (Dr Cercha i Dr Zanietowski); wreszcie 4) potrzebę zaprowadzenia ścisłej statystyki zdrojowej (Dr Kopff). — Dalej uchwalił Zjazd szereg wniosków natury ekonomiczno-gospodarczej, a mianowicie: 1) potrzebę ustawowego przymusu kanalizacyjnego i ustawowego uregulowania asanacyi (Dr Ebers); 2) konieczność rozwinięcia celowej propagandy zdrojowej (Dr Bandrowski); 3) potrzebę rewizyi statutów (Dr Żychoń), zaprowadzenia bezpośrednich połączeń komunikacyjnych (Dr Praschil), podniesienia ruchu turystycznego (p. Zaruski), stworzenia sezonów i lecznic zimowych (Doc. Piasecki), ustanowienia stałej porady prawnej dla zdrojowisk (p. Łobaczewski), tworzenia Towarzystw akcyjnych zdrojowych (Dr Kaden i Dr Zakrzewski), wytwarzania fachowego personalu administracyjnego (Dr Lewicki), zaprowadzenia większego bezpieczeństwa ogniowego w zdrojowiskach (Dr Swiątkowski), oraz podniesienia eksportu wód mineralnych (Doc. Szumowski). — Nadto uchwalił Zjazd, stosownie do referatów Dra Zanietowskiego, Kmietowicza i Aronsohna konieczność pracy nad ludem przez podniesienie szkolnictwa i przemysłu w zdrojowiskach; na wniosek Dra Bandrowskiego, Kmietowicza i Westreicha konieczność utworzenia przy Wydziale krajowym instytucyi inspektorów zdrojowych, oraz ustanowienia reprezentacyi zdrojowisk w Izbach handlowych, Radach kolejowych i przemysłowych, względnie w Sejmie; wreszcie stanął Zjazd jednomyślnie na stanowisku wywodów Dyr. Ciompy i posła Battaglii co do popierania przez władze przemysłu zdrojowego, oraz postulatów Dra Pelczara co do wykonania uchwał »ankiety zdrojowej«, zwołanej w r. 1906 przez Wydział krajowy.

Po obradach ukonstytuował się Wydział założonego w czasie Zjazdu Krajowego Związku uzdrowisk i zdrojowisk, w którego skład weszli: J. hr. Potocki, jako prezes, Dr K. Krzyżanowski i Dr Cercha jako wiceprezesi, Dr Praschil jako sekretarz, adw. Dr Westreich jako skarbnik, delegaci polskiego Towarzystwa balneolog. Dr Pelczar i Dr Zanietowski, dalej A. hr. Gołuchowski, Dr Kmietowicz, poseł Dr Tertil, Dr Bandrowski, St. hr. Stadnicki, Dr Żychoń, Dr Kaden, inż. Dziewolski i Olszewski.

Na Związku tym spocznie obowiązek wprowadzenia uchwał i rezolucyi Zjazdu praktycznie w życie.

Zjazd dał obraz całości postulatów, dotyczących naszych zdrojowisk, wyczerpując całkowicie zakreślony program, co jest niewątpliwie zasługą umiejętnego kierowania obradami przez prezydyum Zjazdu.

Zwołaniem, dobrą organizacyą, trafnym programem Zjazdu i pozyskaniem na Zjazd licznego szeregu doskonałych referentów, zasłużyła się sumiennie sprawie naszego zdrojownictwa ruchliwa Komisya przemysłowo-lekarska Towarzystwa lekarskiego lwowskiego. R.

XI. Zjazd lekarzy i przyrodników w Krakowie.

Prezydyum Komitetu gospodarczego Zjazdu, który odbyć się ma w Krakowie w dniach od 18. do 22. lipca 1911 r., ma skład następujący: przewodniczący Prof. Dr Julian Nowak, zastępcy: Prof. Dr Edward Janczewski, Prof. Dr Walery Jaworski,

skarbnik: Prof. Dr Stanisław Dobrowolski, sekretarz generalny: Prof. Dr Ludwik Bruner. Komitetów gospodarczych sekcyjnych jest 14, a mianowicie: I. Sekcya filozoficzna (profesorowie: Garbowski, Heinrich i Straszewski). II. Sekcya nauk ścisłych (prof. Marchlewski, Ossowski, Rudzki, Witkowski, Ziobrowski, Żórawski), III. Sekcya mineralogii, geologii i geografii (prof Morozewicz, Grzybowski, Dr Rozen, Smoleński, Prof. Szajnocha, Szwarzenberg-Czerny). IV. Sekcya zoologiczno-anatomiczna (prof. Godlewski (junior), Hoyer, Kostanecki, Maziarski, Siedlecki, Talko-Hryncewicz). V. Sekcya botaniczna (prof. Gutwiński, Raciborski, Rostafiński). VI. Sekcya rolnicza (prof. Godlewski (senior), Jentys, Dr Mościcki, prof. Rogóyski, Surzycki). VII. Sekcya weterynaryjna (dyr. Papeé, Dr Rutkowski, Dr Zagaja). VIII. Sekcya farmaceutyczna (mgr. Łuczko, Mikucki, Proń). IX. Sekcya medycyny teoretycznej (prof. Browicz, Ciechanowski, Cybulski, Klecki). X. Sekcya chirurgii i ginekologii z naukami pokrewnemi (prof. Kader, Łepkowski, Pieniążek, Rosner). XI. Sekcya medycyny wewnętrznej (prof. Lewkowicz, Łazarski, Doc. Mięsowicz, prof. Pareński, Piltz, Reiss). XII. Sekcya medycyny publicznej (Dr Bier, prof. Bujwid, Dr Janiszewski, Jan Landau, prof. Wachholz). XIII. Sekcya okulistyczna (prof. Majewski, Wicherkiewicz). XIV. Sekcya prasy lekarskiej (prof. Ciechanowski, Dr Kwaśnicki).

Prezydyum komitetu gospodarczego Zjazdu zwróciło się do komitetów sekcyjnych z odezwą, by w Sekcyach były na Zjeździe przedewszystkiem przedyskutowane ogólniejsze tematy naukowe odpowiednich dziedzin, stosownie do uchwały ogólnego komitetu organizacyjnego. W tym celu komitety sekcyjne mają wybrać w swych działach stosowne zagadnienia i pozyskać po 2—3 referentów dla każdego tematu, którzyby na podstawie własnego doświadczenia mogli rzecz krytycznie przedstawić. Jest rzeczą pożądaną, aby z 4 zwykłych posiedzeń sekcyjnych przynajmniej połowa była poświęcona takiej wyczerpującej dyskusyi naukowej. Różne luźne spostrzeżenia i komunikaty, na które pozostałe posiedzenia mają być obrócone, powinny ile możności zawierać także dostatecznie wyczerpujące zestawienie dotychczasowych wyników badania. Referentów należy uprosić, aby krótką ale wyczerpującą treść swych odczytów nadesłali pod poniżej wymienionym adresem przed 1. maja 1911 komitetowi, celem wydrukowania i doręczenia uczestnikom przed Zjazdem.

Listy w sprawach, tyczących się Komitetu gospodarczego, należy zwracać pod adresem przewodniczącego: Prof. Dr Julian Nowak (Kraków, ul. św. Jana 20).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego w d. 9. XI. 1910 wybrano komisyę przedwyborczą pod przewodnictwem Dr A. Kwaśnickiego; Prof. Rutkowski przedstawił przypadek plastyki kości kończyny dolnej, poczem w dyskusyi nad wykładami »O cholerze« zabierali głos: Dr Eisenberg, Buzdygan, Kania, Janiszewski i r. dw. Prof. Wicherkiewicz; wreszcie odbył się wykład Doc. Kozniewskiego: »O hormonach«. (Część I.).

— Na fundusz imienia Pareńskiego dla ozdrowieńców opuszczających szpital św. Łazarza zebrała się dotąd kwota 7404 koron, którą Czcigodny Jubilat postanowił hojną ofiarą uzupełnić do wysokości 10.000 koron. Wobec tego przystąpiła Dyrekcya szpitala św. Łazarza do wprowadzenia fundacyi w życie przez odpowiedni akt fundacyjny. Według tego aktu majątek fundacyi, zgodnie z wnioskiem Dra Józefa Krzyszkowskiego, dyrektora szpitala, ma być na wzór wiekopomnego a jedynego w swoim rodzaju, mogącego służyć za wzór do wszelkich fundacyi, zapisu księdza Stanisława Staszyca dla szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie, rozdzielony na dwie części: Jedna część ma stanowić stały fundusz zapomogowy, od którego roczny dochód ma być stałym corocznym dochodem na zapomogi dla ubogich ozdrowieńców opuszczających szpital św. Łazarza. Druga część, a mianowicie 5000 kor., ma się stać stałym kapitałem zarobkowym, od którego coroczny procent ma być jedynie i wyłącznie obracany na ciągłe powiększanie powyższego stałego funduszu zapomogowego na zapomogi dla ubogich ozdrowieńców opuszczających szpital św. Łazarza, — tak, że w ten sposób obecny fundusz zapomogowy wzrośnie automatycznie po 25 latach o 5000 kor., a po 100 latach o 20.000 kor. i t. d. Wszelkie nadzwyczajne dochody tej fundacyi będą wcielone do stałego funduszu zapomogowego. Wszelkie czyste stałe dochody funduszu zapomogowego użyte będą na zapomogi dla ubogich ozdrowieńców opuszczających szpital św. Łazarza, bez różnicy narodowości, wyznania, przynależności, płci i wieku. Zapomogi przyznawać będzie dyrektor szpitala na wniosek prymaryuszów oddziałów. Do funduszów fundacyi tej mogą być też wcielone kwoty, nie stojące z obecnym majątkiem w związku; sumy poniżej 1000 koron mają być zawsze wcielone do stałego funduszu zapomogowego, większe sumy zaś do funduszu, stanowiącego stały kapitał zarobkowy. Do rozdania miesięcznego przeznacza się zawsze tylko 12-ta część rocznego dochodu. Naczelny zarząd fundacyi spoczywać będzie w ręku Wydziału krajowego, a w razie gdyby ta władza istnieć przestała, w ręku tej władzy, która obejmie czynności Wydziału kraj., gdyby zaś przestał istnieć szpital św. Łazarza, to dochody z fundacyi przejdą na rzecz ozdrowieńców tego ze szpitali, który obejmie obowiązki szpitala św. Łazarza.

Z postanowień aktu fundacyjnego wynika możność dalszych datków na tę fundacyę; toteż należy mieć nadzieję, że na cel tej fundacyi wpływać będą dalsze ofiary, a sama fundacya zachęci może do innych fundacyi dla szpitali naszych, opartych na podobnej doskonałej zasadzie, jak fundacya Staszyca.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Szczepan Kruczek, rodem z Birczy w Galicyi.

— Redakcya Kalendarza lekarskiego krakowskiego zawiadamia, że odbiorcy krakowscy, zamawiający Kalendarz w Redakcyi, otrzymają go przez kursora, nie ponosząc przez to kosztów przesyłki pocztowej. Druk kalendarza jest już na ukończeniu.

— Gminy i zarządy zdrojowe Zakopanego, Szczawnicy, Krynicy, Delatyna, Truskawca, Mikuliczyna, Jaremcza i Lubienia wniosły do Sejmu prośby o zwolnienie od podatków krajowych i powiatowych na lat 10 z tem zastrzeżeniem, że kwoty, przez to uzyskane, użyte będą wyłącznie na asanacyę zdrojowiska (kanalizacyę i wodociągi), a to pod kontrolą ze strony Wydziału krajowego.

Łódź. W d. 30. X. 1910 odbyło się uroczyście położenie kamienia węgielnego pod gmach Szpitala żydowskiego dla obłąkanych.

— Sąd koleżeński przy Towarzystwie lekarskiem łódzkiem podaje do powszechnej wiadomości, że Dr Jakób Fryde nie spełnił żądań wyroku Sądu koleżeńskiego, pomimo, że własnym podpisem zobowiązał się orzeczeniom tego Sądu bez zastrzeżeń uledz.

— I w Łodzi znalazł się lekarz, który w celach nic z nauką nie mających wspólnego wyzyskał wynalazek Ehrlicha. Oto niejaki Dr Ludwik Falk wyjechał po »złote runo« do Frankfurtu, a usłużna gazeta »Neue Lodzer Zeitung« umieściła następujący telegram z Frankfurtu: »Wczoraj Prof. Ehrlich we Frankfurcie n. M., dał swój przetwór »606« do rozporządzenia Dr Ludwikowi Falkowi z Łodzi celem zastosowania w łódzkiej lecznicy dla chorób płciowych. Musimy nadmienić« — dodaje redakcya — »że Prof. Ehrlich udziela obecnie swego leku tylko klinikom i szpitalom«. — My zaś nadmieniamy, że ów Dr Falk nie pracuje ani w klinice (bo tych w Łodzi niema), ani w żadnym szpitalu.

Zmarli: Chirurg Prof. Krönlein w Zürichu.

Dr Aleksander Podciechowski

Dnia 27. października b. r. wystrzałem z rewolweru odebrał sobie życie lekarz powiatu Sieradzkiego Dr Aleksander Podciechowski. Urodzony w r. 1850 w Tuliszkowie, gub. kaliskiej, ukończył gimnazyum w Kaliszu. Studya lekarskie odbywał w Szkole Głównej i Uniwersytecie Warszawskim, który ukończył w r. 1873.

Szlachetny człowiek, sumienny, z poświęceniem oddany choremu lekarz, zdobył sobie w Zagórowie, Warcie, Turku i Sieradzu, gdzie kolejno praktykował, powszechne uznanie i ogólną sympatyę. Mimo rozległej praktyki interesował się zawsze żywo postępami wiedzy lekarskiej i sam chwytał za pióro; ostatni raz, podając godny uwagi »Stół do porodu w chacie wiejskiej« (w »Czasopiśmie lekarskiem« w r. 1903). Żywo obchodziły go również zagadnienia społeczne i obowiązki obywatelskie, którym się oddawał w szeregu stowarzyszeń prowincyonalnych.

Mimo wesołego, pogodnego usposobienia niezwykle wra-

żliwy i ambitny, zastrzelił się, stwierdziwszy beznadziejny stan u operowanej przez siebie położnicy.

Cześć pamięci szlachetnego człowieka, zacnego lekarza i obywatela! W. Łuniewski.

Dr Adam Sapacz-Sapoczyński w Petersburgu; Dr Wincenty Mikucki, radca stanu, w Saratowie w 50 r. ż.

Redakcya otrzymała: Biernacki: 1) Sól kuchenna a przemiana potasu. »Tyg. lek.«. 2) Über die Beziehungen zwischen dem Umsatz mineralischer und organischer Nahrungstoffe. »Wiener klin. Woch.« 1910. 3) O stosunkach, zachodzących pomiędzy przemianą mineralnych a organicznych składników pokarmu. »Gaz. lek.« 1910. 4) Zur Lehre vom Kaliumumsatz. »Centrlblt. f. d. ges. Physiol. u. Pathol. des Stoffwechsels« 1910. — Higier: Nowotwory mózgu i rdzenia oraz symulujące je stany pokrewne. »Odczyty klin.« Nr 211. — Blumenfeld: Die Behandlung der Syphilis mit dem Ehrlich'schen Präparat »606«. »Deuts. med. Wochenschrift«. 1910.

Redaktor odpowiedzialny:

Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 16. listopada 1910 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Doc. Koźniewski: »O hormomach«. (Część II.). — 2) Prof. Bujwid: »Doświadczalne badania nad odkażaniem rąk«.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Eglatol (fabr. Goedecke et Co. Berlin) poleca Dr A. Joachim, ze sanatoryum dla nerwowo i umysłowo chorych w Rekawinkel (Allg. Mediz. Centr. Ztg. 1910. Nr 24). Jestto środek nasenny i uspokajający, w którym chloralhydrat doznał podwójnej poprawy. Przez kofeinę i mentol zmniejszono znacznie jego działanie trujące, a działanie nasenne wzmocniono przez urethan. Przetwór ten przedstawia płyn gęsty, wodojasny, przejrzysty, w kapsułkach à 0,5 grm. W 20 przypadkach różnego stopnia stanu nerwowego, sięgającego aż do szału, próbował J. działania eglatolu. Tonometrem Gärtnera stwierdzono brak wyraźniejszego podniesienia ciśnienia krwi nawet po dużych dawkach. Brak także spostrzeganych po innych środkach objawów, jak ból głowy, znużenie. Podawano kapsułki żelatynowe à 0,5 gr. w ilości 1,0—3,0 pro die. Działanie wybitne spostrzegano także tam, gdzie brom zawodził. Podawany przed jedzeniem nie wpływał eglatol ujemnie na apetyt i trawienie. J. przemawia za względnie wysokiemi dawkami. Po dawce 5—6 kapsułek (2,5—3,0) wieczorem osiągał J. najczęściej i w ciężkich przypadkach sen. Tylko w odosobniouych przypadkach maniakalnych stanów egzaltacyi i ciężkich podrażnień mózgowych (paralysis) nie osiągano niekiedy całkowitego działania nasennego, — lecz w tych rarach także inne środki nasenne zawodziły. W każdym razie i tu spostrzegano działanie uspokajające na kilka godzin. Działanie zbiorowe nie występuje po eglatolu. Hr. W.

Fibrolysin fabr. E. Merck, proszek biały, krystaliczny, we wodzie łatwo rozpuszczalny, zmienia się powoli pod działaniem powietrza. Sporządza się go więc w postaci jałowego rozczynu w zatopionych ampułkach à 2,3 cm³ = 0,2 g. thiosinamin. Wstrzykiwania nie wywołują wyraźniejszej bolesności. Do leczenia blizn powierzchownych sporządza się obecnie t. zw. Fibrolysin-Guttaplast, w postaci plastra, zawierającego na 1 cm² 50 gr. leku. Działanie znane, polega na rozmiękczeniu blizny. Wskazania: blizny na skórze, zapalenia gruczołów i guzy, schorzenia stawów, zwężenia w przewodzie pokarmowym, przewlekłe cierpienia ginekologiczne, choroby oczu, uszu i nosa i t. d. Mk. W

Rok XLIX. Kraków, dnia 19 listopada 1910. Nr 47.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z oddziału Docenta Dra med. Wł. Janowskiego w Szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie.

O barwiącej się za życia ziarnistości krwinek czerwonych (substantia granulo-reticulo-filamentosa) jej pochodzeniu i stosunku do nakropień zasadochłonnych.

Podał

Dr Ryszard Hertz,
asystent oddziału.

(Ciąg dalszy).

II. Sposoby barwienia i szczegóły morfologiczne.

Istnieje wiele sposobów barwienia w celu uwidocznienia obydwóch rodzajów omawianych tu ziarnistości czerwonych krążków krwi.

Co się tyczy nakropienia, występującego w preparatach utrwalonych krwi, to jest ono natury zasadochłonnej, barwi się więc wszelkimi zasadowymi barwikami, jak błękitem metylenowym (według Löfflera, albo wielobarwnym błękitem metylenowym Unny ewent. błękitem boraksowym metylenowym), fioletem goryczkowym, błękitem toluidynowym, brylantowym błękitem krezylowym. tioniną itd.

Pierwszeństwo oddałbym tu błękitowi boraksowemu metylenowemu (błęk. metyl. 2·0, boraksu 5·0, wody przekr. 100·0), w którym zanurza się tylko preparat, opłukując go następnie szybko wodą destylowaną i wyskokiem. Przy tem barwieniu prawidłowe czerwone ciałka barwią się na kolor blado-zielony polichromatofilne na kolor błękitnawo-zielony do czysto błękitnego; omawiana zaś tu ziarnistość barwi się na kolor ciemno-błękitny. Przy użyciu pyroninowej zieleni metylowej Pappenheima (tylko w preparatach utrwalonych przy wysokiej ciepłocie) ziarenka nabierają od zasadowej pyroniny barwy czerwonej.

Ziarenka te zdarzają się w niektórych stanach chorobowych, najobficiej w zatruciu ołowiem, przypadkowo jednak i u zdrowych (ob. dalej) w czerwonych krążkach krwi prawidłowych, a więc ortochromatycznych, częściej w polichromatycznych (Askanazy) w kształcie małych, oddzielnych, równomiernie rozproszonych punktów lub pręcików, rozmaitych co do liczby i wielkości; to też Fiessinger i Abrami zaproponowali, żeby zawierające je czerwone ciałka krwi nazywać stale »nakropionemi« (ponctués) dla odróżnienia od ciałek ziarnistych, przez które według nich rozumieć należy ciałka krwi, zawierające ziarnistość, barwiącą się tylko za życia.

Ziarenka czerwonych ciałek krwi nakrapianych są bardzo drobne, zaokrąglone. o jednakowej prawie średnicy we wszystkich kierunkach; nierzadko jednak dwa sąsiednie czerwone ciałka zawierają ziarenka różnej wielkości — jedno drobne, a drugie większe; niekiedy zaś różnice takie zachodzą nawet wewnątrz jednego i tego samego czerwonego krążka krwi. Czasami dają się podobno spostrzegać pojedyncze wyjątkowo grube lub pręcikowate twory, podobne do laseczek (Askanazy), czego sam jednak nigdy nie widziałem.

Co się tyczy barwiących się za życia ziarnistości czerwonych krążków krwi, to są one również zasadochłonne, barwią się więc wszystkimi wymienionymi powyżej barwikami, z których najodpowiedniejszymi okazały się brylantowy błękit krezylowy i wielobarwny błękit metylenowy Unny.

Sposobów barwienia tej ziarnistości jest kilka, jak to zaraz poniżej zobaczymy. Cechą ich znamienną ogólną, czyli wspólną jest, że unikamy przy nich jakichkolwiek sposobów uprzedniego utrwalania preparatów krwi.

1) Metoda podana najprzód przez Pappenheima (43) polegała na tem, że na szkiełku przedmiotowem umieszczano zapomocą delikatnego ostrego pendzelka odrobinę suchej czerwieni obojętnej i przykrywano ją szkiełkiem nakrywkowem zwilżonem krwią.

2) Cesaris Denel (11), a obecnie i Pappenheim (49), postępuje w sposób następujący. Na szkiełku przedmiotowem oczyszczonem i lekko ogrzanem nad palnikiem umieszcza się kroplę wyskokowego rozczynu barwika — najlepiej brylantowego błękitu krezylowego; alkohol ulatnia się szybko, pozostaje zaś barwik, rozpostarty w równomiernie cienkiej warstwie. Teraz umieszcza się na szkiełku świeżą kroplę krwi i przykrywa szkiełkiem nakrywkowem.

3) Rosin i Bibergeil (52) używają barwienia na szkiełku nakrywkowem. Szkiełko zwilża się wodnym rozczynem barwika, n. p. błękitu toluidynowego, który ścieramy zaraz czystą ściereczką, pozostawiając w ten sposób subtelną i równomiernie barwną powłoczkę. Teraz brzegiem drugiego szkiełka nakrywkowego zbieramy kroplę badanej krwi i przeciągamy możliwie szybko i równomiernie po wyschniętej barwnej powłoczce pierwszego szkieika. Dal-

sza właściwość tej metody polega na tem, że szkiełka z zabarwioną krwią nie suszymy teraz i nie kładziemy na zwyczajnem szkiełku przedmiotowem, ale jeszcze wilgotne umieszczamy na przedmiotowem szkiełku z zagłębieniem, okolonem wazeliną. Podług Rosina i Bibergeila ma to na celu umożliwienie dłuższego badania krwi świeżej, barwiącej się stopniowo. Fleischmann twierdził, że każda próbka krwi prawidłowej, przechowywana w sposób powyższy w wilgotnej przestrzeni bez poprzedniego barwienia, już po dwu godzinach okazuje ziarnistości zasadochłonne, które wykazać można, utrwalając ją w sposób zwykły i dopiero następnie ją barwiąc. Wprawdzie osobiście nigdy nie udało mi się strącić we krwi prawidłowej w powyższy sposób jakiejkolwiek ziarnistości, jednakże wymienione spostrzeżenie Fleischmanna (22) każe przyjmować wyniki badań Rosina i Bibergeila z pewnem zastrzeżeniem. Technika tych autorów jest bardzo pomysłowa, nie osiąga jednak zamierzonego przez nich celu, skoro już w obrazach, otrzymywanych po upływie dwu godzin, występować mają we krwi przy jej stosowaniu produkty, które należy uważać za sztuczne, mianowicie za wyraz powolnego obumierania.

4) Chauffard i Fiessinger (13) początkowo barwili ziarnistość za życia w ten sposób, że krew rozpostartą na szkiełku przedmiotowem i możliwie szybko wysuszoną na powietrzu, zwilżali odczynnikiem Pappenheima i przykrywali szkiełkiem nakrywkowem.

5) Widal, Abrami i Brulé (70) zwilżają szkiełko nakrywkowe krwią, umieszczają na szkiełku przedmiotowem i przy brzegu szkiełka nakrywkowego umieszczają kroplę wielobarwnego błękitu metylenowego Unny, rozcieńczonego 10-krotnie fizyologicznym rozczynem NaCl; barwik, przyciągany siłą włosowatości, przenika stopniowo pod szkiełko pokrywkowe.

W podobny sposób barwił też Bloch (8), który opisuje swe przytem zebrane spostrzeżenia w następujących wyrazach: »Gdy teraz barwik zaczyna się rozpuszczać w osoczu, w miejscach ulegających jego działaniu spostrzegamy — poza innemi zmianami w jądrach i t. d. — po paru minutach w pewnej liczbie czerwonych ciałek krwi nieprawidłowo rozrzucone nici, bądź rozgałęzione obficie w środku ciałka, bądź ciągnące się w postaci nieregularnej linii u jego obwodu, bądź wreszcie wypełniające nakształt sieci całe wnętrze ciałka. Stopniowo z nici tych rozwijają się najróżnorodniejsze bardzo subtelne figury, a przy dokładnej obserwacyi można dostrzedz, że nici składają się przeważnie z drobniutkich ziarenek. Widzimy więc bardzo często gromadę ziarenek w środku ciałka, albo na obwodzie, albo gęsty pierścień ziarenek, otaczających jakby jądro, pozostawiając wolną tylko obwódkę protoplasmy. W innych komórkach widzimy pojedyncze, albo nieliczne połyskujące ziarenka, rozsiane bez prawidłowości, albo ułożone kolisto na obwodzie«.

Wszystkie preparaty, otrzymywane zapomocą jednego z powyższych sposobów, nie są trwałe, dają się badać tylko »ex tempore« i nie mogą być przechowywane.

6) Niedogodność tę usuwa metoda, podana niedawno (1908) przez Widala i jego uczniów (20). Polega ona na tem, że albo przygotowujemy sobie zapas barwika, złożonego z 10 cm. sz. wielobarwnego błękitu metylenowego Unny, 10 cm. sz. 8·5% rozczynu soli kuchennej i 1 cm. sz. 2% rozczynu szczawianu sodowego, albo jeszcze lepiej przyrządzamy go sobie za każdym razem »ex tempore«, mieszając 1 cm. sz. 8,5% NaCl, 1 cm. sz. 1% Natr. oxal, oraz 10 kropel wielobarwnego błękitu metylenowego Unny. Do pipety włosowatej nabieramy trochę krwi i natychmiast wciągamy do niej 10-krotną mniej więcej ilość rozczynu barwika. Mieszaninę tę wydmuchujemy następnie do małej probówki. Zapomocą kilkakrotnej aspiracyi do pipety i wydmuchiwania do probówki, osiągamy dokładne zmieszanie krwi z barwikiem. Otrzymaną mieszaninę pozostawiamy na 10—15 minut w spokoju, poczem ją wirujemy. Płyn z ponad otrzymanego w ten sposób osadu zlewamy, sam osad zaś rozpościeramy w sposób zwykły na szkiełku przedmiotowem; po utrwaleniu preparatu zapomocą gorąca można go przechowywać przez czas dłuższy.

Co do mnie, posługuję się zawsze metodami, opisanemi pod 2) i 6). Pierwsza z nich odznacza się prostotą daje bardzo wyraźne obrazy i pozwala oprócz ziarnistości bawiącej się za życia badać inne jeszcze szczegóły prawidłowej budowy części morfotycznych krwi, jak »substancya metachromatyczna C. Demela, »nakropienie« Kurłowa i t. d. Te szczegóły nie uwydatniają się przy metodzie opisanej pod Nr 6. Ta metoda daje natomiast korzyści, wynikające z otrzymania preparatu trwałego.

Tu muszę jeszcze zaznaczyć, że polichromazya, spostrzegana przy barwieniu za życia, nie może być uważana za prawdziwą i wogóle niema żadnego związku z polichromazyą krwi, barwionej po utrwaleniu.

Jest to polichromazya nie preformowana, zmienna, w zależności od czasu barwienia: jeżeli bowiem po 10-minutowem działaniu barwika na krew zauważamy nieliczne tylko czerwone krwinki, barwiące się polichromatycznie, to przy dłuższem barwieniu ilość takich krwinek jest już znacznie większa. Na zjawisko to już dawniej zwrócili uwagę Mosso i Bloch; Bloch upatrywał jego przyczynę w kwaśnym odczynie treści komórkowej, powstałym wskutek obumierania krwi zewnątrz ustroju.

Niezależnie od użytej techniki barwienia, wrażenie, jakie sprawiają obrazy, dawane na dobrym preparacie mikroskopowym przez ziarnistość barwiącą się za życia, jest prawie zawsze jednakowe. Uderza przytem znaczna trudność dokładnego rozróżnienia poszczególnych ziarenek, nawet przy dokładnem rozpatrywaniu preparatu, z powodu ścisłego wzajemnego przylegania ich do siebie. Stąd też nadzwyczajna trudność ich wyrysowania, będąca powodem, dla którego ziarnistość ta jest na rysunkach różnych autorów oddana w sposób tak odmienny, iż różnią się one od siebie bardzo znacznie, w przeciwieństwie do tylko co wymienionej jednolitości obrazów, spostrzeganych na oryginałach preparatów.

Ziarnistość barwiąca się za życia nie wypełnia zazwyczaj całej komórki; zajmuje ona tylko część jej protoplasmy i w różnych komórkach występuje w bardzo zmiennej obfitości. Rozmieszczenie tej ziarnistości może także być rozmaite. Mianowicie tworzy ona w jednych przypadkach masę ściśle w środku komórki zgrupowaną i przez to naśladującą niejako w stopniu dalekim jej jądro, w innych zaś przedstawia rozrzucone na jej obwodzie ziarenka, rozmaicie ugrupowane.

Ziarnistość barwiąca się za życia, została oznaczona

przez Cesaris Demela mianem »nitkowatej« (substantia reticulo-filamentosa), w ostatnich zaś czasach przez Sabrazèsa — »mianem ziarnisto-nitkowatej« (substantia granulo-reticulo-filamentosa). Nazwa ta zasługiwałaby może na przyjęcie już dlatego, że ograniczałaby wyraźnie ziarnistość, barwiącą się za życia, od nakropienia zasadochłonnego, spostrzeganego w preparacie utrwalonym i przez szereg autorów oznaczonego również ogólnikowem mianem ziarnistości. Ziarnistość tę pierwszą nazywać będziemy w dalszym ciągu ziarnistością barwiącą się za życia, w odróżnieniu od zasadochłonnego nakropienia, występującego we krwi utrwalonej (»hématies granuleuses et ponctuées« autorów francuskich).

Wobec okoliczności, że substancya o zupełnie tym samym wyglądzie i układzie, co barwiąca się za życia ziarnistość czerwonych ciałek krwi, daje się spostrzegać na preparacie i poza obrębem krwinek, wypowiadano przypuszczenie, że mogą to być tylko złogi barwikowe. Rzeczywiście, przy oglądaniu preparatu, barwionego za życia, po raz pierwszy odnosi się wrażenie, że patrzymy na złogi barwikowe, leżące na powierzchni błonki lipoidowej, względnie związane ze ścinaniem się tej błonki. Wkrótce jednak dochodzi się do przekonania, że w tych miejscach, w których substancya barwiąca się za życia, leży wolna, ciałka krwi są zniszczone, względnie straciły swą hemoglobinę pod wpływem rozczynu barwika i wydają się same niezabarwionemi.

Barwiąca się za życia substancya ziarnista nie jest wytworem sztucznym, gdyż wtedy możnaby ją było równie łatwo spostrzegać we krwi prawidłowej, jak i chorobowo zmienionej. Tymczasem, porównując ze sobą preparaty ze krwi prawidłowej oraz ze krwi chorobowo zmienionej, nie mogłem w pierwszych nigdy znaleźć w w i ę k s z e j i l o ś c i pierwiastków komórkowych o barwiącej się za życia ziarnistości (ob. dalej), gdy przeciwnie w pewnych stanach chorobowych, które poniżej wymienię, spostrzegałem stałe, niekiedy bardzo znaczne, zwiększanie się ich liczby.

Przekonałem się nadto, zgodnie z innymi autorami, że barwiąca się za życia ziarnistość jest zjawiskiem biologicznem i nie może być otrzymana sztucznie »in vitro«; przyczem jednak odrazu zaznaczyć muszę, że nie przesądza to dla mnie pytania, czy ziarenka barwiące się za życia są preformowane, czy też trzeba się na nie zapatrywać, jako na produkt strącającego działania barwika na pewne szczegóły budowy.

Trzymając np. krew prawidłową przez dłuższy czas w warunkach aseptycznych, albo niszcząc »in vitro« ciałka krwi zapomocą hypotonicznego roztworu Na Cl, surowicy węgorza lub roztworu toluylendiaminy, nie otrzymywałem nigdy zwiększenia się liczby ciałek krwi o ziarnistości barwiącej się za życia, jak się o tem niejednokrotnie przekonałem podczas badań moich, prowadzonych od dłuższego czasu.

Gdy poraz pierwszy rozpatrywałem ziarnistość barwiącą się za życia, nasunęło mi się pytanie, czy surowica danego chorego nie może wywołać omawianych zmian w prawidłowych czerwonych ciałkach krwi. Aby to sprawdzić, mieszałem krew prawidłową, wolną od ziarnistości barwiącej się za życia, z odpowiednią ilością surowicy chorego, o którym wspominałem, względnie z surowicą psa, u którego wywołałem sztucznie hemolizę zapomocą toluylendiaminy i którego krew zawierała ziarnistość barwiącą się za życia. Mieszaninę pozostawiałem w spokoju na 15—60 minut i potem barwiłem bez utrwalania. Wynik był jednak zawsze ujemny, nie zdołałem bowiem nigdy zauważyć zwiększania się ilości czerwonych ciałek krwi z ziarnistością barwiącą się za życia.

Zresztą Chauffard i Fiessinger (14) stwierdzili tosamo przy swoich doświadczeniach na królikach, zatruwanych surowicą węgorza, wprowadzając im ją wprost do żyły. Jeżeli ilość trucizny była o tyle znaczna (6 kropel), że zwierzę ginęło odrazu, to we krwi nie spostrzegano ziarnistości barwiącej się za życia, gdy przeciwnie znajdowano ją w znacznej ilości u zwierząt, które przetrzymały zatrucie. Z powodu gwałtowności przebiegających w powyższych warunkach spraw destrukcyjnych, autorowie porównują to doświadczenie z doświadczaniem »in vitro«. Zbyt wielka bowiem dawka trucizny wywołuje burzliwe zniszczenie czerwonych krwinek, ilość ich spada z 4 do 3 milionów, występuje hemoglobinemia i zwierzę ginie wśród drgawek. Hemoliza ta, sama przez się nie wystarcza jednak do wywołania ziarnistości barwiącej się za życia w czerwonych ciałkach krwi; dla wystąpienia tego odczynu potrzebny jest nadto pewien czas.

Wszystko to są fakty znane, nad którymi nie zatrzymywałbym się dłużej, gdyby poglądy wręcz odmienne nie znajdowały i dziś jeszcze zwolenników pomiędzy hematologami tej miary, co Grawitz (26), który ziarnistości barwiące się za życia uważa za produkt sztuczny, albo Nägeli (41), który zbywa je jeszcze krócej. Tego rodzaju poglądy na ziarnistość barwiącą się za życia mogą wynikać stąd, że badacze ci nie przywiązują większej wagi do całej sprawy ziarnistości barwiącej się za życia, niewiele się wogóle zajmowali barwieniem za życia, w przeciwstawieniu do badaczów włoskich, którzy znów przeważnie stosują to barwienie. Cesaris Demel wyraża zdanie, że barwienie za życia ma większą wartość i daje praktycznie bardziej zadowalniające wyniki, niż inne metody barwienia krwi.

Kończąc ten rozdział, podkreśliłbym raz jeszcze uwydatnione już powyżej podobieństwa i różnice między obydwoma rodzajami ziarnistości: o b y d w a d a j ą s i ę u w i d o c z n i ć z a p o m o c ą b a r w i k ó w z a s a d o w y c h, r ó ż n i ą s i ę j e d n a k z a s a d n i c z o s z c z e g ó ł a m i p o t r z e b n e j d o i c h u w y d a t n i e n i a t e c h n i k i b a r w i e n i a i c e c h a m i m o r f o l o g i c z n e m i.

(Ciąg dalszy nastąpi).

O działaniu szczepionek przeciwgruźliczych

Dra J. Czajkowskiego.

Podał

Dr H. Wilczyński.

(Zakopane).

(Dokończenie).

XX. Panna O. l. 29. Ciemna brunetka. Condensatio apicis dext. c. retractione thor. Lymphadenitis dispersa. Leczenie klimatyczne (po raz wtóry) z dobrym wynikiem, bo ciepłota stała się prawidłową, jedynie przed miesiączką (od

lat) dochodziła zawsze do 37·4. Po 4 szczepionkach w kwietniu 1910 i ten objaw ustąpił.

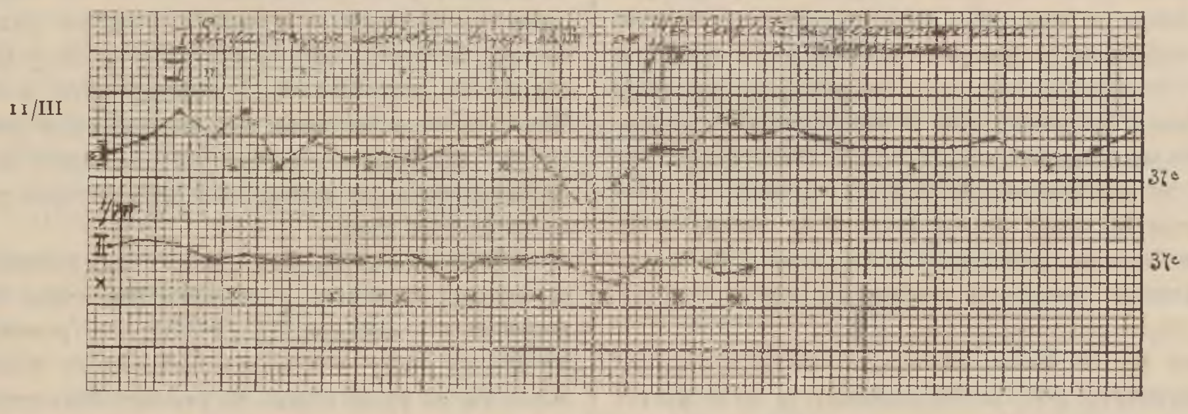
XXI. Panna B. l. 14. Infiltratio apicis utr. recens. W prawym szczycie rzężeńka. Kaszel, brak apetytu. W Zakopanem od marca 1910, leczenie szczepionkami od czerwca. Po 30 szczepionkach kaszel i rzężenia znikły, odgłos opukowy się wyjaśnił; w prawym szczycie zaostrzony wdech, z wydechem wydłużonym. Ciepłota jednak z przerwami około 37·2. Stan podmiotowy znacznie się polepszył. Odczyn Moro — na początku leczenia dodatni, obecnie ujemny. Leczenie w toku.

XXII. Pułk. T. lat 56. Infiltr. lob. sup. pulm. dext. Odpluwanie obfite. Ciepłota około 37·5. TB. Gaffky 6—7. Budowa ciała dobra. Leczenie szczepionkami odrazu po przyjeździe. Po każdem wstrzyknięciu odczyn gorączkowy coraz słabszy, wreszcie znikł. Po 10 wstrzyknięciach Tbc Gaffky 0—1. Przybytek wagi 4 kg. — i wyjazd dla braku urlopu z ciepłotą prawidłową.

Wreszcie 2 przypadki szczególnie ciekawe:

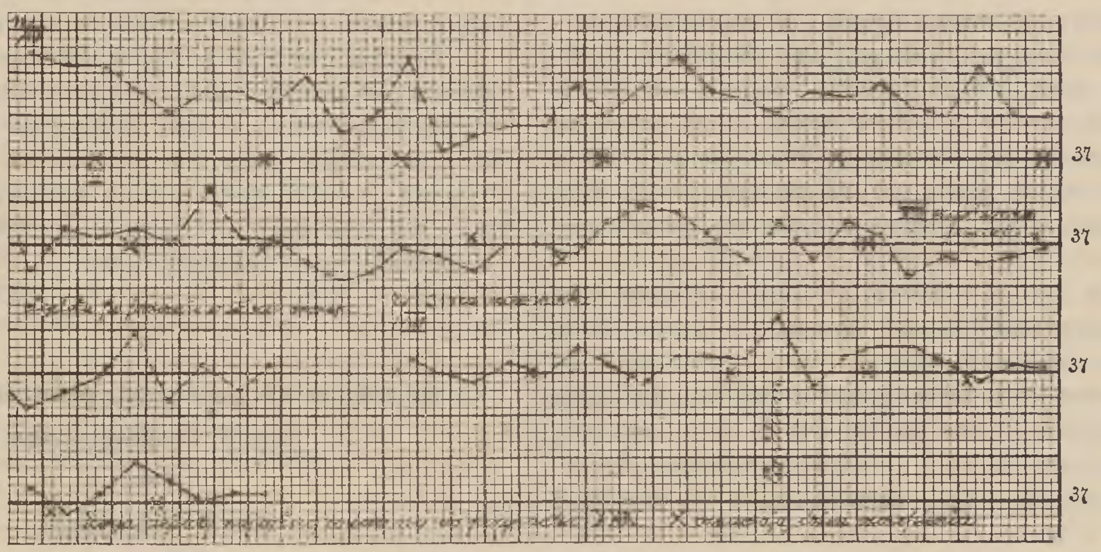
XXIII. Pan S. G. l. 22. Szczupły wychudzony blondyn. Częsty kaszel, odpluwanie, cera szara. Spirometr 1700. Rokowanie ze strony wysyłającego profesora — niepomyślne. Badanie w listopadzie 1909 wykazało: Infiltr. pulmon. dext. totius c. crepit. sonoris. Pleuritis chron. sicca dext. Haemoptoe. Infiltr. recens apic. sin. Plwociny: tbc Gaffky — 10. Do kwietnia 1909 stan bez poprawy. Od marca do września 51 szczepionek. Stan obecny: ciepłota w dniu szczepienia dochodzi do 37·1. Spirometr 2000. Nieliczne rozsiane trzeszczące rzężenia w płucu prawem. Stan podmiotowy dobry, cera niemal czerwona, przybytek wagi 3 kg. Chory odpluwa tylko rano — Gafiky 1—2. Krzywą ciepłoty (Nr 4) z kwietnia i z września załączam.

Nr 4.



XXIV. Pan J. K. Chory od 12 lat, w mojej opiece od lat trzech. W październiku 1909 stan przedstawiał się następująco: Infiltratio in stad. destructionis pulmon. sin. totius cum haemopt., pleuritis exsudat. serosa sinistr. Enteritis tbc cum fistula ani. Nephritis tbc dextra cum 4‰ albumine. Temperatura 39·6 C., tachycardia ± 210, cyanosis, inspirium gravis 40. Nadmienię, że we wrześniu 1908 chory przebył orchitis bilat. tbc., leczone przezemnie sposobem Biera, tylko przewiązanie taśmą nie na 3-4 godziny, ale na stałe z popuszczaniem na parę kwadransów dla uniknięcia zgorzeli moszny. Środki sercowe, zatrzymanie wysięku w celu ucisku chorego płuca, wreszcie surowica Marmorka (14 wstrz. po 5 cm³), leżenie literalnie bez ruchu w ciągu kilku miesięcy — do lutego 1910, sprawiły, że ciepłota opadła do 38 C. (z aspiryną). Białko z ropą w moczu zmniejszyło się, odpluwanie było obfite, ropne; stan duchowy i fizyczny — niezmiernie przykry, zwątpienie ostateczne u chorego i w otoczeniu. W marcu zacząłem stosować szczepionki, ciepłota spadła do 37·2, odpluwanie zmniejszyło się, stan podmiotowy poprawił się znacznie. W maju wyjechałem, a chory nie chciał bezemnie stosować szczepionek. Wtedy odpluwanie znów znacznie się zwiększyło. Po powrocie moim w czerwcu znów zacząłem stosować szczepionki i obecnie (wrzesień) po 50 szczepionkach można stwierdzić (badał Dr Erbrich z Warszawy), iż w płucu lewem są nieliczne rzężenia pod obojczykiem. Poza tem stłumienie na całej przestrzeni lewego płuca, ciepłota czasem dochodzi do 37·2, chory nieźle trawi, ma cerę różową, kaszle tylko rano, a odpluwa raz na tydzień. W ja-

Nr 5.



sne dni wychodzi kilkaset kroków poza dom. Prawa nerka bolesna, mocz bez białka. A przetoka odbytu mimo, że już jest prawie od roku, nie powiększa się, choć i nie goi się, jako rana na poły septyczna, ustawicznie zanieczyszczana. Załączam krzywą ciepłoty (Nr 5) od marca, kiedy zacząłem stosowanie szczepionek.

Miałem jeszcze kilka przypadków, wdzięcznych i niewdzięcznych, o których nie piszę, bo szczepionek stosowałem zaledwie kilka lub też »in stadio praeagonali«. »Nec Hercules contra... mortem«. Tu zwrócę jeszcze uwagę, na niewyraźne działanie szczepionek przy zołzach.

Chciałbym streścić moje wrażenie. Wiem, że gruźlica robi miłe nieraz niespodzianki i bez szczepionek. Wiem, iż każdy lekarz z niechęcią i niedowierzaniem czytuje sprawozdania z leczenia gruźlicy. Ja sam też niechętnie je czytam. Jestem zwolennikiem leczenia higieniczno-dyetetycznego. Mimo powag uczonych, ładnych statystyk, mimo nieraz przykrej bezradności lekarskiej przy łożu chorego nie skusiłem się na stosowanie tuberkulin, arszeniku, nukleogenu i t. d. i t. d., bo wierzę jedynie we wrodzoną odporność ustroju — i spokój chorych narządów, ich możliwe unieruchomienie.

Jednakże, jeśli metoda Brehmera zawodzi, radzę próbować szczepionek Czajkowskiego. Bo: po pierwsze: ani razu nie stwierdziłem pogorszenia, którebym mógł przypisać szczepionce, — po drugie: doczekałem się polepszenia, a nawet zaleczenia — w kilku przypadkach cięższych,— po trzecie: należy wypróbować ten nieszkodliwy, a z polskiej pracowni pochodzący środek.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna teoretyczna.

Bingel i Claus. **Dalsze badania nad wzmagającą parcie substancyą nerek.** (Deut. Arch. f. klin. Med. Z. 3. i 4. 1910). Zapomocą substancyi, nazwanej przez Tigerstädta »reniną«, a otrzymanej przez wytłaczanie soku z nerek świńskich i oczyszczeniu go z soli i ciał białkowych, rozpoczęli autorowie doświadczenia w celu: a) zbadania fizyologicznego działania przetworu na nerkę i wydzielanie moczu u zdrowego zwierzęcia; b) następnie na schorzałej nerce; c) wreszcie w celu rozstrzygnięcia pytania, czy substancyę wzmagającą ciśnienie krwi można stwierdzić w nerce chorobowo zmienionej. Za materyał do 52 wykonanych doświadczeń służyły autorom króliki i koty. Sposób wykonywania doświadczeń był następujący: Zapisywano w zwykły sposób ciśnienie krwi tętniczej w tętnicy szyjnej. Lewą nerkę wkładano w »akometer«, wypełniony mieszaniną nafty i oliwy i połączony z przyrządem Schlayera, do pęcherza zaś wprowadzano kaniulę, przymocowaną do gumowego węża, zakończonego rurką włosowatą. Mocz wydzielany padał na kroplolicz Löwi, który krople zapisywał na kimografionie. W kilku doświadczeniach mierzyli autorowie również objętość kończyn dolnych. Po tych zabiegach wprowadzali autorowie 2 cm »reniny« do żyły jarzmowej po poprzedniem uśpieniu metanem. Działanie przetworu na układ krążenia objawiało się zawsze w sposób jednakowy, t. j. wzmożonem parciem krwi, wolno i łagodnie występującem i dłużej utrzymującem się, niż przy adrenalinie. Na nerce zaś zauważyli autorowie znaczne zwiększenie rozmiarów zamiast zmniejszenia, jak przy adrenalinie, i zwiększone wydzielanie moczu. Oprócz tego zauważyli, że w miarę stosowania »reniny« działanie jej słabnie, tak, że przy 3-em a częściej 4-em wstrzyknięciu w zupełności ustaje. Z zachowania się nerki i ciśnienia krwi wynika, iż obszar naczyń trzewnych rozszerza się, a obwodowych zwęża, za czem przemawia zmniejszenie się objętości kończyn dolnych zwierzęcia. Działanie reniny na nerkę schorzałą wskutek wstrzykiwań sublimatu 0·01 (Sublimatnephritis) jest zupełnie podobne, jak działanie na nerkę zdrową. W celu rozstrzygnięcia 3-go pytania, wstrzykiwali autorowie wyciągi nerek zwierząt, zatrutych sublimatem i przekonali się, że działanie w tych razach w kierunku wzmożonego parcia krwi jest nieznaczne lub wcale nie istnieje, a objętość nerki, podobnie jak przy adrenalinie, zmniejsza się. Powyższe spostrzeżenia nasunęły autorom myśl, że w nerce chorobowo zmienionej powstają substancye przyrody nieznanej, które niszczą zawartą tamże reninę, za czem przemawia fakt, iż ani sublimat w różnem rozcieńczeniu, ani wyciągi zdrowej nerki, do której dodano sublimat, nie wywoływały powyższych zjawisk, gdyż objętość nerki wzrastała. R. Łaba.

Hamses. **O zachowaniu się układu chromochłonnego nadnerczy przy sztucznem i naturalnem zakażeniu błoniczem.** (Deut. Arch. f. klin. Med. Z. 3. i 4. 1910). Na wstępie wspomina autor o istnieniu całego szeregu prac, dotyczących zmian w nadnerczach tak u ludzi, jak i u zwierząt, wywołanych bakteryami błonicy. W tych wszystkich jednak pracach nie uwzględniono zachowania się komórek chromochłonnych, stanowiących część składową nadnercza; temu brakowi czyni zadość niniejsza rozprawa. H. wykonywał doświadczenia na świnkach morskich, wstrzykując im 24-godzinne bulionowe hodowle błonicy; do zatruwania zaś zwierząt służył autorowi rozczyn toksyn błoniczych w stosunku 0·1:10·0. Sekcyę wykonywał H. w miarę możności natychmiast po śmierci zwierzęcia, w przeciwnym razie przechowywał zwłoki na lodzie, przekonawszy się poprzednio, że przy tem nawet po 24 godzinach po śmierci odczyn chromowy występował w podobnej rozciągłości i sile, jak w narządach, przechowywanych w płynach utrwalających. Doświadczenia z wprowadzeniem do ustroju bakteryi pouczyły H., że w miarę trwania choroby zaznacza się wprawdzie coraz to wyraźniejsze zmniejszanie się układu chromochłonnego, w stopniu jednak tak słabym, iż nie można upatrywać przyczyny śmierci zwierzęcia w wyczerpaniu się układu chromochłonnego. Z doświadczeń zaś z toksynami błonicy wypływa, że, jakkolwiek układ chromochłonny ulega nader znacznemu zanikowi, to jednak w poszczególnych przypadkach, w których śmierć nastąpiła względnie późno (72 godz.), obraz histologiczny pod względem ilości komórek chromochłonnych odpowiada zupełnie stosunkom, znajdowanym na skrawkach nadnerczy zwierząt kontrolnych. Na podstawie danego zjawiska przypuszcza autor odtwarzanie się układu chromochłonnego i odmawia zmianom w tkance chromochłonnej rozstrzygającego wpływu na zejście śmiertelne zwierzęcia. W 47 przypadkach badano nadnercza osób, zmarłych z powodu błonicy, które ze względu na ilość komórek chromochłonnych i natężenie ich zabarwienia się dzieli autor na trzy szeregi. Do pierwszego należy 8 przypadków z zupełnym brakiem układu chromochłonnego. Drugi szereg składa się z 13 przypadków o średnio rozwiniętym układzie chromochłonnym. W końcu 26 przypadków o wybitnej zawartości tkanki chromochłonnej. Spostrzeżenia te pokrywają się z danemi, które H. uzyskał przy badaniu nadnerczy u zwierząt i potwierdzają przypuszczenie, iż śmierć przy błonicy nie występuje w znacznej większości przypadków wskutek wyczerpania się układu chromochłonnego nadnercza. R. Łaba.

Nicolle. **Badania doświadczalne w sprawie duru osutkowego.** (Ann. de l'Inst. Pasteur. 1910. IV., str. 243—295). Co jest przyczyną duru osutkowego, dotychczas zgoła nie wiemy. Badania, które N. przeprowadził w instytucie Pasteura w Tunisie w ciągu r. 1909 pozwoliły mu ustalić cały szereg ciekawych w tym względzie danych. Po kilku nieudałych próbach na małpach niższych zdołał N. zaszcze-

pić dur szympansowi, wstrzykując mu krew z chorego człowieka w trzecim dniu zakażenia. Po 25 dniach wylęgania zjawiło się podniesienie ciepłoty, dosięgające 40° C., a potem osutka. Choroba trwała 7 dni, poczem wystąpiła chera i śmierć. Krew tego szympansa, zaszczepiona małpie chińskiej (singe bonnet chinois), wywołała po 13 dniach wylęgania zjawienie się duru ze swoistą osutką, który trwał 8 dni. Doświadczenia czynione z krwią tej małpy ustaliły fakt, że choroba ta da się przeszczepiać w seryach z jednej małpy na drugą i że jadowitość zarazka słabnie przy przejściu przez szereg małp chińskich. W czasie tych doświadczeń zdołał N. stwierdzić niektóre fakty co do odporności i co do własności surowic, a między innymi ten, że zaszczepienie ludzkiej krwi durowej małpie chińskiej nie zakaża jej, ale ją uodparnia przeciw jadowi, pochodzącemu z którejkolwiek seryi małp chińskich. Wspólnie z Comtem i Conseilem podjął autor badania w sprawie przenoszenia duru osutkowego przez wszy. Już dawniejsi autorowie przypuszczali, że wszy w przenoszeniu duru ważną grają rolę. Doświadczeniami stwierdził N. to przypuszczenie. Wszy, zebrane na zdrowych ludziach, a następnie wygłodzone, sadowił na skórze małpy chińskiej, zakażonej sztucznie durem osutkowym, a następnie przenosił na skórę dwóch zdrowych małp. Oba te zwierzęta dostały duru. Wesz ludzka przenosi więc dur osutkowy z małpy na małpę, niema więc żadnej wątpliwości, że to samo czyni u ludzi. Z tego wynika, że kto się chce uchronić przed zarażeniem się durem osutkowym, musi w pierwszym rzędzie zniszczyć pasorzyty te na chorym. Bardzo przekonywającym jest w tym względzie fakt, podany przez autora. W czasie zarazy spostrzeganej w Tunisie, która obejmowała przeszło 800 przypadków, okazali się chorzy pod względem przenoszenia choroby wtedy tylko niebezpiecznymi, jeśli po przyjęciu ich nie umyto i pozostawiono im ich suknie. Raz umyci dobrze i w bieliźnie szpitalnej nie szerzyli chorzy nigdy zarazy dalej w szpitalu. Przyczyna chorobotwórcza duru osutkowego krąży więc we krwi i jest jadowita od chwili zakażenia do zjawienia się osutki. Zdaje się, że po zjawieniu się osutki jad długo się we krwi nie trzyma; pod tym względem byłby dur podobny do żółtej febry. Badanie mikroskopowe krwi nie wykrywa żadnego drobnoustroju, zdaje się więc, że czynnik chorobotwórczy należy do rzędu mikrobów niewidzialnych. Jako siedziba mikroba podejrzane są ciałka białe, gdyż wiele z pośród nich, a w szczególności wielojądrzastych, ulega u zakażonych małp martwicy. Im cięższe zakażenie sztuczne, tem martwica wyraźniejsza i obejmuje większą ilość ciałek. Możność doświadczalnego przenoszenia duru osutkowego na małpę pozwala na naukowe badania choroby. Stahr.

Medycyna wewnętrzna.

Kaestle. **Próba nowego sposobu badania długości przebywania płynów w żołądku**. (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 35). Ocena długości czasu przebywania płynów w żołądku opierała się dotąd na wypompowywaniu żołądka. Sposób ten jednak nie jest pewny, albowiem żołądek nieraz wydaje się przy użyciu cewnika pustym, choć w rzeczywistości tak nie jest. Sposobem o wiele pewniejszym, bo niejako naocznym, jest badanie żołądka promieniami Röntgena po podaniu odpowiednich kapsułek. Kapsułki te są dwojakie; jedne ciężkie, drugie lekkie, a wypełnione węglanem bizmutu i tlenkiem toru. Lekkie pływają po powierzchni płynu w żołądku, a ciężkie opadają na dno, przez co otrzymujemy dokładne wskazówki granic płynu i żołądka. W ten sposób przekonał się K., że różne płyny przebywają różny czas w żołądku, n. p. 250 cm³ wody $1^1/_2$ godziny, mleko ciepłe $2^1/_2$ godzin, kakao z mlekiem $2^3/_4$, herbata $1^1/_4$, kawa 1 godz. 50 minut, a wino czerwone przeszło dwie godziny. K.

Stierlin. **Przyczynek do radyograficznego badania ruchu robaczkowego kiszki grubej.** (Zeitschrift für klin. Med. 70. V—VI.). Na podstawie swych badań w klinice chirurgicznej w Bazylei z zawiesiną bizmutu, doszedł autor do przekonania, że pokarmy przechodzą przez jelita cienkie w 2—3 godzin. W 4 godziny wykazać je można już w okrężnicy poprzecznej, a w 6 w pętli esowatej. Najdłużej przebywają pokarmy w kiszce ślepej i wstępującej, a potem przed zagięciem śledzionowem, po przebyciu którego już szybko idą dalej. Zresztą indywidualne różnice w szybkości posuwania się pokarmów w jelicie grubem są bardzo wielkie. K.

Loebl. **O zapaleniu wyrostka robaczkowego w wieku podeszłym.** (Wiener med. Wochs. 1910, Nr 40). Zapalenie wyrostka robaczkowego w wieku ponad lat 51 jest dość rzadkiem cierpieniem. Należy na nie wszelako zwrócić baczną uwagę, gdyż przebieg tego cierpienia w wieku podeszłym bywa zazwyczaj skryty. Przeważnie pojawia się w wieku starszym postać ograniczona, jako ropień na talerzu biodrowym, względnie wrzekomo-nowotworowa, albo też jako zapalenie w worku przepuklinowym. Objawy miejscowe zaznaczone bywają słabo, a chory żali się głównie na objawy ogólne żołądkowo-jelitowe, co znacznie utrudnia rozpoznanie. Z tego powodu, oraz z powodu częstych powikłań bywają zabiegi operacyjne gorsze w wieku podeszłym. Dr Blassberg.

Berthelot. **Nowe zastosowanie leczenia bakteryami mlecznemi.** (Revue de méd. 1910, Nr 8). Mysl Miecznikowa, by wyzyskać w lecznictwie szkodliwy wpływ bakteryi mlecznych na inne bakterye (chorobotwórcze), znajduje coraz szersze zastosowanie. Posłużyła ona rozmaitym autorom do skutecznego leczenia spraw chorobowych w jelitach, w cierpieniach chirurgicznych, w zakażeniu połogowem. Wyleczano tym sposobem zapalenia dziąseł i uporczywy ropotok szczękowy, leczono pomyślnie zakażone rany, przetoki, i t. p., a nawet zapomocą miejscowego zastosowania odpowiedniego sączka uzyskano wyleczenie w ciężkiem zapaleniu otrzewnej. Fournier uzyskał tą metodą korzystne wyniki przy ropieniu w jamach oskrzelowych przez wielokrotne wstrzykiwania śródtchawiczne zaczynów mlecznych. Sposób ten stosowano również z pomyślnym wynikiem przy zanikowych cuchnących nieżytach nosa, przy zmianach chorobowych i ropieniach zatok nosowych,* przy zapaleniach ucha środkowego, oraz przy wiewiórowych i nieżytowych sprawach różnych błon śluzowych. Ponieważ leczenie to okazało się skuteczne w chorobach nosa i gardła, a autor stwierdził, że bakterye mleczne są również antagonistami meningokoków, przeto sądzi on, że można je nietylko leczniczo, ale i zapobiegawczo stosować przeciw zapaleniu nagminnemu opon mózgowo-rdzeniowych, które, jak to badania ostatnich epidemii dobitnie wykazały, szerzyć się może przez ludzi zdrowych, mających w nosie drobnoustroje zapalenia opon mózgowych. Dr Blassberg.

Kauert. **O używaniu syntetycznej suprareniny w medycynie wewnętrznej**. (D. Arch. f. klin. Med. 1910, Z. 3. i 4.). Autor podjął badania na materyale, złożonym z 53 przypadków, śledząc sposób i czas trwania działania suprareniny tak przy stosowaniu jej śródżylnem, jak podskórnem. Do powyższych celów służyły autorowi oprócz obserwacyi klinicznej, pouczającej o wartości leczniczej środka, także przyrządy do mierzenia parcia krwi podczas skurczu i rozkurczu serca według Recklinghausena. W początkowych doświadczeniach K. wprowadzał wyłącznie śródżylnie suprareninę w ilości 0,001 na dobę i stwierdzał wyniki jej działania, z punktu widzenia fizyologicznego zgodne z objawami, opisanymi przez Volharda i Johna, którzy zauważyli szybki wzrost ciśnienia krwi tętniczej, znaczniejsze napięcie tętna, połączone często z przyspieszeniem czynności serca, zblednięcie zewnętrznych powłok ciała, przyspieszenie oddechu, a z podmiotowych objawów częste występowanie bolów głowy w znacznem natężeniu, uczucie ściskania klatki piersiowej, niepokój i ściskanie serca. Wynik zaś leczniczy ze względu na szybkie (od jednej do

kilku minut) i nader gwałtowne działanie powyższego środka, jest, jak pouczyło antora doświadczenie osobiste, wszędzie tam, gdzie serce niedomaga, najczęściej niekorzystny, a często niebezpieczny. Dlatego przystąpił K. do wstrzykiwań podskórnych suprareniny, wychodząc z tego założenia, iż sprawa wchłaniania się jej z tkanki podskórnej, odbywająca się w tempie wolniejszem w porównaniu ze stosowaniem śródżylnem, wpłynie na jej działanie łagodząco. Założenie to w części tylko sprawdziło się, gdyż w pewnej liczbie przypadków suprarenina działa mniej gwałtownie, jakkolwiek również szybko i często towarzyszyły temu działaniu powyżej wspomniane przypadłości podmiotowe. Podskórnie poleca K. stosować suprareninę nie w okolicę piersi, lecz w ramię, przy którem to wprowadzeniu przetwór ten działa silniej i łagodniej. Wstrzykiwania powyższe mają wtedy uzasadnienie, jeżeli naczynia skórne są dobrze krwią wypełnione, w przeciwnym razie suprarenina nie działa. Co się zaś tyczy trwałości działania, to jest ono odwrotnie proporcyonalne do siły działania. W dalszych częściach swej pracy omawia K. czynniki chorobowe niekorzystne dla leczenia suprareniną, które dadzą się ująć w ogólną regułę, opiewającą, że wszystkie schorzenia organiczne ośrodkowego i obwodowego układu krążenia nie nadają się do leczenia suprareniną, gdyż serce schorzałe nietylko nie może wtedy przystosować się do zmienionych warunków w krążeniu, t. j. do zwiększonego oporu, lecz wskutek zwiększonego ciśnienia krwi z łatwością może nastąpić oderwanie się skrzepu, a w przewlekłem zapaleniu nerek i miażdżycy tętnic przy istniejącem już z natury rzeczy wzmożonem parciu, — wprowadzenie suprareniny grozi wystąpieniem napadu udarowego. Zaleca się zaś stosowanie suprareniny w zapaleniu płuc, w błonicy, w durze brzusznym. — W zatruciach, ropnych sprawach narządów jamy brzusznej, posocznicy i gruźlicy rozpadowej stosował autor suprareninę, nie zauważywszy ani poprawy, ani działania ujemnego. — Kończąc swój artykuł podaje K. sposób stosowania. Najpierw wstrzykuje suprareninę podskórnie w ramię w rozcieńczeniu 1: 1000, w dawkach 1—2 mg. Jeżeli działania niema, wstrzykuje pod skórę klatki piersiowej w ilości $^1/_2$—$^1/_2$ mg. na dawkę. Skoro jeszcze nie występuje wystarczające działanie, wprowadza przetwór śródżylnie w ilości $^1/_4$—1 mg. po poprzedniem wstrzyknięciu strofantyny lub digitaliny. Wstrzykiwać radzi powoli i nie przekraczać 6 mg, na dzień.

R. Łaba.

Fleckseder. **Leczenie zakażenia zimniczego enesolem Clina i Ehrlichowskim dioksydiaminarsenobenzolem.** (Wiener klinische Wochs. 1910, Nr 86). Autor przedstawia szczegółową historyę choroby chorego, który przebył kiłę, a u którego pojawiła się ciężka postać zimnicy podzwrotnikowej, a później trzeciaczki. Chory przebywał kilkakrotnie w wiedeńskiej klinice Prof. Neussera. Fleckseder dochodzi do następujących wniosków: 1) Eozynofilia i mononukleoza mogą być wyrazem ukrytej zimnicy, a liczba krwinek eozynochłonnych pozostaje w pewnej równoległości z ciężkością schorzenia. 2) Odczyn Wassermanna może przy zimnicy wypadać dodatnio i zdaje się przebiegać równolegle do ilości pasorzytów zimniazych, może zatem obok badania krwi być wskaźnikiem leczenia zimnicy. 3) Enesol, systematycznie wstrzykiwany, działa leczniczo przy zimnicy podzwrotnikowej, przy której niekiedy chinina nie dopisuje. Natomiast wstrzykiwanie przetworu Ehrlicha »606«, jednorazowo zastosowane w ilości 0·3 gr. przy łagodnej trzeciaczce, wywołało wprawdzie zniszczenie wyraźne pasorzytów, atoli po trzech tygodniach wystąpił na nowo osłabiony nawrót choroby i niezupełny odczyn Wassermanna. 4) Przetwór Ehrlicha wywołał silną bolesność i naciek, atoli żadnych innych groźnych następstw nie spowodował. Wstrzyknięty śródmiąższowo wchłania się bardzo powoli.

Dr Blassberg.

Hedinger. **O sposobie działania środków nerkowych i sercowych na chore nerki.** (D. Arch. f. klin. Med. 1910. Z. 3. i 4.). W poprzednich swych pracach usiłował autor objaśnić różnorodność zachowania się środków moczopędnych w odniesieniu do sztucznie schorzałej nerki. Zauważono bowiem już dawniej, że w pewnych przypadkach występuje wybitne zwiększenie wydzielania moczu, w innych nie objawia się zupełnie działanie moczopędne. Zjawiska powyższe tłómaczy autor tem, iż pewne środki, zapomocą których wywoływał toksyczne zapalenie nerek, jak chrom, sublimat, uran, niszczyły w pierwszym rzędzie nabłonki kanalików, a następnie dopiero wywoływały zmiany wsteczne w naczyniach krwionośnych; inne zaś środki, jak pryszczawki i arsen, wywoływały pierwotne schorzenie naczyń. W pierwszym wypadku zaznaczało się bardzo wybitnie zwiększone wydzielanie moczu pod wpływem środków moczopędnych, w drugim środki moczopędne nie wywierały żadnego działania. Z wymienionych faktów wypływa, że tylko prawidłowa czynność naczyń zapewnia zwiększenie się wydzielania moczu po wprowadzeniu środka moczopędnego. W niniejszej pracy uzupełnia autor wyniki poprzednich swych badań, roztrząsając sprawę działania środków moczopędnych i sercowych przy różnych postaciach ostrego, sztucznie wytworzonego zapaleni a nerek i zarazem zastanawia się, jakiego rodzaju może być schorzenie nerki, ażeby jeszcze mogło się zaznaczyć działanie powyższych środków. Wyniki badań przy zapaleniu nerek cewkowem (nephritis tubularis) wywołanem przez zatrucie 2 cm chromianu potasu (2·0: 50·0 podskórnie), który zwolna wywołuje zwyrodnienie w kanalikach nerkowych, zamyka autor twierdzeniem, że w początkowych okresach zapalenia nerek chromowego środki moczopędne, jak 0·05 digipuratum — 0·003 digalenu — 0·05 theophyllini natrii acet. i 0·5 Na Cl (10·0 5$^0/_0$ rozczynu), działają bez porównania silniej w kierunku rozszerzenia naczyń i moczopędnym, aniżeli w nerce zdrowej, a siła działania najwybitniej wyraża się przy stosowaniu teofiliny i Na Cl. Podobne zjawiska spostrzegał H. i przy zatruciu nerek po 1 cm octanu uranowego (1·0: 50·0). Przy zapaleniu naczyniowem (nephritis vascularis), wywołanem pryszczawkami (0·005), nie widział H. w żadnym przypadku działania przetworów z grupy naparstnicy ani w kierunku zwiększenia objętości nerki, ani też na wydzielanie moczu, natomiast teofilina i sól kuchenna rozszerzały w słabym stopniu naczynia, nie działając jednak moczopędnie. Oprócz tego przy wszystkich doświadczeniach istniał krwiomocz, jako wyraz uszkodzenia naczyń. Ujmując wyniki doświadczeń w konkretne wnioski, twierdzi H., że środki moczopędne i sercowe wywołują dopóty zwiększenie wydzielania moczu, dopóki naczynia nerki nie są chorobowo zmienione. W miarę występowania schorzenia naczyń ustaje najpierw działanie moczopędne przetworów z grupy naparstnicy, następnie teofiliny, a w końcu soli kuchennej.

R. Łaba.

Ch. Mantoux. **Leczenie tuberkuliną gruźlicy narządów moczowych.** (Presse méd. 1910. Nr 76). Na podstawie 70 spostrzeżeń dochodzi autor do następujących wniosków: 1) Tuberkulina stanowi bardzo skuteczny lek na gruźlicę narządu moczowego. 2) Wyniki otrzymał autor dobre, a mianowicie uleczeń 33$^0/_0$, wyraźnej poprawy 48$^0/_0$, nie było poprawy w 11$^0/_0$, a zmarło 8$^0/_0$ chorych. Jedenaście wyzdrowień tyczy się gruźlicy nerek. 3) Poprawa odnosi się zarówno do zmian miejscowych, jak i do stanu ogólnego. Przybytek na wadze bywał nieraz znaczny. 4) Bez względu na rodzaj tuberkuliny bywały wyniki podobne do siebie. 5) Stosowanie tuberkuliny wydaje się autorowi wskazane we wszystkich przypadkach gruźlicy pęcherza bez zajęcia nerek, w gruźlicy nerek obustronnej i nawrotach po wyjęciu nerki, jako leczenie pooperacyjne po wyjęciu nerki i w przypadkach gruźlicy jednej nerki w samym początku sprawy. 6) Jeśli natomiast nerka jest już znacznie zmieniona, należy ją wyjąć. Ciężkie ogólne schorzenie stanowi również przeciwwskazanie do leczenia tuberkuliną, bez względu na siedzibę sprawy gruźliczej. 7) Leczenie należy stosować bardzo ostrożnie, z uwzględnieniem najdrobniej-

szych odczynów chorego ustroju. 8) Leczenie tuberkuliną nie sprzeciwia się wcale leczeniu ogólnemu, przynoszącemu zawsze korzyść choremu, ani leczeniu miejscowemu; lepiej jest tylko wstrzymać się od kąpieli słonecznych. Stahr.

Salmon. **O chorobliwej senności.** (Revue de méd. 1910. Nr 9). Należy odróżniać chorobliwą senność od zwykłej śpiączki, napotykanej bądź u osób niedokrwistych, których płytki i powierzchowny sen nie orzeźwia, lub u starców, którzy zazwyczaj w nocy niewiele sypiają. Według przeważnej większości autorów sen fizyologiczny polega na zatruciu ośrodków nerwowych wytworami przemiany tkankowej ustroju, powstałymi w czasie czuwania, a znużenie senne jest tylko objawem zatrucia. Komórki nerwowe nie doznają przytem, zdaniem S., bezpośrednich zmian, a to z powodu czynności antytoksycznej pewnych gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu, jak przysadki mózgowej, tarczycy, splotów naczyniówki mózgu i t. p. Przy niedomodze przysadki mózgowej powstaje senność chorobliwa, która ustępuje przy leczeniu przetworami przysadki. Senność chorobliwa należy też do objawów niedomogi czynności gruczołu tarczowego i pojawia się często przy obrzęku śluzowatym, a podawanie gruczołu tarczowego może w takich przypadkach działać leczniczo. Senność chorobliwa zdarza się przy niedomodze i zaburzeniach czynności gruczołów rodnych (jajników, jąder), bywa jednym z początkowych objawów ciąży, towarzyszy ustaniu miesiączki. Pojawia się się też przy długotrwałych zatruciach żołądkowych, jelitowych, oraz wątrobnych i nerkowych, towarzyszy często cukrzycy, otyłości, ostremu zatruciu wyskokiem, oraz niektórym chorobom zakaźnym, ostrym np. grypie. Chorobliwa senność bywa też przy kile mózgu, zwłaszcza, gdy siedzibą kiły jest przysadka mózgowa, a w tych przypadkach towarzyszy jej otyłość i niedowidzenie połowicze; taksamo w innych sprawach mózgowych, jak guzach i nowotworach, wywierających ucisk na przysadkę mózgową, a usadowionych w jej sąsiedztwie np. w lejku (infundibulum), w podstawie trzeciej komory, w skrzyżowaniu nerwów wzrokowych itp. Chorobliwa senność pojawia się przy pobycie na znacznych wysokościach, u robotników, pracujących w zgęszczonem powietrzu, przy udarze słonecznym i po napadach padaczki, w których to przypadkach zależy od nawału krwi do mózgu. Zdarza się ona też przy wyroślach gruczołowatych jamy nosowej, które zdają się być zarówno pod względem budowy, jak i czynności pokrewne przysadce mózgowej.

Leczenie senności chorobliwej nie powinno się, zdaniem S., zwracać do zwalczania objawu senności, lecz do wywołującej przyczyny. Na pierwszem miejscu stosować należy opoterapię, a mianowicie przetwory przysadki mózgowej, tarczycy lub jajników, następnie zapomocą stosownej dyety usuwać objawy zatrucia żołądkowo-kiszkowego, wątrobnego i nerkowego. Wyrośle gruczołowate należy usuwać chirurgicznie. Dr M. Blassberg.

Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

Przy schorzeniu ciała szyszkowatego (gl. pinealis) spostrzegał Frankl-Hochwart u $5^1/_2$-letniego chłopca zawczesny rozwój płciowy, jakoteż umysłowy, przybytek na wadze, zez, osłabienie wzroku, porażenie mięśni ocznych, nizki głos i t. p. Pod koniec życia wymioty, bole głowy, drgawki. (Wiener med. Wochs. Nr 9). A.

Tętnienie żylaków goleni przy niedomykalności zastawki trójdzielnej spostrzegał Prof. Joachim. (Med. Klinik Nr 38). A.

Choroba zawodowa zoologów. Wśród ciekawych objawów zapadają na zdrowiu często zoolodzy, preparujący glisty, jak o tem donosi Goldschmidt z własnego smutnego doświadczenia. Zwykle wskutek powalania się treścią, a nieraz tylko wskutek odoru, dobywającego się z glisty, zjawiają się uporczywe nieżyty błon śluzowych, zwłaszcza spojówki, nosa i gardła, kaszel, kichanie, a co gorsza, ciężka dychawica. Najgorszą pod tym względem jest glista końska, mniej świńska i ludzka. Przypadłości przypominają czasem t. zw. gorączkę sienną (Heufieber). (Münch. med. Wochs. Nr 38). A.

Znalezienie prątków Kocha w plwocinie i dodatnia próba Pirqueta zdarzyć się może podług Harta (podług spostrzeżenia sekcyjnego) także u chorych na rozszerzenie oskrzeli przy zdrowych płucach. (Deutsche med. Wochs. 1265). A.

Do odkażania skóry poleca Langemak kombinacyę sposobu Zabludowskyego i Grossicha, a więc naprzód po ogoleniu suchem wyciera się dane miejsce przez minutę $5^0/_0$ rozczynem garbnika w alkoholu, a potem samo miejsce operacyi smaruje się nalewką jodową. (Zentralbl. für Chir. Nr 27). K.

Skórę przed operacyą odkaża Zatti w ten sposób, że po ogóleniu wyciera przez minutę skórę wacikiem, napojonym naftą, a potem $^1/_2$ minuty drugim, napojonym benzyną. Wyniki przy 700 dużych operacyach miał Z. bardzo dobre. (Gaz. d. osp. Nr 46). A.

Zatrucie maścią szkarłatową przy operacyi u 12-letniej chorej spostrzegał Gurbski. Objawy: zawroty, bole głowy, wymioty, gorączka, szybkie tętno, sinica, białkomocz. Objawy te występowały przy każdej próbie stosowania maści. (Medyc. Nr 41). A.

O śródżylnem uśpieniu hedonalem, stosowanem w 17 przypadkach w I. klinice budapeszteńskiej, doniósł Lang (Zjazd chirurgów węg.). Na godzinę zużywa się 8 grm. Na kwadrans wypada 400—500 cm. rozczynu $0{\cdot}75^0/_0$. Uśpienie zwykle jest spokojne, od powikłań płucnych jednak ten sposób uśpienia nie chroni. K.

Zwiększenie i przedłużenie działania środka znieczulającego osiąga się podług Grossa stosowaniem dwuwęglanow, zamiast chlorków danego środka. Potwierdził to Läwen klinicznie. Rozczyn taki zapisuje się następująco: »Rp. Narb. bicarb. puris. 0,25, Natr. chlorat. 0,5. Novocain. 1,0. Aq. dest. 100,0«. (Münch. med. Wochs. Nr 39). K.

Naczyniaki leczy Dollinger wstrzykiwaniami $70^0/_0$ alkoholu (podług Schwalbego). Zabieg jest bolesny. (Zjazd chirurg. węg.). R.

Zaciskadło, ustalające wargę, zarazem pomocne przy tamowaniu krwotoków przy operacyach zamiast trzymania wargi palcami, podał na wzór zaciskadła powiek Merz-Weigandt. (Zaciskadło wyrabia firma Broz w Gracu). (Münch. med. Wochs. Nr 39). A.

Przepłukiwanie miedniczek nerkowych poleca Hartmann wykonywać zapomocą $^1/_4$—$^1/_2{}^0/_0$ perhydrolu i to nie częściej, niż dwa razy na tydzień. Zwykle po 3—4 tygodniach następuje wyleczenie. Płukanie jest przeciwwskazane, gdy pojemność miedniczki wynosi ponad 500 cm^3, oraz przy dużych kamieniach i gruźlicy. (Zft. f. gyn. Ur. II. 3). A.

Przyrząd do leczenia ciepłem przechodzącem chorób kobiecych (termopenetracya) podał Flatau. Przyrząd składa się z ogrzewacza, wkładanego do pochwy i elektrycznego termoforu na brzuch. (Tow. lek. Norymberga). A.

Leczenie świądu sromu u kobiet cierpiących na cukrzycę. Znakomite wyniki osiągnął Carnot przez zmywania zewnętrzne i przepłukiwania pochwy rozczynem drożdży piwnych w wodzie (łyżeczka świeżych drożdży na litr wody). Cukier, strącony z moczu, a osiadły na sromie, ulega przy tych zmywaniach fermentacyi alkoholowej, alkohol zaś działa na tkanki wzmacniająco i usuwa sam przez się świąd. Objawy zapalne ustępują, a przeczosy goją się w ciągu kilku dni. Możeby równie dobre wyniki dały zmywania, czy okłady z rozczynu drożdży na różne rany,

wrzody, ogniska zgorzelinowe u chorych na cukrzycę. (Progres méd. 1910, Nr 22). Stahr.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z d. 19. października 1910 r.

Przewodniczy r. dw. Prof. Dr Wicherkiewicz. Obecnych członków 62.

1) Protokół z 2 poprzednich posiedzeń odczytano i przyjęto.

2) Dr Eisenberg wygłasza wykład: **Bakteryologia cholery.**

W dyskusyi zabiera głos Prof. Dr Ciechanowski i opisuje obraz anatomiczny przy sekcyach typowych przypadków cholery, jaki miał sposobność sam stwierdzić w kilkunastu przypadkach w czasie ostatniej epidemii w Galicyi w r. 1894.

Prof. Bujwid: Przedewszystkiem zwracając się w krainę zmian patologo-anatomicznych zaznaczę, że największe zmiany, jakie się dają spostrzegać, widoczne są obok innych, tu już wymienionych, w nerkach. Widocznie nerki są narządem najbardziej narażonym, szczególnie przy bardziej przewlekłem zatruciu. Będąc w roku zeszłym w Petersburgu, miałem sposobność widzieć w jednym dniu tyle sekcyi, ile ich nigdy w życiu odrazu nie widziałem. Tutaj też najłatwiej mi było te wszystkie zmiany sobie unaocznić. I tę metodę zobaczenia cholery na miejscu zalecam każdemu, kto chce ją badać lub sobie dawne epidemie przypomnieć. Co do leczenia, to zaznaczyć muszę, że surowica, wytwarzana przez różnych autorów, nie zachwyciła mnie w skutkach. Próby, które robiłem z wytworzoną przez siebie, także nie dały mi zbyt zachęcających wyników. Prawda, że zapomocą surowicy silnie uodpornionego konia można uratować od śmierci świnkę morską w 2 godz. po zakażeniu, ale wobec szybkości przebiegu nie wiem, czy można zalecać jakąkolwiek surowicę, jako lek naprawdę skuteczny. Tem mniej zalecać można wyroby, polegające na wytworzeniu surowicy przez szczepienie jadów, otrzymanych z bakteryi. Metody otrzymania są jeszcze tak mało wystudyowane, że wszystko polega często na fantazyi autora i przypomina IK Spenglera. Co do leczenia zapomocą wstrzykiwania do żył wielkiej ilości rozczynu fizyologicznego, widziałem skutki jego w Petersburgu w szpitalu Obuchowa i muszę stwierdzić zadziwiająco dodatnie skutki objawowe. Chorzy bez głosu, z sinicą wysokiego stopnia i ze zniżką ciepłoty natychmiast przychodzili do siebie po wstrzyknięciu 2—3 litrów płynu. Wobec jednak tak widocznie zadrażnionych przez jad cholery nerek, nie wiem, czy przemódz potrafią one tę wielką ilość wprowadzonej do krwi soli kuchennej. Badania kału, jakie wykonywałem, wykazały mi dobitnie, że przewód pokarmowy zastępczo niejako wyprowadza około 0,5—0,7% chlorków (obliczonych jako Na Cl). Czy zatem nie należałoby ograniczać ilości wstrzykiwanej soli, lub wprowadzać rozczyn bardziej rozcieńczony, albo tylko pod skórę, jest sprawą dalszych badań. Co do szczepień ochronnych, te warto przeprowadzać tak z surowicą, jak i z zabitym zarazkiem, gdy tego zajdzie potrzeba, szczególnie u osób z personalu dozorującego chorych. Zresztą izolacya i należyta desynfekcya, zaopatrzenie ludności w dobrą wodę, zrobi co należy. W końcu wnoszę: Towarzystwo lekarskie uchwala zwrócić uwagę władz rządowych i krajowych na konieczność urządzenia należytych studzien betonowych tam, gdzie ich dotąd niema, w powiatach i miastach. Jest to najpewniejszy sposób ustrzeżenia ludności od epidemii. (Streszczenie wł).

Dr Gertler widział w r. 1893 kilka przypadków, które przy badaniu anatomicznem przedstawiały obraz czerwonki, dopiero badanie bakteryologiczne umożliwiło rzeczywiste rozpoznanie cholery.

Sekretarz: Dr Bujak.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie z d. 22. czerwca 1910 r.

Przewodniczący: Kol. Krusche. Sekretarz: Sonnenberg.

1. Kolega Prezes zawiadomił obecnych o śmierci znanego pedagoga, Ksawerego Służewskiego, który zmarł w Warszawie w czerwcu r. b. Ś. p. K. Służewski, jako członek-przyrodnik, brał kilkakrotnie udział w życiu naukowem naszego Towarzystwa, wypowiadając odczyty z dziedziny fizyki i zaznajamiając zwłaszcza z odkryciami, które znajdują zastosowanie w lecznictwie.

2. Kol. Abrutin przedstawił kobietę, mającą 40 do 45 lat, dotkniętą od dłuższego czasu **pęcherzycą łuszczącą się.** Pęcherze płaskie, obwisłe, z treścią mętną. W niektórych miejscach zamiast pęcherzy — strzępki naskórka. Wykwity te są w rozmaitych miejscach na tułowiu. Błony śluzowe są dotknięte w mniejszym stopniu. Prelegent dodał, że już kilkakrotnie miał sposobność spostrzegać pęcherzycę wspólnie z kolegami: Birencwajgiem i Sonnenbergiem.

3. Kol. Trenkner pokazał dziewczynkę $3\frac{1}{2}$-letnią z objawami **idyotyzmu.** Dziedzicznie dziecko nieobarczone. Po przebyciu w 2. roku życia jakiejś sprawy gorączkowej, zaczęły u dziecka występować drgawki. Drgawki występowały w ciągu 2 lat — codziennie, niekiedy i kilka razy dziennie. Od 9 miesięcy drgawek niema. Rozwój umysłowy dziecka, które do końca pierwszego roku rozwijało się prawidłowo, został powstrzymany. Dziecko nie mówi, zna tylko najbliższe otoczenie, gdy głodne — kwili żałośnie, nie broni się, gdy doznaje krzywdy, kał oddaje pod siebie. Rozpoznać należy idyotyzm po przebytej sprawie zapalnej mózgowia.

4. Kol. Rueger przedstawił 26-letniego, mężczyznę, kotlarza, który przed 2 laty przy podnoszeniu ciężaru doznał krótkotrwałej utraty przytomności; od tego czasu co kilka miesięcy powtarzały się krótkotrwałe zamroczenia. Przed 7 mies. uległ zaczadzeniu, poczem w stanie zdrowia nastąpiło pogorszenie; bywały dnie, kiedy chory miał po kilkadziesiąt napadów na dobę. Od 2 tygodni duszność, powiększenie brzucha i obrzęk kończyn dolnych. Chory, który obserwował siebie dokładnie, zapewnia, że tętno od $\frac{1}{2}$ roku nie przenosiło 30 uderzeń na minutę, w czasie częstych napadów dochodziło do 16—8 uderzeń. Przymiotu chory nie przechodził. Abusus in Baccho. Od 2 lat nie pali, tytoniu nie nadużywał. Stan obecny: Na błonach śluzowych, na skórze twarzy i kończyn — nieznaczna sinica, w jamie brzusznej płyn wolny, na kończynach dolnych nieznaczny obrzęk. Stłumienie serca z powodu wysokiego ustawienia przepony rozszerzone w obie strony w wymiarze poprzecznym; uderzenie serca rozlane, uderzenie koniuszkowe słabo dostrzegalne w 4-tem międzyżebrzu, tuż pod sutkiem; nad koniuszkiem i w miejscach osłuchiwania aorty i t. płucnej silny szmer skurczowy, najwyraźniejszy nad koniuszkiem; zaostrzenia drugich tonów aorty i t. płucnej brak. Liczba uderzeń serca — 18 na minutę, tętno względnie mocne. Żyły szyjne szybko falują, co pewien czas daje się zauważyć silne wypuklenie szyi, odpowiadające co do czasu skurczowi serca. Wątroba powiększona, twarda, gładka. C — 26,4°. T. 18, miarowe, dość znacznie napełnione i dość silne. Badanie moczu żadnych zmian nie wykazuje. Tętnice skroniowe i sprychowe widocznych zmian sklerotycznych nie okazują.

W czasie dwumiesięcznego leczenia spostrzeżono, co następuje: Stłumienie serca po ustąpieniu puchliny brzusznej stale utrzymywało się w granicach prawidłowych, na ekranie Roentgenowskim rozmiary serca okazały się prawidłowe, przyczem wyraźnie widać było, że serce poza sil-

nymi skurczami wykonywa drobne falowania, co chory podmiotowo często odczuwał. Kilkakrotnie przy osłuchiwaniu dały się słyszeć nad mostkiem po szmerze skurczowym dwa nader ciche szmery. Ciśnienie krwi w t. ramieniowej, kilkakrotnie mierzone przyrządem Haaką, stale utrzymywało się w granicach prawidłowych. Liczba uderzeń tętna stale utrzymywała się 18—26 na minutę. W czasie kilku dłuższych napadów zauważono zupełny brak tętna, poczem z pierwszem uderzeniem tętna chory wracał do przytomności; bezpośrednio po napadzie tętno stawało się nader szybkiem, poczem zwolna spadało do kilkunastu uderzeń; kilkakrotnie zauważono dwubitność, jak również nader słabe międzypulsacye.

Wyżej opisana postać chorobowa znana jest w medycynie pod nazwą choroby, a raczej objawu **Adam -Stokesa,** jakkolwiek pierwsze 2 przypadki opisane zostały znacznie wcześniej przez Morgagniego. Co do przyczyny choroby istnieją 3 teorye. Krehl upatruje ją w stwardnieniu naczyń wieńcowych serca; przeciw tej teoryi występuje w najnowszej swej pracy: »O nerwowych chorobach serca« angielski lekarz Gibson, dowodząc, że przyczyną choroby jest stwardnienie naczyń w rdzeniu przedłużonym: z powodu złego krążenia w rdzeniu przedłużonym występuje miejscowa asfiksya i tak zwana »reizbare Schwäche« narządu hamującego, stąd zaś zwolnienie czynności serca (bradycardia) i napad zamroczenia wskutek niedokrwienia mózgu. Twierdzi on, że w spostrzeganych przez niego 3 przypadkach, jak również w przytoczonych w piśmiennictwie, nigdy nie zauważono żadnych objawów niedomogi serca; przedmiotowo badanie serca też poza bradykardyą nic nieprawidłowego nie wykazywało; stąd cała bezpodstawność teoryi Krehla o sercowem pochodzeniu. Przedstawiony przypadek skłania kol. R. ku teoryi Volhardta, który przyczynę choroby odnosi do serca i tłómaczy ją zmianami anatomicznemi w przedsionkowo-komórkowym węźle mięśniowym.

Chory na najmniejsze dawki przetworów jodowych oddziaływał większą ilością napadów; wstrzykiwania atropiny pozostały bez skutku, natomiast długotrwałe stosowanie teocyny w ilości 3 × 0·3 dało miesięczny okres, wolny od napadów. (Streszczenie własne).

5. Sonnenberg przeczytał o wynikach wspólnej pracy z Drem chemii A. J. Goldsoblem (z Warszawy) p. t.: **O t. zw. odczynie Nylandera na cukier gronowy.** Ogólna charakterystyka prób na cukier gronowy, polegających na redukującej własności cukru względem soli metali ciężkich. O próbie bizmutowej Böttgera. Modyfikacye tej próby i przytoczenie dalszych faz jej rozwoju. Przeróbka omawianej próby przez szwedzkiego uczonego Almana. Ogłaszanie z rozmaitych stron spostrzeżeń, odnoszących się do omawianej próby i zawierających zarzuty, jakoby wykazywała ona cukier w przypadkach jego nieobecności. Skontrolowanie powyższych zarzutów przez Nylandera i jego badania w tym kierunku. Wyniki tych badań. Ustalenie przez Nylandera najlepszego stosunku odsetkowego zawartości wodzianu w odczynniku, oraz stosunku ilości odczynnika do badanego płynu w zmodyfikowanej przez Almana próbie Boettgera. Zalety i wartości tej próby. Spostrzeżenie, zrobione przez jednego ze współreferentów, Sonnenberga, odnoszące się do próby Alman-Nylandera, nieopisane jeszcze dotychczas, a polegające na tem, że próba Nylandera nie wykazuje większych ponad 5% ilości cukru. Wyjaśnienie tego zjawiska. Wnioski praktyczne z tego spostrzeżenia. Porównawcze zestawienie materyału, dostarczonego przez literaturę przedmiotu i dotyczące zgodności znajdujących się w literaturze przepisów z oryginalnym przepisem Nylandera. Badania, prowadzone w laboratoryum współreferenta, Dra Goldsobla. Badania nad wpływem wodorotlenków, oczyszczanych zapomocą wyskoków. Badania nad wpływem rozmaitej zawartości odsetkowej wodorotlenku sodu w odczynniku na czułość próby jakościowej cukru gronowego w rozczynach o rozmaitem zgęszczeniu. Badania nad wypracowaniem metody przy próbie jakościowej. Badania nad zastosowaniem odczynnika Nylandera do ilościowego oznaczenia cukru. Wnioski i uogólnienia współreferentów. Dalsze rozwinięcia uogólnień i opracowanie tablicy, pozwalającej wyprowadzać przybliżone wnioski o ilościowej zawartości cukru w danym płynie. Uzasadnienie omawianych twierdzeń. Podstawa, na której oparte zostały obliczenia. Wskazówki współreferentów, dotyczące praktycznego sposobu wykonywania próby Nylandera.

Po wypowiedzeniu powyższego odczytu przedstawił Sonnenberg zjawisko niewykrywania wyższych ponad 5% zawartości cukru. Dla względów łatwo zrozumiałych ograniczył Sonnenberg liczbę doświadczeń do dwóch, a mianowicie do doświadczeń z 10% i 1% rozczynem wodnym cukru gronowego. Odczyny były przeprowadzone w kolbach Erlenmeyerowskich z szeroką szyjką, o objętości 150 sześć. cmt. i długą szklaną rurą, służącą za chłodnicę. Oprócz dowodów, manifestujących się przy gotowaniu jednominutowem płynów z odczynnikiem, a wykazujących prawdziwość spostrzeżenia, pokazał Sonnenberg obecnym osad z przefiltrowanego przez sączek 1% rozczynu, oraz brak osadu z 10% rozczynu. Prócz tego Sonnenberg pokazał 2 probówki: jedną z odwirowanym produktem redukcyi soli bizmutowej, w postaci czarnego słupa osadu, powstałego z ogrzanego 1% rozczynu wodnego cukru po dokonanej próbie Nylandera, drugą — również po dokonanej próbie na 10% rozczyn, lecz bez osadu. Dokonane doświadczenia w sposób bardzo wyraźny unaoczniły zjawisko, o którem mowa.

6. Kol. Sterling zawiadomił obecnych, że komisya, wybrana w celu opracowania projektu obchodu 25-letniej działalności naszego Towarzystwa, powzięła uchwałę, że obchód uroczystości odbędzie się podczas Zielonych Świątek r. p. i trwać będzie 2 dni, i że podjęte zostały w celu wyjednania pozwolenia u władzy odpowiednie starania.

E. Sonnenberg.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Sekcya neurologiczno-psychiatryczna.

Posiedzenie z 14. grudnia 1909 r.

(Sala szpitala im. Poznańskich).

1. Kol. Klozenberg przedstawia przypadek następujący: M. G., 33 lat, zachorował przed 3 laty. Na początku były bole głowy, wymioty, zaburzenia trawienia. 3 lata temu chory po zbudzeniu się ze snu, w którym trapiły go straszne widziadła, dostał napadu drżenia z poceniem się; wykrzykiwał, że musi umrzeć. Pod wpływem tego napisał testament i wogóle nie mógł się pozbyć myśli, że go czeka rychła śmierć. Od tego czasu dostaje często napadów, zaczynających się od bolów w rękach i nogach, początkowo w lewych z mrowieniem w przedniej połowie języka, poczem następuje drżenie w całem ciele; nie może mówić, rozumie jednak wszystko; uczucie strachu (anxietas praecordialis), bicie serca, zawroty głowy (rzadko bole), nadzwyczajna wrażliwość na dotyk. Napad taki trwa nieraz godzinę; szczególniej w czasach ostatnich kończy się głośnem odbijaniem, poczem następuje znaczna ulga. Napady powtarzają się w nieregularnych odstępach czasu do 4 tygodni.

Choremu od trzech lat dwoi się w oczach. Lewa kończyna dolna wydaje się słabszą. Mocz nieraz odchodzi kroplami. Częste uczucie ściskania w dołku sercowym. Troje dzieci zdrowych. Chory przeczy, by przebywał kiłę. U żony nie było poronień, ani porodów przedwczesnych. Nadużycie tytoniu. Uczucie zawrotu głowy. Zły sen z częstem budzeniem się i marzeniami. Przy zasypianiu kończyny zimne. Osłabienie siły płciowej. Żadnych specyal-

nych idei śledzienniczych niema. Chory łatwo wpada w płacz — wielka skłonność do pocenia się. Dermografia. Stwardnienie naczyń. Prawa źrenica szersza od lewej. Oddziaływanie prawej silniejsze. Przy patrzeniu na lewo żywe drżenie oczu, szczególniej lewej gałki; przy skierowaniu oczu na prawo tylko kilka pojedynczych drgnień. Niedowład nerwu bloczkowego prawego. Na dnie oka niema nic szczególnego. Język b. nieznacznie zbacza na prawo. Lekkie zaburzenia czucia na prawej stronie twarzy i czoła. Siła kończyn wogóle niezła, z przewagą jednak wyraźną strony prawej. Z lewej strony ślad drgania rzepki. PR i AR z lewej większe. Brak objawów Babińskiego, Oppenheima, drgawek stopy; napięcie — wzmożone.

Pomijając cały szereg objawów wyraźnie czynnościowego pochodzenia, jak napady i towarzyszące im objawy, musimy z pozostałych organicznych zatrzymać się na poziomie nerwu bloczkowego, jako na wytycznym i ogniskowym. Wydaje się prawdopodobnem, że podczas napadu przy istniejącej dość wyraźnej miażdżycy powstało wynaczynienie w okolicy wzgórków czworaczych, które wywołało wszystkie objawy ogniskowe. — Poza tem możnaby przypuścić również kombinacyę rozsianego stwardnienia z histeryą. (Streszczenie własne).

Dyskusya: Kol. Pański: Czy wszystkie objawy nie dadzą się wytłómaczyć, przypuściwszy jedną jedyną sprawę czynnościową? Gdyby przypuścić cierpienie organiczne ogniskowe, jak to czyni kol. Klozenberg, musielibyśmy mieć kilka wynaczynień: dla nerwów bloczkowego, twarzowego i kończyny. O ile mowca spotykał porażenie n. bloczkowego, było ono samoistne bez powikłań z innymi objawami; chorzy wtedy umiejscowiają drugi obraz niżej, ale określić dokładnie jego granic, jak widzimy w danym przypadku, nie mogą. — Kol. Klozenberg zwraca uwagę na to, że porażenie n. bloczkowego zmusza do rozpoznania cierpienia organicznego. Co się tyczy granic dodatkowego obrazu, to o ile sądzić można z literatury, chorzy podają je wyraźnie. K· zgadza się, że objawy ze strony języka utrudniają rozpoznanie. Wobec jednak miażdżycy można u chorego przypuścić wielorakie ogniska. K. sądzi również, że drganie oczu cierpieniem czynnościowem wytłómaczyć się nie da.

2. Kol. Pański przedstawia przypadek **kiły rdzenia.** Chory, 27 lat, żonaty, ma 1 dziecko. Przedtem zawsze zdrowy; przeczy przebyciu kiły. Przed 6 tygodniami poczuł ziębienie w stopach, które to uczucie sięgało wkrótce do kolan, poczem dotyczyło całych kończyn dolnych. Trudność przy oddawaniu moczu. Zaparcie stolca.

Badanie po 2 tygodniach wykazało. Chód bezładny. Objaw Romberga. Czucie bolu znacznie zmniejszone od stóp, aż do dolnej części brzucha; zaburzenia czucia ciepła sięgają tylko do kolan. Lewa kończyna dolna o wiele słabsza. Odruchy kolanowe i Achillesa silnie wzmożone. Obustronne drgawki stopy. Obustronny objaw Babińskiego i Oppenheima. Odruchy jądrowe bardzo słabe. Odruchów brzusznych niema. Kręgosłup w dolnej części bolesny przy opukiwaniu. Źrenice średniej szerokości, dobrze oddziaływają na światło. Tarcze nerwów wzrokowych bez zmian. Drżenia przy ruchach w kończynach górnych niema. Drżenia oczu niema. Mowa wyraźna.

Osłabienie dolnej kończyny lewej coraz większe; przy chodzeniu powłóczy nią chory wyraźnie. Uczucie ziębienia coraz większe w lewej kończynie dolnej. Lewa kończyna dolna jest tak wrażliwa, iż chory nie przykrywa jej nawet kołdrą, ma bowiem wrażenie dużego na niej ciężaru.

Chory zażywa wielkie dawki KJ i stan zaczyna się poprawiać; głównie zaś poprawa jest widoczna po rozpoczęciu wcierań rtęciowych. Obecnie niema bezładu, niema zaburzeń czuciowych, ani trudności przy oddawaniu moczu; siła w lewej kończynie dolnej taka, jak w prawej. Tylko powiększone odruchy ścięgniste, odruchy Babińskiego i Oppenheima i chód niezupełnie jeszcze prawidłowy wskazują na cierpienie rdzenia. Znakomita poprawa, osiągnięta przez leczenie swoiste, czyni zbytecznem rozpoznanie różniczkowe. (Streszczenie własne).

3. Kol. Pański przedstawia przypadek **zarostowego zapalenia tętnic** (endarteriitis obliterans).

Chory, 60 lat, posługacz cmentarny, poważnych cierpień nie przebywał, umiarkowanie pił i palił. Od dwóch lat blizko odczuwał bole w lewej kończynie dolnej, zwłaszcza przy chodzeniu, staniu, albo też, gdy był na zimnem powietrzu; gdy wypoczywał, ból znikał. Przed 2 miesiącami paluch lewej nogi zsiniał, chory zaś miał bardzo silne bole. Po tygodniu paznokciowa część palucha była częściowo obumarła tak, iż została usunięta. Pomimo to chory ma silne bole w całej kończynie lewej, mniejsze zaś w dolnej kończynie prawej; prócz tego, gdy bole przechodzą, ma w prawej kończynie dolnej uczucie mrowienia i ziębienia.

Badanie wykazuje, co następuje: Lewa stopa przy dotyku nieco chłodniejsza, niż prawa. Czucie zachowane, również ruchy. Odruchy ścięgniste dolnych kończyn — prawidłowe. Natomiast tętnice grzbietowe stopy obydwu kończyn nie tętnią, lewa tylna tętnica piszczelowa nie tętni, prawa — tętni. Tętnice podkolanowe obydwie tętnią. W moczu niema białka, ani cukru. Serce bez znacznych zmian.

Wyraźny brak tętnienia w tętnicach lewej stopy i w tętnicy grzbietu prawej stopy dostatecznie tłómaczy obraz chorobowy. Czy bole, które chory miewał w kończynach dolnych, zwłaszcza w lewej przy chodzeniu lub staniu, a które ustawały, gdy chory wypoczywał, wywoływały chromanie przerywane, które wreszcie doprowadziły do zamknięcia światła tętnic i wywołały zgorzel palca, — trudno powiedzieć. Zaznaczyć jednak wypada, że żadnej przyczyny, mogącej wywołać zarastanie naczyń, u chorego nie stwierdziliśmy, a przeto przypuszczenie chromania przerywanego staje się prawdopodobnem. (Streszczenie własne).

4. Kol. Klozenberg przedstawia przypadek **jednostronnego stwardnienia rozsianego** (sclerosis multiplex unilateralis). U 37-letniego mężczyzny nagle bez utraty przytomności wystąpiło porażenie prawej połowy ciała z zaburzeniami mowy przyrody dyzartrycznej, drżeniem w porażonych kończynach, zatrzymaniem moczu i osłabieniem siły płciowej. Chorób żadnych poza wrzodem miękkim z dymienicami chory nie przebywał. Nadużycia wyskoku zaprzecza. Pali dużo. Żona raz poroniła Dzieci chory niema. Na bole głowy, zawroty, zły wzrok się nie uskarża.

Chory widzi i słyszy dobrze. Ruchy gałek ocznych dobre; przedtem było lekkie drżenie oczu. Lewa źrenica nieco szersza. Oddziaływanie na światło słabe. Na dnie oka niema nic szczególnego. Mowa dyzartryczna; nie zmieniła się, zdaniem chorego, od początku choroby. Czucie na twarzy, ruchy mimiczne — prawidłowe. Niedowład prawostronny. Odruchy ścięgniste po prawej stronie silniejsze. Objaw Babińskiego — prawostronny. Brak objawu Oppenheima, drgania stóp. Objaw Romberga wyraźny. Na prawej nodze stoi chory gorzej, drżenie w prawej kończynie dolnej bez bezładu. W prawej kończynie górnej drżenie zamiarowe. Odruchy brzuszne po stronie prawej i obydwa mosznowe nie występują.

Przypadek jest niejasny. Najprawdopodobniejsze przypuszczenie: »sclerosis multiplex hemiparetica«; ze względu jednak na nagły początek należałoby mieć w pamięci i rozsiane zapalenie mózgu i rdzenia (myeloencephalitis disseminata). (Streszczenie własne).

Dyskusya: Kol. Pański zaznacza, że chory na pierwszy rzut oka sprawia wrażenie chorego na otępienie przedwczesne; uderza w oczy mowa typu poraźnego dyzartryczna i chód wiądowy, nie taki, jaki bywa przy niedowładach połowiczych. — Kol. Kopciński pyta o stan inteligencyi chorego. — Kol. Klozenberg odpowiada, że inteligencya nie objawia żadnych braków.

5. Kol. Pański przedstawia przypadek **zupełnej głuchoniemoty histerycznej.** Chory podaje opis swego cierpienia, który w całości przytaczam: »1. września b. r. chodziłem po przędzę. Zawsze byłem bardzo zdrowy, nigdy na nic nie chorowałem i nawet służyłem w wojsku 6 lat, z których 5 lat i 9 miesięcy byłem w muzyce i grałem na Es kornecie. Gdy wrzuciłem około 100 paczek przędzy, naraz ogarnął mnie wiatr w oknie taki, żem się obalił i zostałem bez przytomności, a kiedy mnie doktór ocucił, to już więcej nic nie mówiłem i nic, a nic nie słyszałem, i nie mogę mówić i nic nie słyszę dotąd. Proszę pana bardzo, aby mię wyleczył. To pisałem sam«.

Badanie stwierdziło, co następuje: Chory zupełnie nic nie słyszy, nic nie mówi, nawet nie wydaje dźwięków. Porozumiewać się z nim można piśmiennie i otrzymuje się dokładne odpowiedzi; przeczytane chory dokładnie streszcza; przepisuje dobrze. — Porażeń niema. Ruchy języka, warg — zachowane. Badanie czucia wykazuje znieczulenie zupełne (na kłucie, prąd przerywany) twarzy, głowy i szyi, jakoteż karku, przyczem linia znieczulenia z przodu i z tyłu znajduje się na tej samej wysokości. Znieczulenie dotyczy też błon śluzowych jamy ustnej i nosowej. Chory nie odróżnia słodkiego od gorzkiego, słonego lub kwaśnego. Brak odruchu twardówki i rogówki; brak odruchu podniebiennego. Źrenice dobrze oddziaływają na światło; tarcze nerwów wzrokowych bez zmian. Odruchy ścięgnowe i skórne zachowane. Odruchów Babińskiego, ani Oppenheima niema.

Nagłe wystąpienie zupełnej niemoty i obustronnej głuchoty ze zniesieniem zupełnem przewodnictwa słuchowego ze strony kości czaszkowych, zupełnie zachowana możność pisania, przepisywania i zrozumienia przeczytanego, bezgłos zupełny, brak usiłowania ze strony chorego, żeby głos wydobyć, lub żeby wymówić chociażby jedną literę; wystąpienie zupełnej głuchoty i niemoty obok znieczulenia typu histerycznego, obok utraty smaku, braku odruchu rogówki i odruchu podniebiennego przy braku jakichkolwiek objawów, przemawiających za cierpieniem organicznem układu nerwowego, upoważnia do rozpoznania histeryi. (Streszczenie własne).

Dyskusya: Kol. Klozenberg: Należy sobie uświadomić, jak powstają nabyte głuchoniemoty. Histerya u wszelkiego rodzaju kalek jest cierpieniem rozpowszechnionem. Czy znamiona (stygmaty) histeryczne u danego chorego nie są wtórnymi objawami na gruncie kalectwa? — Kol. Pański: Objawów organicznej niemoty żadnych niema. Co się tyczy głuchoty, to zupełnej nie spotykał Pański w literaturze.

Towarzystwo lekarzy polskich w Kijowie.

Posiedzenie z d. 10. marca 1910 r.

Obecnych członków 22. Przewodniczy B. Kozłowski.

1. A. Modrzewski. **Badanie drobnowidowe zapomocą metody tuszowej.** Prelegent, przedstawiając kilka preparatów drobnowidowych, wykonanych zapomocą metody tuszowej, zaznaczył, że metoda ta, podana przez Prof. Burriego dla badań biologicznych nad drobnoustrojami, znalazła wkrótce obszerne zastosowanie, jako bardzo prosta i łatwa technicznie, do wykrywania krętka bladego, a także i innych źle barwiących się drobnoustrojów. Posługują się tą metodą także dla dokładniejszego określania kształtu komórek, n. p. rakowych, płytek krwi i t. p. Stieresondt poleca metodę tuszową do badania osadów moczowych co do wałeczków szklistych, którą to metodę prelegent wypróbował i przyznaje jej wielką wartość.

W dyskusyi zaznaczył Pietkiewicz, że w sprawie wyodrębniania drobnoustrojów zapomocą sposobu Burriego tusz jest doskonałem środowiskiem także i dlatego, że nie hamuje rozrostu drobnoustrojów. — Januszkiewicz na korzyść metody tuszowej przy badaniu osadów moczu przytacza ze swej praktyki przypadek zapalenia nerek, w którym pomimo bardzo wyraźnych objawów klinicznych, w osadzie znajdowano wbrew oczekiwaniu zaledwie nieliczne wałeczki szkliste i dopiero po zastosowaniu metody tuszowej uwidocznił Modrzewski w każdem polu widzenia po kilkanaście wałeczków. — Sochacki zaznacza, że kontury drobnoustrojów i komórek na ciemnem tle tuszu zarysowują się nader wyraźnie, wyraźniej, niż przy zwykłych sposobach badania. — Gilewicz prosi o wyjaśnienie, czy omawiana metoda nadaje się do rozróżniania komórek rozmaitego rodzaju, a więc i nowotworowych. — Trzebiński zapytuje, czy prelegent badał przy pomocy metody tuszowej osad moczu prawidłowego i czy wykrywał w nim składniki morfologiczne inne, niż te, które przy zwykłem badaniu dają się wykazać. — Modrzewski odpowiada, że Prof. Petersen (Petersburg) stosował metodę tuszową przy badaniu komórek rakowych, a także komórek nabłonkowych przy liszajach i oświadcza, że metoda ta najzupełniej się nadaje do celów rozpoznawczych. Co do osadów moczu prawidłowego, to przy omawianym sposobie badania wykrywał prelegent zazwyczaj znaczniejszą, niż zwykle, ilość cylindroidów.

Posiedzenie z d. 7. kwietnia 1910 r.

Obecnych członków 20. Przewodniczy B. Kozłowski.

1. M. Łążyński. **Z kazuistyki wpochwień jelita.** W dyskusyi zaznacza Januszkiewicz, że z przytoczonych przez prelegenta przedmiotowych objawów wgłobienia jelita najpoważniejsze, wprost rozstrzygające znaczenie dla rozpoznania ma wyczuwanie w jamie brzusznej wałkowatego guza i stwierdzenie, że guz ten zmienia swą zbitość, to twardnieje, to mięknie. Bez tego warunku rozpoznanie nie może być zupełnie pewne. Mowca miał w swej praktyce przypadek, w którym przy całym zbiorze objawów klinicznych, odpowiadających wgłobieniu, wyczuwało się na miejscu jelita biodrowego i ślepego walec gruby, dość twardy i mało ruchomy, ale nie zmieniający swej zbitości, co jednak w danym razie nie zmieniło rozpoznania wgłobienia jelita cienkiego w grube. Otóż, rozpoznanie to okazało się mylnem; podczas operacyi znaleziono torbiel wyrostka robaczkowego. Prelegent wyraził się, że chory wymiotował kałem; słuszniej byłoby o tego rodzaju wymiotach mówić, że mają charakter »tak zwanych kałowych«, a to dlatego, że właściwego kału w nich nie znajdujemy, a jestto treść żołądkowa i ciecz przesiękowa z górnego odcinka jelit o woni kałowej i zawsze tylko płynna. — Sągajło i Łowieniecki w sprawie, podniesionej przez Januszkiewicza, zaznaczyli, że wobec faktu dostawania się do wymiocin przy niedrożności jelit treści jelitowej także z dalszych odcinków jelit cienkich, niema podstawy do uznania nazwy »wymioty kałowe« za nieodpowiednią, tembardziej, że niema ściśle określonej granicy, poza którą dopiero treści jelit dajemy nazwę kału. — Pietkiewicz przytoczył przypadek, w którym powtarzające się wymioty o charakterze mas kałowych dały wskazanie do operacyi. Cięcie brzuszne wykryło ropne zapalenie otrzewnej, spowodowane zapaleniem jajowodów. — B. Kozłowski spostrzegał w klinice Kochera następujący przypadek: Jelito cienkie było wgłobione w kiszkę ślepą, a ta znowuż w początek okrężnicy wstępującej. Kocher, przeciąwszy ścianę jelita grubego, wydobył i usunął wgłobione części jelita cienkiego i kiszki ślepej, poczem koniec jelita cienkiego wszył w koniec jelita grubego. Po tej nader ciężkiej operacyi czynności kiszek wróciły do normy. Z własnej praktyki przytacza mowca parę ciekawych przypadków. W pierwszym istniała uwięźnięta lewostronna przepuklina biodrowa, a ponieważ chora nie zgodziła się na operacyę, nastąpiła zgorzel jelita cienkiego i worka przepuklinowego. Przez powstały otwór wyszła cuchnąca ropa i zgorzałe części i chora po dwu tygodniach opuściła szpital z odbytem nieprawidłowym na miejscu przepukliny. Taż chora zgłosiła się do szpitala po dwu latach. Wtedy przez odbyt nieprawidłowy

wysuwał się kawał zgorzałego jelita cienkiego, długości 30 ctm., błoną śluzową na zewnątrz. Operacya polegała na otwarciu jamy brzusznej cięciem nadpachwinowem, na usunięciu wgłobionego jelita i połączeniu ze sobą końców jelita zdrowego. Końce jelita, które wiodły do odbytu nieprawidłowego, zaszyto. Nastąpiła zupełna drożność i oddawanie stolca drogą naturalną. Rana zagoiła się doraźnie, jednak zgorzel z miejsca pierwotnego zakażenia przeszła na otrzewnę i chora zmarła w 3 tygodnie po operacyi przy objawach ropnego zapalenia otrzewnej. W drugim przypadku, u mężczyzny, nastąpiło wgłobienie jelita grubego w okrężnicę poprzeczną i zstępującą. Operacya polegała na usunięciu zgorzałej części jelita i połączeniu okrężnicy poprzecznej z esowatą. Czynności jelit powróciły, chory wyzdrowiał. Sekretarz: A. Januszkiewicz.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Krajowy Związek lekarzy ogłasza następujące:

Ostrzeżenie.

Lekarze ogólnej Kasy dla chorych (Allgemeine Kranken- und Unterstützungskassa) w Cieszynie wypowiedzieli swe posady z powodu sporu o wynagrodzenie lekarskie. Przestrzega się wszystkich Kolegów przed rozpoczęciem jakichkolwiek rokowań z zarządem tej kasy o posady przez ten spór opróżnione. Wyjaśnień udziela Dr Józef Stiller, Niklasdorf (Śląsk).
Sekretarz: Dr Weinsberg. Prezes: Prof. Wicherkiewicz.

Państwowy Związek organizacyi lek. austr. wymienia wśród posad, które są bojkotowane: na Sląsku posady w ogólnej kasie chorych w Cieszynie, a wśród stanowisk, przed których przyjęciem kolegów ostrzega: na Śląsku posady gminne w Hermannstadt i Hrabinie. R.

XVI. Wiec Izb lekarskich austryackich odbędzie się w Bernie 25. i 26. XI. b. r. Na porządku dziennym są następujące sprawy: 1) Projekt nowej ustawy karnej. 2) Bezpłatna pomoc lekarska dla członków stowarzyszeń i korporacyi. 3) Wynagrodzenia za świadectwa lekarskie przy wypadkach nieszczęśliwych. 4) Uregulowanie zawodu techników dentystycznych. 5) Reforma ustawy sanitarnej z r. 1870. 6) Delegowanie innej Izby, jeżeli Wydział Izby lub Rada honorowa została dotknięta przez lekarza do Izby przynależnego. 7) Wzory kontraktów z kasami chorych. 8) Reforma taryfy sądowo-lekarskiej (wniosek Izby wschodnio-galic.). 9) Posady lekarskie przy Związku urzędników państwowych. 10) Opodatkowanie lekarzy. 11) Uregulowanie stosunku lekarzy do zakładów ubezpieczeń. 12) Konieczność wytoczenia sprawy honorowej lekarzowi, któryby czynności lekarsko-dentystyczne powierzył technikowi. 13) Obecny stan sprawy ubezpieczenia społecznego. R.

Zjazd lekarzy okręgowych odbył się we Lwowie 12. X. b. r. pod przewodnictwem Dr Nattera z Frysztaka. Po przyjęciu protokołu poprzedniego Zjazdu toczyła się dyskusya nad postulatami lekarzy okręgowych, przyczem z wielką goryczą mówiono o lekceważącem traktowaniu tych spraw w Wydziale krajowym. Przemawiali: Dr Langer, Dr Biłgorajski, Dr Długosz, Dr Laskiewicz, Dr Zadurowicz, Dr Markl, Dr Sumorok, Dr Ferensiewicz, Dr Natter, Dr Gilnreiner, Dr Kosz. Wszyscy mowcy przytaczali przykłady, jak Wydział krajowy postępuje z lekarzami okręgowymi, wskutek czego wśród tych lekarzy zapanowało niezadowolenie i zniechęcenie. I tak jednemu z lekarzy, który w walce z epidemią płonicy sam nabawił się tej choroby i przez kilka miesięcy był niezdolny do pracy, Wydział krajowy polecił wstrzymać pensyę. W tym przypadku Wydział powiatowy ujął się za lekarzem i uzyskał, że Wydział krajowy cofnął zarządzenie. W innym przypadku Wydział krajowy toczył spór z Wydziałem powiatowym i z lekarzem o to, że temu lekarzowi o paręset koron podwyższono płacę. Niema żadnej pragmatyki służbowej dla lekarzy okręgowych, niema norm co do urlopów, ryczałty na podróże nie pokrywają kosztów, należytość za szczepienie obniżono, o podwyższenie płac i o przyznanie pięcioleci naprózno Związek lekarzy okręgowych czyni starania.—Wybrano deputacyę, złożoną z Dr Nattera, Gilnreinera, Ferensiewicza, Markla i Zadurowicza, która ma przestawić w Wydziale krajowym postulaty lekarzy okręgowych, a w razie uznania zwołać do Lwowa wszystkich lekarzy okręgowych, aby razem udali się do marszałka i Wydziału krajowego. — Na wniosek Dr Dreifacha z Łąki uchwalono czynić starania, aby ryczałty wypłacano lekarzom okręgowym w najbliższym urzędzie podatkowym, na wniosek Dr Sumoroka z Gwoźdźca powzięto rezolucyę, popierającą dążenia Izb lekarskich do uzyskania głosów wirylnych w Sejmie, na wniosek Dr Cieszewskiego z Nadwórny uchwalono wnieść podanie, by Wydział krajowy przyznawał co roku kilku lekarzom okręgowym stypendya dla korzystania z kursów uzupełniających dla lekarzy w Krakowie i Lwowie. Dr Gilnreiner z Tłustego odczytał referat o taryfie lekarskiej dla lekarzy na prowincyi. Projekt przekazano do dyskusyi w »Głosie lekarzy«, poczem na następnym Zjeździe ma być uchwalony. W końcu zamianowano członkami honorowymi Związku lekarzy okręgowych Prof. Dr Marsa, protomedyka Dr Merunowicza, prezydenta Izby lekarskiej Dr Festenburga i redaktora »Głosu lekarzy« Dr Mikołajskiego. (»Kuryer lwowski« Nr 528).

Biurokracya kolejowa w sprawach sanitarnych. W Wiedniu zamierzono urządzać stałe kursa choleryczne dla lekarzy praktycznych. W tym celu Izba lekarska wiedeńska zwróciła się do ministeryum kolejowego z prośbą o udzielenie wolnych biletów przejazdu dla lekarzy, pragnących brać udział w kursie. Na to ministeryum dało istnie biurokratyczną odpowiedź: Udziela się 50% zniżek tym lekarzom praktycznym, którzy, chcąc jechać na kurs, przedstawią świadectwo ubóstwa! Naturalnie, że Izba odrzuciła tę »łaskę«. X.

Lekarze - dentyści Niemiec zaprotestowali na Zjeździe w Berlinie przeciwko projektowi nowego ubezpieczenia społecznego, dozwalającemu kasom chorych wzywać w chorobach dentystycznych także techników. Lekarze uchwalili żądać, by to mogło nastąpić tylko wtedy, gdy w danej miejscowości niema lekarza; dany technik musi być przedtem przez władzę za samodzielnego uznany. X.

Wolny wybór lekarzy w kasach chorych wywalczyl. lekarze w Norwegii dzięki energicznej i solidarnej organizacyi, Wywalczyli przytem honorarya, zaledwo o 10% niższe od honoraryów prywatnych. Dodać jednak należy, że lekarze norwescy należą wszyscy bez wyjątku do organizacyi, której przepisy są bardzo surowe. Niewolno naprzykład żadnej posady objąć bez zezwolenia związku; za to jednak ze związkiem liczą się wszystkie czynniki. X

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 6. XI. do 12. XI. 1910 zgłoszono przypadków: błonicy 9 † 1 (w tem obcych 3 † 1), krztuśca 10 † 2, płonicy 8 † 2 (1 † —), odry 32 † 1 (2 † 1). duru brzusznego 1 † 1 (— † 1), czerwonki 1 † 1 (1 † 1), róży 1. Dr Janiszewski.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego w d. 16. XI. 1910 przedstawił Prof. Lewkowicz przypadek choroby Hirschsprunga, t. zw. »syndroma pseudoasciticum«, oraz kiły dziedzicznej późnej. W dyskusyi przemawiali prym. Borzęcki i prelegent. Następnie odbył się wykład Doc. Kozniewskiego: »O hormonach«, część II.

— Dr Maryan Bujalski, lekarz w Obertynie, obchodził 29. IX. b. r. jubileusz 25-letniej pracy zawodowej, w którym gorący udział wzięły wszystkie koła społeczne.

— Kalendarz lekarski krakowski wyszedł z druku i w najbliszych dniach będzie rozesłany kolegom, którzy zamówili go w Redakcyi, oraz oddany do handlu księgarskiego.

Lwów. Wydział Związku zdrojowisk polskich odbył d. 12. XI. pierwsze swe posiedzenie we Lwowie, na którem zajmowano się sposobami wprowadzenia w życie szeregu postulatów gospodarczych. Z postulatów, dotyczących strony naukowej, poruczono sprawę katedr i pracowni balneologicznych Polskiemu Towarzystwu balneologicznemu. Uchwalono też, by Towarzystwo to, oprócz już do Wydziału Związku zdrojowisk należących swoich członków (Dr Cercha, Dr Pelczar, J. hr. Potocki i Dr Zanietowski) delegowało dwóch stałych swych przedstawicieli.

Poznań. Jubileusz ćwierćwiekowej pracy na stanowisku ordynatora oddziału chirurgicznego w Zakładzie SS. Miłosierdzia w Poznaniu obchodził Radca Dr Ignacy Zielewicz, wielce zasłużony lekarz i obywatel, czynny od lat wielu także na polu piśmienniczem, gdzie nazwisko jego pozostanie na zawsze związane z szeregiem pięknych monografii, dotyczących Karola Marcinkowskiego i jego epoki. Ku uczczeniu Jubilata odbyło się 29. X. b. r. Walne Zebranie Wydziału lekarskiego Towarzystwa Przyjaciół nauk, na którem po przemowach Prezesa i Dr Kapuścińskiego, odbyły się wykłady: Jubilata Dr Zielewicza: »Marcinkowski jako chirurg«, Dr Mieczkowskiego: »Rys postępów chirurgii od r. 1869 na tle prac Zielewicza«, Dr Nowakowskiego: »Postępy w rozpoznawaniu i leczeniu zapalenia wyrostka robaczkowego« i demonstracya chorych (Dr Kroll, Pomorski i Karwowski).

Czcigodnemu Jubilatowi składamy ze swej strony najszczersze życzenia, by długie lata działać mógł dla kraju i społeczeństwa z równym jak dotąd pożytkiem.

Warszawa. S. p. Dr Wincenty Mikucki, zmarły w Saratowie, zapisał 40.000 rb. na teatr polski w Wilnie.

Z różnych stron. W Wiedniu zawiązało się »Austryackie Towarzystwo zwalczania raka« pod przewodnictwem prof. Hohenegga.

— Upaństwowienia wszystkich publicznych stanowisk lekarskich domaga się Izba lekarska dolno-austryacka.

Zmarli: Dr Władysław Neumann z Nowego w Toruniu; ogłosił kilka prac o kołtunie.

Dr Adam Sapacz-Sapoczyński, z pochodzenia Witebszczanin, w Petersburgu; po ukończeniu szkoły felczerskiej, ożywiony zapałem do nauki z niezwykłą energią zdążał do pogłebienia swej wiedzy, po 15 latach ciężkiej pracy na stanowisku felczera w szpitalu Aleksandrowskim w Petersburgu przebył egzamin dojrzałości i studya lekarskie w Dorpacie, poczem uzyskał stanowisko ordynatora w szpitalu Obuchowskim; zacnym swym charakterem zjednał sobie powszechną miłość chorych i kolegów, czego wyrazem były wygłoszone na pogrzebie mowy Dra Ostrowskiego, Dra Guizeta i — imieniem Polskiego Związku lekarzy i przyrodników w Petersburgu, — Prof. Dra Zaleskiego.

W Heiden w Szwajcaryi zmarł w 83. roku życia Henryk Dunant, założyciel instytucyi »Czerwonego krzyża«. Na ten cel wydał cały swój znaczny majątek tak, że potem żył w nędzy, dopiero przed 10 laty przyznano mu dożywotnią rentę. Po długich usiłowaniach zjednał dla swej idei Napoleona III. i Wilhelma I. i w r. 1863 dzięki jego staraniom odbyła się słynna konwencya genewska, organizująca międzynarodowe Towarzystwo Czerwonego Krzyża. Dunant odznaczony został nagrodą Nobla, ale jej nie przyjął. X.

Dr Lancereaux, b. prezydent akademii Um., w Paryżu w 81 r. ż.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 23. listopada 1910 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym wykład Prof. Bujwida: »Doświadczalne badania nad odkażaniem rąk«.

Posiedzenie sekcyi jarosławskiej Towarzystwa lek. gal. odbędzie się w piątek **d. 25. listopada 1910** o godz. 6-ej w szpitalu powszechnym w Jarosławiu z następującym porządkiem dziennym: 1) Demonstracya chorych, kol. Dr Fechter. 2) Środki lecznicze przy krwotokach płucnych, kol. Dr Spatz. 3) Wnioski członków.

Z biura Sekcyi jarosławskiej Towarzystwa lekarzy galicyjskich.
Sekretarz: Dr Feldman. Przewodniczący: Dr Czyżewicz.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Firma: **Dr R. Schauble & Dr A. Hochstetter w Tribuswinkel** (Dolna Austrya) wydała broszurę obejmującą 35 stron, a traktującą w sposób naukowy o następujących, przez tę fabrykę wyrabianych przetworach:

Salimenthol, środek przedewszystkiem zewnętrznie, ale także wewnętrznie stosowany przy wszystkich stanach zapalnych.

Samol, wskazania jak przy zewnętrznem używaniu salimentolu.

Kurin, środek przeczyszczający.

Novojodin, środek odkażający, zastępujący jodoform, połączenie jodu i formaldehydu, w postaci proszku, gazy, czopków, pałeczek, maści itd. Sch. W.

Pyrenol, przetwór firmy Goedecke et Co. w Lipsku, poleca w ostatnich czasach Dr Max Dölling (Deutsche Aerzte Ztg Nr 12. 1210). Pyrenol spotkał się z wielkiem uznaniem ze strony lekarzy, a to zarówno z powodu uderzającego korzystnego działania, jakoteż z powodu braku wszelkich szkodliwych działań ubocznych. D. wypróbował go przedewszystkiem przy krztuścu, gdzie stwierdził szybkie rozluźnianie śluzu, łagodzenie podrażnienia do kaszlu i dobry wpływ na stan ogólny przez działanie krzepiące na serce.

D. zapisuje: Rp. Sol. pyrenoli 3,0/90.
Liq. ammon. anis. 3,0.
Succ. liquirit. dep. 2,5.
M. D. S. 4 × dz. 1 łyżeczkę dziecięcą.

Przy dychawicy oskrzelowej grają rolę tesame czynniki lecznicze. U dorosłych dogodniej podawać pyrenol, jako kołaczyki 6 × dz. à 0,5 gr.

Przy zapaleniu płuc obniża pyrenol łagodnie ciepłotę, bez rozlewnych potów. W przypadkach nawet ciężkiej grypy (influency) pyrenol nie zawodzi, dzięki swemu składowi chemicznemu (tymol, kw. będźwinowy i salicylowy). Działanie krzepiące serce pozwala zwiększać dawkę zależnie od potrzeby w danym przypadku.

W cierpieniach gośćcowych i nerwobólach działa pyrenol słabiej, niż np. fenacetyna; mimo to stawia D. pyrenol wyżej, ponieważ lek ten nie działa osłabiająco na serce, co pozwala stosować pyrenol także u chorych na serce. Hr. W.

Rok XLIX. Kraków, dnia 26 listopada 1910. Nr 48.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Ze szpitalnej kliniki terapeutycznej Prof. Dra K. Wagnera w Kijowie.

O podskórnych gruczołach limfatycznych klatki piersiowej w gruźlicy płuc.

Podał

Doc. Dr E. Żebrowski.

(Rzecz przedstawiona na posiedzeniu kijowskiego Towarzystwa przyrodniczo-lekarskiego 11. III. 1910).

Badając w r. 1906 chorego ze sprawą gruźliczą w prawym szczycie, zauważyłem na bocznej powierzchni klatki piersiowej po stronie prawej niewielki guzek, który po dokładnem obmacaniu rozpoznałem jako powiększony gruczoł chłonny; po kilku dniach zdarzył mi się drugi chory ze sprawą gruźliczą płuca lewego, u którego także można było wymacać guzek po lewej stronie klatki piersiowej. Od tej chwili zacząłem zwracać baczną uwagę przy badaniu każdego chorego na boczne powierzchnie klatki piersiowej. Obecnie zebrany przezemnie materyał jest na tyle obfity, że pozwala mi już na wysnucie pewnych wniosków. W ciągu tych 4 lat zbadano w tym względzie 2558 chorych, w wieku między 10. a 70. rokiem życia, 294 chorych w szpitalnej klinice terapeutycznej Prof. Dra K. Wagnera, 2264 zaś w Pohulance, stacyi klimatycznej gub. Witebskiej. Z tych chorych 929 miało niewątpliwie oznaki gruźlicy płuc, zaś 1629 chorych zdawało się mieć płuca zupełnie zdrowe. Z liczby 929 chorych na gruźlicę miało 186 powiększone gruczoły chłonne bocznej powierzchni klatki piersiowej, co wynosi 20,02%, natomiast z 1629 osób, u których nie można było zapomocą zwykłych fizycznych metod badania wykazać zmian gruźliczych w płucach, tylko 42, t. j. 2,58%. Wśród 42 chorych z powierzchownymi gruczołami, u których badaniem nie wykazano objawów gruźlicy, u 14 wykonano próby tuberkulinowe według Calmetta i Pirqueta: u wszystkich tych chorych otrzymano wyraźny dodatni odczyn skórny i spojówkowy. U reszty, t. j. 28 osób z powiększonymi gruczołami, nie mogłem wykonać próby z tuberkuliną. Badanie przedmiotowe tych 28 chorych stwierdziło:

u 4 osób — raka przełyku,
» 7 » — zołzy,
» 4 » — czyraki (u 3 na grzbiecie, u 1 na szyi i pod pachą),
u 2 osób — rozległą łuszczycę (psoriasis universalis)
u 11 wreszcie nie było żadnych zmian, któreby można wykazać zapomocą badania fizycznego.

Dalsze badanie zebranego materyału stwierdziło następujące cechy tych gruczołów. Znajdują się one na dokładnie określonem i przytem stale tem samem miejscu bocznej powierzchni klatki piersiowej. Gruczoły te leżą bądź w środkowej linii pachowej, bądź też cokolwiek na wewnątrz od niej w pobliżu tętnicy piersiowej (art. thoracica), względem niej to dośrodkowo, to bocznie. Stosunek ten łatwo wykazać u osób z podupadłem odżywieniem, gdzie przy bocznem oświetleniu zaznacza się wyraźnie tętniące naczynie i leżące koło niego gruczoły, co można było zauważyć u 12 chorych (z 228).

Co do wysokości, w jakiej można spotkać gruczoły, to najczęściej znajdują się one w IV. międzyżebrzu (63,1%), wyjątkowo zaś w VI. (3%) i VII. (0,6%). Daleko częściej gruczoły te znajdują się po stronie prawej (63%), niż po lewej (37%).

Zazwyczaj (85%) w międzyżebrzu znajdujemy tylko jeden gruczoł, rzadziej (15%) — dwa. Gruczoły te leżą pod powięzią, są mało ruchome, zbite. Wielkość ich odpowiada po największej części (85,6%) wielkości ziarna grochu, lub też są cokolwiek większe. U niektórych chorych dochodziły do wielkości ziarna fasoli (18%); w tych przypadkach, nawet przy zadowalniającym stanie odżywienia, gruczoły zaznaczają się wyraźnie przy bocznem oświetleniu, jak to widać na załączonej fotografii chorego ze szpitalnej kliniki terapeutycznej z wyraźnemi zmianami gruźliczemi w prawym szczycie (przytłumienie, wdech zaostrzony, wydech słyszalny, podczas kaszlu drobnobańkowe rzężenia) i rozległymi zrostami prawego płuca w następstwie wysiękowego zapalenia opłucnej.

Dane statystyczne wskazują więc na istnienie pewnego związku pomiędzy powiększeniem bocznych piersiowych gruczołów limfatycznych i gruźlicą płuc. W gruźlicy spotykamy powiększenie gruczołu w 20,02%, tam natomiast, gdzie nie można wykazać sprawy gruźliczej, tylko w 2,58%. Na istnienie tego związku wskazują również spostrzeżenia kliniczne, z których kilka tu przytoczę.

1. SS., 22 lat, urzędnik, przyjęty 8. VI. 1908 roku do pawilonu dla gruźliczych stacyi klim. Pohulanka. Skarży się na ból po prawej stronie klatki piersiowej i suchy kaszel. $1^1/_2$ roku temu miał w ciągu 3 dni nieznaczne krwioplucie.

Stan obecny. Odżywienie zadowalniające, waga $177\frac{1}{2}$ f. Ciepłota w ciągu dnia, oraz wieczorem dochodzi do 38° C. Stan płuc: w szczycie prawym przytłumienie, oraz wdech szorstki, wydech przedłużony, nieliczne drobnobańkowe rzężenia, nie znikające przy kaszlu. Dolny brzeg prawego płuca mało ruchomy; na przestrzeni, której granicę stanowi od prawej strony linia pachowa prawa, od strony lewej prawa przymostkowa, pomiędzy 4. a 6. żebrem słychać tarcie opłucne. Po stronie prawej w linii pachowej środkowej w IV. międzyżebrzu widoczny duży (wielkości fasoli) zbity gruczoł.

Leczenie: kumys, werandowanie na noc, okład ogrzewający ze spirytusu na prawą stronę klatki piersiowej; rano obmywania całego ciała.

Po dwóch tygodniach (21. VI.) ciepłota spadła do poziomu prawidłowego, tarcie opłucne ustąpiło. Po miesiącu 12. VII. choremu przybyło na wadze 6 funtów. (W. $183\frac{1}{2}$ f.). Rzężenia w szczycie prawym utrzymują się.



Fig. 1.

Gruczoł na prawej bocznej powierzchni klatki piersiowej niewidoczny, jednak macalny, wielkości mniej więcej ziarnka grochu.

Po upływie $1\frac{1}{2}$ miesiąca (26. VII.) przyrost na wadze 8 f. (W. $185\frac{3}{4}$ f.), rzężenia w prawym szczycie ustąpiły. Gruczoł mniejszy, niż ziarnko grochu, z trudnością daje się wymacać.

W danym przypadku widzimy, że równolegle do poprawy sprawy chorobowej w płucach idzie zmniejszanie się omawianego gruczołu.

II. S. K„ 21 lat, słuchacz Uniwersytetu, przyjęty na stacyę klimat. Pohulanka. 6. VI. 1908 r. Skarży się na silny kaszel, gorączkę, poty nocne, brak apetytu; miesiąc temu niewielkie krwioplucie.

Stan obecny: Wyniszczenie znacznego stopnia. (W. 127 f.), ogólna bladość powłok, ciepłota około 38,7° C. Stłumienie nad płucem prawem z przodu zupełne, z tyłu zaczyna się od góry i sięga aż do połowy przestrzeni międzyłopatkowej, w linii pachowej środkowej do 5. żebra. Szmery oddechowe osłabione, na całej przestrzeni rozrzucone nieliczne drobnobańkowe wilgotne rzężenia, w przestrzeni międzyłopatkowej i pod obojczykiem rzężenia te są dźwięczne.

W IV. międzyżebrzu bocznej powierzchni klatki piersiowej po stronie prawej można wymacać dwa zbite gruczoły: jeden wielkości prawie ziarna fasoli, widoczny przy bocznem oświetleniu, drugi wielkości ziarna grochu. Plwocina zawiera laseczniki gruźlicze ($^{10}/_{1}$) i włókna sprężyste.

Badanie krwi wykazuje, co następuje: 60% hemoglobiny, ciałek czerwonych = 3,700.000, ciałek białych = 13.200.

Leczenie: kumys, całodzienne werandowanie, okład wysychający na piersi, rano i wieczór zmywanie całego ciała.

Po upływie 3 tygodni (27. VI.) choremu przybyło na wadze $3\frac{1}{2}$ f. (w. $130\frac{1}{2}$ f.), ciepłota nie przekracza 38° C. Nad płucem prawem wdech wszędzie wyraźniejszy, nad i pod obojczykiem wydech słyszalny, w szczycie i pod obojczykiem rzężenia się utrzymują. Gruczoły na bocznej powierzchni klatki piersiowej po stronie prawej niewidoczne, obmacywaniem można stwierdzić jeden wielkości ziarna grochu, drugi zaś cokolwiek mniejszy. Po upływie 7 tygodni (26. VII.) przyrost na wadze wynosi $8\frac{3}{4}$ f. (w. $135\frac{3}{4}$ f.), ciepłota nie przekracza 37·8° C. Nad płucem prawem, nad i pod obojczykiem, z tyłu zaś do grzebienia łopatki i w górnej $\frac{1}{3}$ przestrzeni międzyłopatkowej przytłumienie, wdech zaostrzony, w szczycie nieliczne drobne wilgotne rzężenia. W IV. międzyżebrzu w środkowej linii pachowej gruczołów wykazać nie można. Po 9 tyg. (9. VIII.) waga podniosła się o 10 f. (w. 137 f.), ciepłota nie przekracza 37·3° C. W szczycie prawym rzężenia znikły, wydech słyszalny. Gruczołów na bocznej powierzchni klatki piersiowej nie można wykazać. I w tym więc przypadku odpowiednio do poprawy sprawy chorobowej w płucach można było zauważyć stopniowe zmniejszanie się wspomnianych gruczołów, aż do granic, przy których nie można ich było już wymacać.

(C. d. n.)

Z oddziału Docenta Dra med. Wł. Janowskiego w Szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie.

O barwiącej się za życia ziarnistości krwinek czerwonych (substantia granulo-reticulo-filamentosa)

jej pochodzeniu i stosunku do nakropień zasadochłonnych.

Podał

Dr Ryszard Hertz,

asystent oddziału.

(Ciąg dalszy).

III. Występowanie ziarnistości zasadochłonnej w warunkach prawidłowych i chorobowych.

A) Zarówno ziarnistość barwiąca się za życia, jak i występujące w preparatach utrwalonych nakropienie zasadochłonne czerwonych ciałek krwi — dają się spostrzegać w prawidłowej krwi ludzkiej.

Co do pierwszej, jest to fakt stwierdzony. Poraz pierwszy zwrócił na to uwagę Cesaris Demel (11), a potwierdziły to niejednokrotnie badania późniejsze Pappenheima (44), Rosina (52), Abramiego i Fiessingera (20). Osobiście również przekonałem się, że we krwi wszystkich zdrowych ludzi, dzieci i dorosłych, można znaleźć zawsze ziarnistość barwiącą się za życia w czerwonych ciałkach krwi i to w ilości stosunkowo dość znacznej w porównaniu z nakropieniem zasadochłonnem, występującem w preparatach utrwalonych. Przeglądając preparat ze krwi prawidłowej, barwiony za życia, w każdem prawie polu widzenia spostrzegamy 1—2 czerwonych ciałek z ziarnistością barwiącą się za życia. Według obliczeń autorów fran-

cuzkich, które, na zasadzie obliczeń własnych, uważam za odpowiadające rzeczywistości, krew prawidłowa zawiera 0,5%—2% takich ciałek.

Inaczej stoi sprawa z nakropieniem zasadochłonnem, występującem dopiero po utrwaleniu krwi. Istnieniu jego we krwi prawidłowej przeczą i dziś jeszcze liczni badacze. Na podstawie nowszych dokładnych prac Schmidta (61, 62, 63) i Trautmanna (66) można jednak, jak sądzę, przyjąć, że czerwone ciałka z nakropieniami zasadochłonnemi spotykać można i u zdrowych ludzi, jak to utrzymywali i dawniej Ehrlich, Schur i Löwy, Hamel, Strauss i inni. Pomiędzy czerwonemi ciałkami krwi z nakropieniami zasadochłonnemi i ziarnistością barwiącą się za życia zachodzi jednak wybitna różnica ilościowa; trzeba bowiem przejrzeć zazwyczaj wiele pól preparatu, aby natrafić na jedno czerwone ciałko z nakropieniami, natomiast, jak mówiłem, czerwone ciałka z ziarnistością barwiącą się za życia spotykamy prawie na każdem polu widzenia. Schmidt i Trautmann n. p. tylko w 2% swych przypadków znajdywali u zdrowych ludzi więcej, niż jedno takie ciałko nakropione na 10.000 czerwonych ciałek krwi.

B) To samo dotyczy też krwi płodu, i tu bowiem znajdują się obydwa rodzaje ziarnistości, zarówno u człowieka, jak u zwierząt; co do nakropionych czerwonych ciałek krwi dowiedli tego Engel, Schmidt, Sabrazes (58, 50), Nägeli (41), Pappenheim (30), Ferrata[1]) i König[1]), co do czerwonych ciałek krwi z ziarnistością barwiącą się za życia — Cesaris Demel.

Co się tyczy wyników badań tego autora, to mogę je w zupełności potwierdzić. U wszystkich 6 badanych przezemnie płodów, znajdowałem czerwone ciałka krwi z ziarnistością barwiącą się za życia zawsze w wielkiej liczbie. Stanowiły one niekiedy 40% wszystkich czerwonych ciałek. Co się zaś tyczy czerwonych ciałek krwi z nakropieniami zasadochłonnemi, to dopiero po przejrzeniu wielu pól udało mi się niekiedy spotkać pojedyncze egzemplarze.

C) U noworodków liczba czerwonych ciałek krwi z ziarnistością barwiącą się za życia — również wydawała mi się nieco zwiększona. Mianowicie w 8 przypadkach z liczby 10, badanych przezemnie, liczba ich stanowiła do 4% wszystkich czerwonych krwinek; czerwonych ciałek z nakropieniami zasadochłonnemi znaleźć u noworodków nie mogłem. Stosunek pomiędzy czerwonemi ciałkami krwi z ziarnistością, barwiącą się za życia, a żółtaczką noworodków, omówię poniżej.

Streszczając więc wszystko powyższe, twierdzić muszę, że obydwa rodzaje omawianych tu ziarnistości znajdują się zarówno u płodów i noworodków, jak i u ludzi dorosłych. Ziarnistość, barwiącą się za życia, spotykamy jednak w warunkach prawidłowych i nierównie częściej i nierównie obficiej, niż nakropienie zasadochłonne, występujące po utrwaleniu.

D) Co się tyczy stanów chorobowych, to w nielicznych tylko z nich spotykamy czerwone ciałka krwi z nakropieniami zasadochłonnemi lub ziarnistością barwiącą się za życia w znacznej liczbie. Należą do nich choroby krwi (niedokrwistości pierwotne i wtórne, oraz białaczki) i zatrucia.

1) Niedokrwistość złośliwa.

a) Co się tyczy czerwonych ciałek krwi z nakropieniami zasadochłonnemi, to zostały one w tym stanie chorobowym opisane najpierw przez Askanazyego (2), Ehrlicha (17), Kleina (33), Lazarusa (17); Lazarus zebrał 20 przypadków niedokrwistości złośliwej, w których znajdowano je stale we krwi. Z drugiej jednak strony opisano liczne przypadki tego cierpienia, bez obecności nakropień zasadochłonnnych w czerwonych ciałkach krwi [Bloch (8), Litten, M. Labe, Widal (71)]. Grawitz (26) przypuszcza, że z obecności czerwonych ciałek krwi z nakropieniami zasadochłonnemi można wysnuwać pewne wnioski co do przebiegu niedokrwistości złośliwych. Znajdował on je mianowicie w swoich przypadkach we krwi często w najcięższym okresie choroby, w miarę poprawy zaś stwierdzał stopniowo ich znikanie. Według Nägeliego (41), przeciwnie, ciałka te znaleźć można w przebiegu niedokrwistości złośliwej tylko przy jej zelżeniu, w ciężkich zaś przypadkach, oraz przed śmiercią ma ich, według Nägeliego, brakować.

Zdaniem mojem, Bloch (8) ma zapewne słuszność, utrzymując, że czerwone ciałka krwi z nakropieniami zasadochłonnemi mogą się zdarzać w każdym okresie niedo-

Chorzy	Ciężar właść. krwi	Hb. według Sahliego	Czerw. ciałek krwi	Biał. ciałek krwi	Szpik kostny na mazanych preparatach, barwiony według May Grünwalda
1. K. L., l. 32.	1030	31%	720000	3100	Bardzo dużo białych ciałek krwi jednojądrzastych, ziarnistych (myelocytów) neutro i eozyno-filnych. Pośród czerwonych ciał. krwi 60% jądrzastych form, przeważnie megaloblastów.
2. A. M., l. 30.	1025	25%	1600000	6000	Przeważają duże jednojądrzaste limfocyty. Dość liczne erytrocyty.
3. A. K., l. 78.	1029	29%	1100000	3500	Przeważają komórki o charakterze limfocytów. Ziarnistych form biał. ciałek krwi, myelocytów neutro- i eozynofilnych znacznie mniej. Nieliczne normoblasty. Dość liczne erytrocyty.
4. Z., l. 60.	1028	26%	757500	5175	
5. A., l. 40.	—	33%	1640000	5000	
6. L. B., l. 53.	1026	30%	1060000	7200	
7. W., l. 62.	1018	25%	1050000	8000	

---

[1]) Patrz Folia haematologica 1910. T. IX. Z. II.

krwistości złośliwej i bynajmniej nie przesądzają o takim lub innym dalszym jej przebiegu.

Nikt nie broni dziś chyba dawniejszego przypuszczenia, że obecność nakropionych czerwonych ciałek krwi pozwala odróżniać niedokrwistość złośliwą od niedokrwistości wtórnych.

Co do mnie, to z siedmiu przypadków złośliwej niedokrwistości, które spostrzegałem w ciągu dłuższego czasu, a zktórych 3 następnie sprawdzono sekcyjnie, tylko w jednym (Nr 7) znalazłem dość liczne czerwone ciałka z nakropieniami zasadochłonnemi. W pozostałych sześciu przypadkach nie znajdowałem nigdy nakropień. (Zob. tabl.)

Chociaż więc szpik kostny we wszystkich trzech przypadkach obfitował w komórki i miał charakter tkanki plastycznej, czerwonych ciałek krwi z nakropieniami zasadochłonnemi we krwi nie było wcale. Podkreślam tu szczególniej stan szpiku, ponieważ różni autorowie (Askanazy, Nägeli) utrzymywali, że nakropionych czerwonych ciałek krwi brak tylko w postaciach aplastycznych niedokrwistości złośliwej.

b) Co się tyczy barwiącej się za życia ziarnistości czerwonych ciałek krwi i jej występowania w przypadkach niedokrwistości złośliwej, to dotychczasowe dane w piśmiennictwie są bardzo skąpe. Znam z kliniki Widala pewien przypadek (71), który obfitował w czerwone ciałka krwi z ziarnistością barwiącą się za życia (i w czerwone ciałka krwi polichromatyczne), w którym jednak nakropionych czerwonych ciałek krwi nie było.

Osobiście miałem sposobność w klinice Prof. Grawitza badać jeden przypadek niedokrwistości złośliwej, w którym w każdem polu widzenia można było naliczyć po 20 i więcej czerwonych ciałek krwi z ziarnistością barwiącą się za życia. Nie posiadam niestety dokładniejszych liczbowych wyników badania krwi, jednak Prof. Grawitz podał mi ustnie, że w przypadku tym znajdowano także nakropione czerwone ciałka krwi. W dwóch innych przypadkach niedokrwistości złośliwej, w których zwracałem szczególną uwagę na obecność barwiących się za życia ziarnistości we krwi (w przypadkach 4. i 6. z wyżej wymienionych), liczba zawierających ją ciałek krwi nie wydawała mi się większą od normy. Natomiast w przypadku 7. znalazłem bardzo liczne czerwone ciałka krwi z ziarnistością barwiącą się za życia.

2) Niedokrwistości wtórne.

Przechodząc do omówienia ziarnistości zasadochłonnych przy niedokrwistościach wtórnych, pragnę zaznaczyć, że

a) co się tyczy po pierwsze nakropień zasadochłonnych, to Grawitz (26) upatruje pod tym względem różnicę pomiędzy krwotokami zewnętrznymi i wewnętrznymi, t. j. do przewodu pokarmowego. Mianowicie, według Grawitza, jak również Bölkego (10) tylko w drugim z wymienionych przypadków, nigdy w pierwszym, można spotkać we krwi nakropione czerwone ciałka krwi, ponieważ tylko przy krwotokach wewnętrznych powstają produkty trujące przez rozkład krwi w przewodzie pokarmowym. Czynniki zaś trujące stanowić mają właśnie według Grawitza »conditio sine qua non« ukazywania się nakropionych czerwonych ciałek krwi,

Niedokrwistość, towarzysząca rakowi, przy której spotkać można niekiedy znaczną liczbę nakropionych czerwonych ciałek krwi, zależy według Grawitza, również od wchłaniania jadów »plazmotropowych«, które wywołują we krwi zwyrodnienie czerwonych ciałek.

Twierdzenie Grawitza, że czerwone ciałka krwi nakropione występują po krwotokach do przewodu pokarmowego, a nie zdarzają się w przypadkach krwotoków zewnętrznych, potwierdził Askanazy (3), który nie mógł wykazać takich ciałek w przypadkach łożyska przodującego, guzów krwawniczych, w krwawiączce (hemofilii) i t. p., natomiast znajdował stosunkowo znaczną ich liczbę w przypadkach wrzodu i raka żołądka, oraz krwotoków jelitowych pochodzenia zakaźnego. Mimo to jednak (Askenazy (3) nie dopatruje się w tem objawu zwyrodnienia czerwonych ciałek krwi pod wpływem trucizn, lecz staje raczej na tem stanowisku, że część krwi z przewodu pokarmowego ulega wchłanianiu i podnieca działalność narządów krwiotwórczych.

Bloch (8) natomiast nie znajdował nakropionych czerwonych ciałek krwi w przypadkach wrzodu żołądka. Również Fiessinger i Abrami (20) przytaczają przypadek krwawień jelitowych pochodzenia zakaźnego, w którym wynik badania krwi był ujemny, oraz dwa przypadki wybitnej niedokrwistości wskutek krwotoków nosowych, wzgl. krwawniczych, w których to przypadkach czerwonych ciałek krwi nakropionych zawsze brakowało.

Co do błednicy, to Strauss, Grawitz (26), Bloch (8), Ulmann, Hamel (28), Fiessinger i Abrami (20) nie znajdowali w jej przebiegu czerwonych ciałek krwi nakropionych. Nie stanowi to jednak w tem cierpieniu zasady ogólnej, gdyż Litten, Senator i Askanazy (3) znajdowali nakropione czerwone ciałka krwi i w błednicy. Nie dość na tem, w jednym ciężkim przypadku błednicy (25—30% hemoglobiny) spotykał Askanazy (3) nawet większą liczbę nakropionych czerwonych ciałek krwi, niż przy niedokrwistości złośliwej.

Co do gruźlicy, to Grawitz (26), Hamel (28), Bloch (8), Askanazy (3), Fiessinger i Abrami (20) nie znajdowali nakropionych ciałek krwi w jej przebiegu. Spostrzeżeniom tym przeciwstawić można przypadek ze stwierdzonemi w czerwonych ciałkach krwi nakropieniami zasadochłonnemi, opisany przez Lutosławskiego (36), 22 takie przypadki, zebrane przez niego z piśmiennictwa ogólnego, oraz przypadek, badany przezemnie (obfite krwioplucie), w którym w utrwalonym preparacie znajdowałem pojedyncze nakropione czerwone ciałka krwi.

W przebiegu białaczki wyniki badania krwi co do obecności nakropień zasadochłonnych bywały również bądź dodatnie [Lazarus (18), Engel, Bloch (8)], bądź ujemne [Lutosławski (36), Fiessinger i Abrami (20)].

Ostatecznie więc z piśmiennictwa, poświęconego temu przedmiotowi, odnosimy wrażenie, że nakropienie czerwonych ciałek krwi może się zdarzyć we wszystkich wyżej omówionych stanach chorobowych, jak również w przebiegu zimnicy, ropienia itd., że jednak nie stanowi ono nigdy objawu dla tych stanów stałego.

b) Przechodząc z kolei do czerwonych ciałek krwi z ziarnistością barwiącą się za życia — i w przebiegu

niedokrwistości wtórnych, zaznaczyć muszę, że dokładniejsze dane, dotyczące tej sprawy, znalazłem tylko w piśmiennictwie francuskiem.

Mianowicie Fiessinger i Abrami (20) podają przypadek krwawień jelitowych pochodzenia zakaźnego, w którym nie znajdowano czerwonych ciałek krwi nakropionych, natomiast ciałka, obfitujące w ziarnistość barwiącą się za życia, występowały w dużej liczbie — około 30%. Ciż sami autorowie znajdowali w przypadku ciężkiej niedokrwistości wskutek krwotoków nosowych (1,000.000 czerwonych ciałek krwi w 1 mm. sz.), tylko czerwone ciałka krwi z ziarnistością, barwiącą się za życia, a mianowicie 5—6%, natomiast w równie ciężkim przypadu krwotoków krwawniczych (1,300.000 czerwonych ciałek krwi w 1 mm. sz.) nie znajdowali ani nakropień zasadochłonnych, ani ziarnistości barwiących się za życia w znaczniejszej liczbie.

W przypadku gruźlicy i blednicy wyniki ich badań w tym względzie były stale ujemne.

Na 5 przypadków białaczki tylko w 3 liczba czerwonych ciałek krwi z ziarnistością barwiącą się za życia, była nieco zwiększona (3—5%).

Co się tyczy mego osobistego w tym kierunku doświadczenia, to zbadałem krew z górą 200 chorych, którzy przesunęli się przez oddział szpitalny, co do obecności barwiących się za życia ziarnistości ciałek czerwonych. Nie znalazłem przytem zwiększonej liczby czerwonych ciałek krwi z taką ziarnistością u całego szeregu chorych na serce, płuca, nerki, wątrobę i t. p. W niektórych przypadkach liczba tych ciałek była, być może, nieco zwiększona, zwłaszcza jeżeli chorzy dotknięci byli jednocześnie lekkim stopniem niedokrwistości, ale trudno się tu zoryentować co do nieznacznych różnic ilościowych, choćby już z tego względu, że i w prawidłowych warunkach wahania są dość znaczne, a wskutek tego błędy przy obliczaniu — nawet przy użyciu przegródkowego okularu Ehrlicha — mogą być dość wielkie. Nie będę więc poniżej oznaczać liczby czerwonych ciałek krwi, zawierających ziarnistość, odsetkowo; ograniczę się jedynie do wyrażeń: »prawidłowa ilość«, jeżeli w każdem prawie polu widzenia znajdowałem 2 — do 5 takich ciałek, — »obfita, względnie »bardzo obfita«, gdy w każdem polu było ich więcej — do 20 — 30 wreszcie »ogromna«, gdy co drugie lub trzecie ciałko krwi zawierało ziarnistość, barwiącą się za życia.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Oceny i sprawozdania.

Kalendarz lekarski krakowski, wydawany staraniem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego pod redakcyą Prof. Dr L. K. Glińskiego. Rok XXI. 1911. Str. 418 + XVI.

W przedmowie wydanego właśnie rocznika oświadcza Redakcya »Kalendarza«, że dokonawszy znowu dalszych zmian tekstu, uważa pierwszy okres ulepszeń swego wydawnictwa za ukończony. Wobec tego godzi się rozpatrzeć, o ile wydawnictwo to, niezbędne dla każdego lekarza, zdołało pod nową redakcyą dostosować się do słusznych wymagań, jakie »Kalendarz« zaspokoić powinien. Otóż przedewszystkiem stwierdzić należy, że już co do obszerności i bogactwa tekstu nastąpił w Kalendarzu w ostatnich trzech latach bardzo znaczny postęp, ponieważ tekst wzrósł o trzecią część dawniejszego, a to przez objęcie Kalendarzem działów tak pożytecznych, jak technika częściej używanych zabiegów leczniczych, ocena stopnia niezdolności do zarobkowania wskutek nieszczęśliwych przypadków, uwagi psychiatryczne, uwagi praktyczne z zakresu chirurgii, rozdział o pierwszej pomocy w nagłych przypadkach, dane z epidemiologii i profilaktyki chorób zakaźnych, wskazówki dotyczące odkażania podczas i po chorobach zakaźnych, — wreszcie całego szeregu nowych, przejrzystych zestawień tabelarycznych dat, które trudno pamiętać, a nieraz szybko odszukać trzeba. Już to krótkie wyliczenie wskazuje, że treść Kalendarza uległa pod nową redakcyą istotnie radykalnej zmianie, zwłaszcza, że i dział najobszerniejszy, mianowicie podręcznik terapeutyczny, został stopniowo całkowicie na nowo opracowany przy równoczesnem bardzo znacznem rozszerzeniu i udoskonaleniu. Podobnie uzupełnione i dokładnie poprawione zostały rozdziały o otruciach, badaniach klinicznych, dział sądowo-lekarski, wiadomości o zdrojowiskach i uzdrowiskach i t. p. Prócz tego wyszedł w przedostatnim roczniku Kalendarza uzupełniony spis środków lekarskich, dział, uznany przez bardzo wielu lekarzy za wielce pożądany w takiem wydawnictwie, a który w roku bieżącym wydaje redakcya Kalendarza jako odrębny dodatek, gdyż pomimo zmiany papieru na znacznie cieńszy, chociaż lepszy i droższy, działu tego już w tekście niepodobnaby pomieścić bez uszczerbku dla wygody w posługiwaniu się kalendarzem. Wreszcie nie można pominąć dokładności i ścisłości, jaką pod nową redakcyą odznacza się dział informacyjny, mianowicie spis lekarzy w Galicyi i t. p., przyczem podnieść należy, jako bardzo pożyteczną nowość, dokładne skompletowanie spisu instytucyi i zakładów lekarskich. Ile trudu włożono nawet w dział informacyjny, łatwo się domyśleć wobec okoliczności, że — jak to każdy może sprawdzić — dział ten w Kalendarzu jest ściślejszy, aniżeli w wielu wydawnictwach oficyalnych!

Poziom, na jakim znajduje się obecnie lekarska część Kalendarza, uwzględniająca wszystkie najnowsze zdobycze metodyki dyagnostycznej i techniki leczniczej, najlepiej scharakteryzuje wymienienie współpracowników, którzy nie uchylili się od nader żmudnej i na pozór niewdzięcznej, w rzeczywistości zaś dla ogółu kolegów praktykujących istotnie użytecznej pracy około udoskonalenia Kalendarza. W liczbie ich znajdują się profesorowie Dobrowolski, Krzyształowicz, Lewkowicz, Majewski, Nowotny, docenci Droba, Mazurkiewicz, oraz wybitni specyaliści Dr Blassberg, Maryan Godlewski, Jankowski, Radliński, Rydel i t. d.

Obecnie przy surowej nawet ocenie można i należy uznać, że zapobiegliwość i mozolna praca nowej redakcyi uwieńczona została wynikiem pomyślnym w całej pełni, a Kalendarz krakowski bez najmniejszej przesady może zwycięsko współzawodniczyć z kalendarzami obcymi, zwłaszcza niemieckimi, i to nawet z mającymi najlepszą opinię. Toteż nadszedł czas, aby polskie wydawnictwo raz wreszcie wyparło z rąk naszych lekarzy kalendarzyki obce, do naszych potrzeb niedostosowane, od swojskiego wydawnictwa bardzo często o wiele słabsze, a jednak znajdujące, dzięki szumnej reklamie i naszej inercyi do ostatnich lat aż nazbyt niestety licznych u nas odbiorców. Dzisiaj możemy sumiennie i bez obawy wymagać od lekarzy naszych, aby poczęli posługiwać się wyłącznie polskim kalendarzem lekarskim. Z.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

(Chirurgia kręgosłupa i kończyn).

Frankel. **Wyniki leczenia pełzaniem.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 33). Zupełnie niesłusznie odrzuca wielu leczenie skrzywień kręgosłupa pełzaniem. Oddaje ono bar-

dzo cenne usługi, dzieci mogą się go nauczyć łatwo, a także zapobiegawczo działa pełzanie znakomicie. Co najważniejsza, pełzanie przez zmianę topograficznego położenia narządów klatki piersiowej działa korzystnie na przypadłości sercowe (patrz niżej pracę Brugscha), tak częste przy skrzywieniach kręgosłupa, a wiadomo, że właśnie wtedy wszelka inna gimnastyka jest przeciwwskazana. — Pełzanie poleca F. także przy początkowej gruźlicy płuc i przy białkomoczu ortostatycznym. K.

Brugsch. **O zachowaniu się serca przy skrzywieniu kręgosłupa.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 33). Na podstawie wspólnej pracy z Fränklem dochodzi B. do przekonania, że powikłania i przypadłości sercowe przy skrzywieniach bocznych i tylnych kręgosłupa są bardzo częste. Prawie w 80% spotykał B. na radyogramach serce za małe (t. zw. typ asteniczny konstytucyi Stillera), a często przerosty lub rozszerzenia. Aorta okazywała nieraz nieprawidłowe wygięcia, co wywoływało przerost lewej komory, przy garbach zaś tylnych przerosła była prawa komora z powodu utrudnień krążenia w tętnicy płucnej i ucisku odpowiedniego płuca. — Na przypadłości sercowe bardzo korzystnie w podobnych przypadkach działa pełzanie. K.

Prof. Kryński. **Amputacya miednicy wraz z kończyną dolną.** (Przegląd chirurg. i ginekolog. T. I. Z. 1.). Operacya amputacyi miednicy datuje się od lat 15; po raz pierwszy ogłosił ją w r. 1894 Jaboulay. Obecnie opisano już 24 przypadki. Zabieg ten jest dla chorego bardzo ciężki, wykonywa się go zwykle w rozpaczliwych przypadkach, a wyniki nie są pomyślne, bo na 24 operacyi 16 razy nastąpiło zejście śmiertelne. Również przypadek Kryńskiego zakończył się niepomyślnie, ale dopiero w $4^1/_2$ tygodni po operacyi. K. wykonał amputacyę miednicy u 53-letniego chorego z powodu mięsaka uda, przechodzącego na miednicę. W znieczuleniu rdzeniowem cięcie skórne równolegle do więzadła pachwinowego od jego środka do kolca biodrowego przedniego górnego, dalej wzdłuż grzebienia biodrowego do kolca tylnego. Przecięcie wszystkich warstw, uniesienie worka otrzewnego ku górze, podwiązanie naczyń biodrowych wspólnych i przecięcie na wysokości V. kręgu lędźwiowego. Drugie cięcie od kolca tylnego poprzez pośladek, łukowato ku przodowi aż do guza kulszowego, a stąd przez fałd krocza aż do złączenia z cięciem przedniem. Przecięcie kości łonowej na zewnątrz od guza łonowego, a kości kulszowej tuż obok guza, rozsunięcie przeciętych kości, przecięcie więzadeł krzyżowo-kulszowych, oddzielenie mięśni krocza, przecięcie nerwów i więzadeł, a wreszcie połączenia krzyżowo-biodrowego (synchondrosis sacro-iliaca), zaszycie rany; w dole przy kości łonowej założono tampon z gazy. Chory po operacyi wracał do sił, lecz wydzielina z rany była bardzo obfita, z początku surowiczo-ropna, potem ropna; w $4^1/_2$ tygodni po operacyi śmierć z wynędznienia. Sekcya wykazała zapalenie opadowe płuca prawego. Źródłem obfitego wysięku była bezwątpienia otrzewna, obnażona na dużej przestrzeni i pokryta tylko skórą. Klęsk.

Prof. Kausch. **Przyczynek do amputacyi przy zgorzeli i ropowicy w cukrzycy.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 34). Bardzo często przy zgorzeli i ropowicy u chorych na cukrzycę mimo wysokich amputacyi sprawa postępuje ciągle i zmusza do dalszych operacyi. W podobnym przypadku uzyskał K. znakomity wynik przez wykonanie amputacyi nie podług typowych zasad, lecz w jednej płaszczyźnie. Z początku kość sterczała poza skórę i części miękkie na 6 ctm., z czasem jednak przez odpowiedni wyciąg udało się zupełnie dobrze obciągnąć części miękkie poza kość. Typowa amputacya ma na celu szybkie pokrycie kikuta i uczynienie go rychło zdatnym do chodzenia, ma zaś tę wadę, że płaty są stosunkowo źle odżywione, co zwłaszcza u chorych na cukrzycę odbija się zgubnie. Natomiast amputując w jednej płaszczyźnie, wprawdzie zrzekamy się szybkiego wygojenia kikuta, ale za to mamy ranę dobrze odżywioną bez zaułków i miejsc martwych. K. nie hołduje zbyt doszczętnym sposobom, n. p. by zawsze amputować o staw wyżej. Kieruje się on krwawieniem miąższowem po nacięciu skóry i amputuje tam, gdzie ono jest wybitne. Unikać należy przy cukrzycy uśpienia chloroformowego, stosować zaś uśpienie eterowe lub znieczulenie rdzeniowe. Chorych przed i po operacyi trzeba trzymać na dyecie, a przed uśpieniem podawać wielkie dawki sody aż do zalkalizowania moczu. K.

Foerster. **O leczeniu porażeń kurczowych zapomocą wycięcia tylnych korzeni rdzenia.** (Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. T. 20. III.). Na zasadzie spostrzeżenia, że przy schorzeniu dróg piramidalnych w razie zaburzeń w sferze wejścia tylnych korzeni brakuje zwykle przykurczeń, istniejące zaś przykurczenia przy wystąpieniu tych zaburzeń znikają, postanowił F. leczyć kurczowe porażenia zapomocą wycinania tylnych korzeni, a to celem przerwania łuku odruchowego. Należy dokładnie zdać sobie sprawę, o które korzenie chodzi i nie wycinać więcej, niż dwa sąsiednie, przez co umożebnia się sąsiednim korzeniom zastępstwo w objęciu czynności czuciowej. Dla kończyn dolnych należy celem odsłonięcia ogona końskiego usunąć łuki kręgów lędźwiowych I—V. i górną część tylnej ściany kanału krzyżowego. F. operuje zwykle dwuczasowo, dołączając do wycięcia korzeni zwykle przecięcia ścięgien. Potem następuje jeszcze leczenie ortopedyczne i nauka chodu. Operacya ta jest wskazana we wszystkich ciężkich przypadkach porażeń kurczowych kończyn dolnych, zwłaszcza tych, przy których chorzy bez pomocy podpory zupełnie ruszać się nie mogą. W 2 przypadkach choroby Littlego i jednym przypadku porażenia na tle gruźliczego zajęcia kręgów, uzyskał F. przez swój zabieg wybitny skutek; przykurczenia ustąpiły lub wybitnie się zmniejszyły, podobnie wzmożone odruchy i odruchowe współruchy, a dowolna czynność mięśni uległa wybitnej poprawie. Natomiast w 2 dalszych przypadkach skutek operacyi był mniej korzystny. K.

Wilms. **Nowoczesne leczenie złamań trzonu kości kończyn dolnych.** (Mediz. Klinik 1910, Nr 36). Obecnie współzawodniczą ze sobą głównie 3 sposoby leczenia złamań: 1) wyciąg zwykły plastrowy, 2) szyny Zappingera, 3) wyciąg gwoździowy (wprost za kość) Steinmanna. Sposób Steinmanna zwłaszcza nadaje się przy złamaniach powikłanych, i o ile otrzymujemy chorego do leczenia po 1—2 tygodniach, a więc tam, gdzie chodzi o wyrównanie już trochę zgojonego przesunięcia. Przy złamaniach uda opatrunek gipsowy stosuje się obecnie chyba czasem u dzieci, zresztą wspomniane wyżej sposoby. Przy złamaniu w dolnej $^1/_3$ oddaje zwłaszcza szyna Zappingera bardzo dobre usługi. Wyciągi Steinmanna i Zappingera wymagają znacznie mniejszych obciążeń, niż wyciąg plastrowy, nie działają więc tak niekorzystnie na mięśnie i stawy. Przy zwykłych złamaniach goleni bez wybitnego przesunięcia stosujemy i obecnie gips okrężny. Przy złamaniach ciężkich z przesunięciem i tuż nad kostkami oddaje dobre usługi wyciąg Steinmanna. Przy wyciągu Steinmanna obciążenie nie powinno przekraczać w pierwszych dniach 15 funtów, potem je nawet zmniejszamy. Gwoździe wbija W. nie w kość piętową, lecz w goleniową. R.

Anschütz. **Leczenie złamań kości wyciągiem gwoździowym.** (Münch. med. Wochs. 1910. Nr 33). Polecone przez Steinmanna zakładanie wyciągu wprost na kość przez wbicie gwoździ stosował A. w kilku przypadkach i doszedł do następujących wniosków: Wyciąg Steinmanna oddaje bardzo cenne usługi tam, gdzie wyciągu plastrowego stosować nie można, a więc n. p. przy złamaniach powikłanych. Działa on bardzo energicznie nawet wtedy, gdy już od złamania upłynął pewien czas, a nawet gdy utworzył się staw wrzekomy. Sposób też ten nadaje się zwłaszcza wtedy, gdy złamanie z początku nie mogło być odrazu racyonalnie leczone (n. p. na wojnie, w razie powi-

kłań w narządach wewnętrznych i t. p.). Sposób Steinmanna oddaje cenne usługi także w przypadkach, w których ze względu na miejsce wyciąg plastrowy dobrze działać nie może, n. p. przy złamaniach kości stopy. Ponieważ działa on bardzo silnie, przeto nadaje się również bardzo do wyrównania skróceń po operacyjnem przedłużeniu kości lub nawet tam, gdzie gojenie kości przy wyciągu plastrowym następuje ze skróceniem. Tutaj nawet jeszcze po kilku tygodniach, n. p. przy stawie wrzekomym, uzyskać można dobre wyniki. K.

Prof. Payr. **O operacyjnem uruchomianiu sztywnych stawów.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 37). Używane obecnie sposoby krwawego uruchomienia stawów są następujące: 1) zwykłe przecięcie zrosłych części; 2) wycięcie linii stawowej (resectio); 3) sposób Kochera: po wycięciu ustawienie w pozycyi zwichniętej i odprowadzenie dopiero w 14 dni, celem zapobieżenia zrostowi; 4) wsunięcie (interpozycya) w przecięty staw okolicznych części miękkich, lub nawet ciał obcych; 5) stworzenie nowego stawu obok dawnego; 6) przeszczepienie nowego zupełnie stawu. Aby skutek operacyi był dobry, trzeba uwzględnić następujące dane: 1) rodzaj zesztywnienia (kostne, chrząstkowe, wskutek zrostów części miękkich i t. p.), do czego służy prócz badania zwykłymi sposobami także rentgenoskopia; 2) stan okolicznych tkanek miękkich i blizn mięśni, nerwów, naczyń i t. p. 3) zupełne wygaśnięcie sprawy chorobowej, która zesztywnienie wywołała; 4) stan ogólny i wiek chorego, ilość stawów zajętych i t. p. U zbyt młodych osób nie można podejmować się operacyi, bo kości jeszcze rosną, i nie można liczyć na współdziałanie chorego po operacyi. Ze zrozumiałych przyczyn nie podejmujemy się także operacyi u osób starszych, osłabionych i t. p. Rokowanie staje się wątpliwem, gdy zesztywniało kilka dużych stawów. Operować należy zesztywniałe stawy po kolei. Nigdy nie można obiecywać choremu na pewno dobrego wyniku. Przed operacyą zawsze próbować należy leczenia bezkrwawego. — Operujemy chętniej na kończynach górnych, niż na dolnych, bo zesztywnienie kończyn dolnych mniej dokucza choremu. — Prócz operacyi wielką rolę odgrywa bezwątpienia racyonalne leczenie następowe. Przyjmując więc chorego do zakładu, powinniśmy się zapewnić, że będzie on mógł łacno pozostać czas długi. Przy operacyi uwzględniać musimy cięcie odpowiednie i dokładne usunięcie wszelkich zrostów, blizn i starej zwyrodniałej torebki, a to dla zapobieżenia nawrotom. Nowa torebka wytwarza się rychło sama przez się.

Co do szczegółów technicznych, to zależą one od samego stawu, i tak: 1) Bark: cięcie Hüter-Olliera, wsunięcie płatu z mięśnia piersiowego wielkiego. 2) Łokieć: cięcie Kochera lub Langenbecka, lub dwa boczne podłużne, płat z mięśnia trójgłowego. 3) Ręka: tkanka tłuszczowa do interpozycyi. 4) Palce: wsunięcie do stawu części ścięgna zginaczy. 5) Biodro: przednie cięcie Hütera, przeszczepienie okostnej lub płat z mięśnia prostego uda, albo krawieckiego. 6) Kolano: płat z powięzi uszypułowany, z podstawą tuż przy stawie. Szpara od tyłu powinna być szersza, potem rzepkę odciągamy w górę zapomocą wyciągu, by nie przyrosła. 7) Stopa: cięcie Kochera, wsunięcie w staw płatu z mięśnia trójgłowego łydki. Po operacyach zakładamy w razie potrzeby wyciąg, n. p. Steinmanna, by odciągać od siebie nowe powierzchnie. Zmiany położenia dokonujemy zapomocą szyn sprężynowych Heusnera lub przyrządów. Dopomagają leczeniu: wstrzykiwania fibrolizyny, kąpiele, miesienie, ruchy czynne i bierne, zastoina i t. p. Ewentualnie następowo musimy jeszcze przeszczepiać ścięgna. Niemiłe powikłania: zakażenie, oderwanie się ścięgien lub więzadeł, złamania, uszkodzenia nerwów i naczyń około stawu i t. p. Powody nieudania się zabiegu: 1) nieprzestrzeganie powyżej podanych wskazań; 2) za silne przykurczenia części miękkich, blizny; 3) złe leczenie następowe. Najlepsze wyniki dają operacye stawu łokciowego, najgorsze operacye kolana. Wogóle rokować należy ostrożnie. K.

Seidel. **Stała przetoka żółciowa, a rozrzedzenie kości u człowieka.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 39). W r. 1905 zwrócił uwagę Pawłow w Petersburgu na fakt, że u psów często wskutek trwałej przetoki żółciowej lub trzustkowej powstają zmiany chorobowe w kościach, polegające na rozrzedzeniu tkanki kostnej (osteoporosis), głównie na żebrach, kręgosłupie, miednicy i barku. W roku 1907 potwierdził to Looser. Seidel zaś obecnie opisuje dwa przypadki u ludzi, w których wskutek długotrwałej przetoki żółciowej zjawiły się podobne zmiany w kościach. Jeden przypadek był sekcyonowany i znaleziono przytem stare złamania kilku żeber, o których chora za życia nic nie wiedziała. Sprawa w kościach przedstawiała się jako rozrzedzenie. W drugim przypadku przypady kostne poprawiały się zawsze po osiągnięciu lepszego odpływu żółci do jelit. Zmiany kości klinicznie cechują się bolami, ogólnem szybkiem nużeniem się, chodem niepewnym, kaczkowatym, wykrzywieniem kręgosłupa i t. p. Leczenie polega na usunięciu przetoki i skierowaniu żółci do jelit, a prócz tego na podawaniu fosforu, pokarmów zawierających wapno i żółć zwierzęcą (ew. w kapsułkach rozpuszczających się dopiero w jelitach). K.

Blum. **O leczeniu rwy kulszowej wstrzykiwaniami nadoponowemi.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 32). Polecone przez Cathelina przy zaburzeniach pęcherza, a przez Sicarda przy nerwobolach w zakresie splotu krzyżowego, wstrzykiwania nadoponowe poleca B. na mocy swego doświadczenia w uporczywych przypadkach rwy kulszowej. Wstrzykiwania te działają lepiej od wstrzykiwań okołonerwowych Langego, nie są tak bolesne, nie wywołują takiego odczynu (gorączka, ogólny rozstrój) i, co główne, nie spostrzega się po nich niedowładów. Wstrzykuje się zapomocą igły długiej 6—8 ctm. przez dolny otwór krzyżowy, który leży poniżej środkowego grzebienia krzyżowego, a pomiędzy guzami kończącymi grzebienie boczne. U osób szczupłych rysują się te punkta wyraźnie. Worek oponowy sięga do I. kręgu krzyżowego tak, że igła, nawet całkiem wprowadzona, nie dosięga go. B. wstrzykiwał dawniej 1—4% kokainę lub stowainę, obecnie przekonał się, że to samo spełnia 5—10 cm³ fizyologicznego rozczynu soli. Wstrzykiwania pomagają zwykle rychło, trzeba je zaś co 2-3 dni powtarzać. Najwyżej po piątem wstrzyknięciu skutek jest pewny. Prócz tego poleca B. wstrzykiwania nadoponowe przy uporczywych bolach i postrzałach krzyżów, przy moczeniu nocnem i przy przełomach żołądkowych lub pęcherzowych w wiądzie. Przy rwie układa się do wstrzyknięcia chorego na bok zbolały, bo igła zawsze kieruje się przytem więcej ku dołowi, więc prędzej dosięgnie pożądanego miejsca. K.

Ginekologia i położnictwo.

Roth. **O użyteczności cięcia przyłonowego (hebosteotomia) na podstawie 85 przypadków.** (Arch. f. Gyn. t. 91, z, II.). Po rozszerzeniu miednicy wykonywano zawsze natychmiast operacyę rozwiązującą, a mianowicie u pierwiastek przeważnie operacyę kleszczową, a u wieloródek obrót i wyjęcie płodu. Z tego też powodu stosowano cięcie łonowe zawsze dopiero wtedy, gdy ujście macicy było już zupełnie rozwarte; prócz tego przygotowywano u pierwiastek przedtem części miękkie (pochwę) przez założenie na pewien czas balonu do pochwy. Z matek zmarły dwie 2·35%, z płodów 6 = 7%; sprzężna prawdziwa (conj. vera) wynosiła od $6^1/_4$—8 ctm. Oba przypadki śmierci matek wykazały, że cięcia przyłonowego nie należy wykonywać przy znacznym niestosunku między główką płodu, a miednicą, jakoteż u matek, dotkniętych ciężkiemi chorobami narządów wewnętrznych (zapalenie nerek, wady sercowe); przeciwwskazanie stanowią również przypadki zakażone. Z powikłań pooperacyjnych najczęściej występowały krwa-

wienia (13 razy) i skaleczenia pochwy, pęcherza i stawów krzyżowo-biodrowych; skaleczenia stawów zdarzały się przeważnie u pierwiastek (29·4%), u których niebezpieczeństwo następowego zakażenia już z tego powodu jest większe, aniżeli u wieloródek. Dość niekorzystne wyniki wykazywały połogi operowanych, gorączkowało 48 położnic = 56·4%, z których 26 = 23·5% bardzo wysoko i długo. W szczególności spostrzegano bardzo często powstanie ciężkich nawet zakrzepów żył miednicy (14%), które w znacznej części należy odnieść do niedających się wprost skontrolować różnych skaleczeń części miękkich. Z powikłań późniejszych najczęściej występowały zaburzenia w chodzie, obniżenia pochwy i macicy, jakoteż przepukliny w miejscu przecięcia kości, stany, które czasem znacznie upośledzały zdolność do pracy, a nadto wpływały niekorzystnie na psychikę operowanych. W dłuższy czas po operacyi zgłosiło się do badania 38 kobiet, z których 1/3 podała, że potrzebowały 3—12 miesięcy, aby módz dobrze chodzić i pracować, i aby do pewnego stopnia uwolnić się od różnych przypadłości. Trzy kobiety, u których przy następnych porodach wykonano cięcie cesarskie, oświadczyły z naciskiem, że nigdy nie pozwoliłyby na cięcie przyłonowe, a jeżeliby zaszła potrzeba operacyi, to chyba znowu na cięcie cesarskie, po którem o wiele szybciej przyszły do zdrowia i nie miały takich przykrych dolegliwości, jak po cięciu przyłonowem. Dziesięć kobiet skarżyło się jeszcze po latach na bole przy chodzeniu, dłuższem staniu lub dźwiganiu ciężarów; bole te niewątpliwie należało odnieść do zmian w stawach krzyżowo-biodrowych. Przykrych tych następstw można uniknąć tylko w ten sposób, jeżeli się nie będzie operować tych wszystkich przypadków, gdzie zachodzi większy niestosunek między główką płodu, a miednicą matki. — Przyczynę dość częstych obniżeń pochwy i macicy należy odnieść do częstych naddarć mięśniowych przepony miednicznej przy rozejściu się pierścienia miednicznego. — Wyniki co do stałego rozszerzenia miednicy również nie były zbyt korzystne. Na 19 operowanych, które później znowu zgłosiły się do porodu, tylko u 6 stwierdzono rozszerzanie się pierścienia miednicznego przy porodzie, u 9 wcale rozszerzenia nie zauważono, a u 4 była miednica jeszcze bardziej ścieśniona wskutek grubej wystającej kostniny. Wyniki te wskazują, że po cięciu przyłonowem przeważnie następuje kostne zrośnięcie się w miejscu przecięcia. Co się tyczy praktycznego zastosowania cięcia przyłonowego, to autor sądzi, że nie nadaje się ono zupełnie dla praktyki ogólnej, lecz tylko dla odpowiednio urządzonych zakładów leczniczych. Dla lekarza praktycznego będzie wywołanie porodu przedwczesnego w przypadkach ścieśnienia miednicy najkorzystniejszym zabiegiem rozwiązującym. Zastosowanie cięcia przyłonowego należałoby wogóle ograniczyć, a mianowicie przez wyłączenie od tej operacyi pierwiastek, przypadków zakażonych i rodzących, dotkniętych ciężkiemi chorobami, oraz ścieśnień miednicy ze sprzężną prawdziwą poniżej 7 ctm. Dr E. Ehrenpreis.

Prof. Leopold. **Jakie stanowisko zajmuje klasyczne cięcie cesarskie w stosunku do cięcia przyłonowego i do cięcia cesarskiego zaotrzewnego.** (Arch. für Gyn. t. 91, z. II.). Omówiwszy krytyczne wyniki tych 3 operacyi, jakoteż zabiegu Porro, zastanawia się autor nad wzajemnym ich stosunkiem ze stanowiska praktycznego. Klasyczne cięcie cesarskie może znaleść zastosowanie przy miednicy ścieśnionej ze sprzężną prawdziwą (conj. vera) poniżej 8, wzgl. 7½ ctm. u rodzącej niezakażonej pierwiastki, czy wieloródki, w każdym okresie porodu, jeżeli tylko płód na pewne żyje. Śmiertelność matek obliczył autor na swoim materyale na 1·2% — dzieci 0%. Operacya Porro jest wskazana przy sprzężnej prawdziwej od 7 ctm. w przypadkach zakażonych, szczególnie, jeżeli płód nie żyje, okolicznościowo nawet u pierwiastek, i to również w każdym okresie porodu. Śmiertelność matek 0%, płodów 5·6%. Zastosowanie cięcia przyłonowego (hebosteotomia) ogranicza się, celem ratowania płodu, do miednic ścieśnionych ze sprzężną prawdziwą od 8—6¾ ctm.; sprzężna 6½ ctm., może przy rozejściu się rany kostnej i dużym płodzie stać się już bardzo niebezpieczną dla stawów krzyżowo-biodrowych. Wybierać należy przypadki tylko niezakażone i nie operować tym sposobem pierwiastek, u nich bowiem powstają bardzo często różne skaleczenia i zranienia części miękkich i pęcherza. Śmiertelność matek 1·2%, płodów 6—8%. — Cięcie cesarskie zaotrzewne znajduje zastosowanie, celem uratowania płodu, podobnie, jak klasyczne, przy miednicy ścieśnionej ze sprzężną prawdziwą 8 ctm. Nadzieja zastosowania tej operacyi w przypadkach zakażonych, celem uratowania matki i płodu, dotychczas zawiodła. Śmiertelność bowiem matek i płodów wynosi w takich przypadkach 8%, głównie z tego powodu, że przeprowadzenie tej operacyi istotnie zaotrzewnie napotyka często na nieprzezwyciężone trudności. Najlepsze więc wyniki tak dla matek, jak i dla płodów, otrzymano po cięciu cesarskiem klasycznem, którego, jak dotychczas, żadna operacya nie zdołała przewyższyć. Dr E. Ehrenpreis.

Görl. **Wywoływanie bezpłodności u kobiet zapomocą promieni Röntgena.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 34). Od lat 4 zajmuje się autor sprawą leczenia krwawień i mięśniaków macicy zapomocą naświetlań promieniami Röntgena i doszedł do przekonania, że zapomocą tego sposobu udaje się zupełnie niszczyć zarazem czynność jajników. — G. postępuje bardzo ostrożnie i powoli, używając twardych lamp i to z takiej odległości i w takiem nasileniu, że przy posiedzeniu, trwającem do 45 minut, zaledwo wywołuje mały odczyn skóry, i to jeszcze zwykle każde posiedzenie dzieli na 3 części, uważając, by każda część skóry nie była częściej naświetlaną, niż co 8 dni. Najpierw naświetla zawsze okolicę obu jajników u osób chudych wprost, u otyłych zapomocą ołowianych tubusów, a po następnych posiedzeniach obejmuje dalsze okolice od grzbietu. Leczenie należy zaczynać zawsze wkrótce po ostatniej regularności, albowiem zwykle z początku jest silne podrażnienie i ewentualna miesiączka mogłaby być bardzo silna. Następna miesiączka bywa zwykle taka jak zwykle, a potem dopiero stają się miesiączkowania skąpszemi, za to trwają dłużej i zjawiają się w coraz to większych odstępach czasu, aż znikną zupełnie. Leczenie to wywiera także bardzo korzystny wpływ na serce, a mięśniaki zmniejszają się, a nieraz znikają zupełnie. A.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z d. 26. października 1910 r.

Przewodniczy r. dw. Prof. Dr Wicherkiewicz. Obecnych członków 46.

1) Przewodniczący przedstawia jako gościa radcę medycynalnego okulistę p. Łobassowa z Warszawy.

2) Protokół poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

3) Dr Eisenberg przedstawia mikroskopowe preparaty z przypadku **zapalenia gardła Plaut-Vincenta** (prątek wrzecionowaty i krętowłosy).

Dr Spira podaje szczegóły z klinicznego przebiegu tegoż przypadku; w celach leczniczych stosowano 10% azotan srebrowy i H_2O_2.

4) Przewodniczący podaje do wiadomości, iż na podstawie głosowania przyjęci zostali w poczet członków: Dr Maryan Eiger i Dr Marya Horowitz-Loriowa.

5) Dr Kwaśnicki wygłasza wykład: **Klinika cholery.**

6) Dr Janiszewski wypowiada wykład: **Profilaktyka cholery.**

Posiedzenie d. 6 listopada 1910.

Przewodniczy r. dw. Prof. Dr Wicherkiewicz. Obecnych członków 48.

1) Przewodniczący przedkłada listę komitetu przedwyborczego, którą jednomyślnie przyjęto. W skład komitetu weszli: przewodniczący Dr Kwaśnicki; członkowie: Dr Bannet, Bielański, Boczar, Prof. Braun, Prof. Dobrowolski, Dr Friedmann, Grzybowski, Jakobsohn, Kania, Prof. Kostanecki, Prof. Maziarski, Dr Morawski, Prof. Nowotny, Dr Oświecimski, Poźniak, Praetzel, Sikorska, Stahr, Warzycki.

2) Prof. Rutkowski przedstawia przypadek **plastyki kości kończyny dolnej**, wykonanej z powodu mięsaka.

3) Przewodniczący zagaja dyskusyę nad odczytami **o cholerze**.

Dr Eisenberg zaznacza, że jakkolwiek dotychczasowe próby antyseptyki wewnętrznej nie dały zachęcających wyników, to jednak wobec postępów chemoterapii należy w tym kierunku dalej szukać i zwraca uwagę na ciekawe doświadczenia Conradiego, któremu zapomocą chloroformu udało się skutecznie leczyć zakażenia durowe u królików. Nadto możeby warto popróbować octanu glinowego, który w postaci »gelonida aluminii subacetici« ma skutecznie zmniejszać ilość bakteryi w jelitach. Co do zapatrywania wypowiedzianego przez red. Kwaśnickiego, że w cholerze należy przetrzymać siły chorego aż do przesilenia się choroby, to znajduje ono poparcie w spostrzeżeniach bakteryologicznych, które wykazały, że pewne zarazki mają ograniczony cykl rozwojowy i przez to zakażenia przez nie wywoływane mogą znaleść naturalny koniec, o ile nie zabiją wprzód ofiary, nie w odporności ustroju, ale w biologii samego zarazka. Co do epidemiologii wreszcie, na podstawie stosunków rosyjskiej cholery podkreśla E. znaczenie czynników społeczno-kulturalnych, jako ważnego czynnika w szerzeniu się i zwalczaniu zaraz i wzywa do szerzenia oświaty jako skutecznej broni w walce z zarazami

Dr Buzdygan: W leczeniu cholery zasadniczem wskazaniem jest przywrócić zagęszczonej krwi utraconą jej surowicę. Ten cel usiłowano osiągnąć wstrzykiwaniami rozczynów słonych. Z utratą wody krew cholerycznego traci także i swe sole i dlatego stosowane dotąd wstrzykiwania fizyologicznego rozczynu soli okazały się często mało skuteczne, szczególniej w przypadkach ciężkich, gdzie właśnie stosunek soli zawartych we krwi spadał poniżej poziomu prawidłowego. Wówczas wstrzykiwania surowicy hypertonicznej powstrzymują utratę wody z ustroju i stolce wodniste stają się mniej częste. Większej skuteczności surowicy hypertonicznej nad fizyologiczną dowodzą zestawione liczby statystyczne, ogłoszone przez Rogersa, profesora »Medical College« w Kalkucie. W okresie 1895—1905, gdzie cholerycznych leczono wlewaniami podskórnemi lub do jelit z rozczynu fizyologicznego chlorku sodu — śmiertelność dosięgała 59%. W r. 1906 użyto tegosamego rozczynu fizyologicznego, ale do wstrzykiwań wśródżylnych, śmiertelność spadła do 51·9%. A gdy w r. 1907 wrócono do leczenia z okresu 1895—1905, śmiertelność znów się podniosła do 59·5%. W latach 1908 i 1909 stosowano wlewania śródżylne z rozczynu hypertonicznego, a mianowicie chlorku sodu 7·20, chlorku potasu 0·36 i chlorku wapnia 0·24 na 500·0 wody wyjałowionej; śmiertelność spadła na 32·6%. Gdy Rogers obok wlewań surowicy hypertonicznej zaczął podawać cholerycznym do picia środek silnie utleniający: nadmanganian potasu od 0·03—0·06 na 500·0 wody a nawet w silniejszych rozczynach, śmiertelność spadła do 23·3%. Kol. Kwaśnicki wspomniał także i o metodzie leczenia cholery środkiem wymiotnym, stosowanym przez Chałubińskiego. Muszę przytoczyć teoryę, na której ten znakomity praktyk opierał swoją metodę, a o której mi osobiście nieraz mówił. »Z samego początku choroby należy wywołać wymioty żółciowe, żółć bowiem niweczy zarazki choleryczne nagromadzone w żołądku«. Wedle dzisiejszych doświadczeń wiemy przeciwnie, że w żółci przebywają prątki Ebertha, czy i inne tam się nie mieszczą? A więc z początku choroby usunięcie wymiotami zarazka zapobiegnie chorobie. Tenże sam Chałubiński dał mi proszki wymiotne do kieszeni, gdy w r. 1885 jechałem do wielkiej epidemii cholery w Hiszpanii. Po kilku miesiącach pobytu w Madrycie zachorowałem, sięgnąłem po proszek Dra Chałubińskiego, nastąpiły wymioty żółciowe, a po 2 dniach opuściłem łóżko. (Stresz. własne).

Dr Kania: Przy leczeniu cholery wiele rzeczy musimy mieć na względzie. Przedewszystkiem trzeba pamiętać, że jedna epidemia nie jest w zupełności podobna do drugiej, że nawet charakter choroby innym bywa w początku danej epidemii, a innym ku końcowi jej trwania. Wskutek tego metody leczenia, dające raz dobre wyniki, zawodzą kiedyindziej. Stąd powodzenie w różnych epidemiach najrozmaitszych środków leczniczych: środki wymiotne, czyszczące, wstrzymujące, odurzające, przeciwgnilne itd., wszystkie miały swe okresy powodzenia i okresy, gdy w zupełności zawodziły. Dlatego lekarz, przystępując do walki z cholerą, musi cały arsenał naszej wiedzy leczniczej mieć na pogotowiu, być niejako eklektykiem i nie zacieśniać się »a priori« do jednej jakiej metody. Ze specyalnych niejako metod leczniczych, stosowanych przy cholerze, dwie zwłaszcza znajdują szersze zastosowanie. Jedna to metoda Cantaniego, o której wyczerpująco już mówił red. Kwaśnicki w swym wykładzie. Druga — metoda wlewań śródżylnych. Ta metoda nie jest nowszą, jak ją nazwał przed chwilą kol. Eisenberg, jest ona właśnie jedną z najstarszych metod leczniczych przeciwcholerycznych. Nie mówiąc już o próbie stosowania tej metody podczas epidemii w Moskwie 1831 r., gdzie fałszywie pojęta nie dała żadnych wyników, to w r. 1832 Thomas Latta z Leith w Szkocyi stosuje ją z powodzeniem i na wielką nawet skalę. Później widzimy ją w użyciu w czasie różnych epidemii na Zachodzie, zwłaszcza we Francyi, sporadycznie niejako przez różnych lekarzy. Hayem w r. 1884 usystemizował ją, że tak powiem, łącząc wlewania śródżylne swej surowicy (Natr. chlorat. 5.00, Natr. sulfur. 10.00, Aq. steril. 1000.00) z ciepłemi kąpielami o 40° C. (po 20 min. co parę godzin). Metoda Hayema znajdowała szerokie zastosowanie we Francyi w czasie epidemii cholery 1892 r. Jednak, raz jeszcze powtarzam, nie należy przy cholerze do jednej metody się ograniczać. Wlewania śródżylne, to zabieg poważny, to też stosuje się je prawie »in extremis«, gdy ciśnienie krwi spada poniżej 80 m/m, a nawet 70 m/m, gdy tętno przestaje być wyczuwalne. Wlewamy wtedy do żyły $1^1/_2$ do 2 litr. płynu. Działanie tego zabiegu jest bardzo szybkie, ale przemijające, tak że niejednokrotnie trzeba go powtarzać. Doświadczenie kliniczne przekonało, że trwalszą poprawę zyskujemy, wlewając do żył płyn hypertoniczny, t. j. o koncentracyi solnej — 1·3% do 1·5%, zamiast 0·75% do 0·95%. Inaczej ma się z wlewaniem podskórnem płynu. Stosować je łatwiej, można przeto znacznie wcześniej uciec się do tego zabiegu; podskórnie wstrzyknięty płyn nie działa wprawdzie tak szybko, wchłania się wolniej, ale też zato dłuższem jest jego działanie. Trzeba więc umieć godzić te metody i stosować wlewanie podskórne w razie potrzeby nawet we wczesnych stadyach choroby, zachowując w rezerwie wlewanie śródżylne na później, gdy mimo wszystko okaże się potrzeba szybkiego i energicznego zadziałania. Przy tej sposobności nadmienić muszę, że skład chemiczny wstrzykiwanego płynu nie jest obojętny dla ustroju. Dla należytego funkcyonowania ustroju niezbędnem jest zachowanie jego równowagi chemicznej, równowagi mineralnej. Nie każdy z płynów, będących w użyciu przy wstrzykiwaniach, odpowiada tym wymaganiom. Idealnym takim płynem jest woda morska izotonizowana. Niestety, musi ona być względnie świeżą przy użyciu, nie może przeto znaleść u nas szerszego zastosowania. Normalna woda mineralna Prof. Jaworskiego Nr I. (1%) może również w tym celu być użyta. Należałoby tylko dodać do niej nieco rozpuszczalnych soli wapiennych. Dobrzeby też było mieć ją gotową w nieco bardziej zgęszczonej formie (1·4%) do wlewań śródżylnych

hypertonicznych. Kol. Buzdygan przytoczył przed chwilą niedawno ogłoszoną (Brit. med. Journ. 24. września 1910) statystykę Prof. Rogersa z Kalkuty i podał w krótkości sposób jego leczenia, który w jego ręku dał rzeczywiście zdumiewające wyniki, bo tylko 23·3% śmiertelności i to w czasie epidemii, gdy w innych szpitalach statystyka wykazała 71% śmiertelnych przypadków. Nie będę więc mówić o tem, chciałbym tylko dopełnić to, co powiedział kol. Buzdygan i sformułować dawkowanie nadmanganianów według wskazówek Rogersa. Mianowicie od pierwszej chwili daje on chorym do picia »ad libitum« w miejsce wody czy innego napoju rozczyn nadmanganianu wapnia (calcium hypermanganicum). Zaczyna on od 0·05 na litr wody, i, o ile chory znosi to dobrze, podaje mu rozczyn coraz silniejszy, dochodząc do 0·50 a nawet 0·75 nadmanganianu wapniowego na litr wody. Jeżeli chory nie znosi tego napoju, to mu podaje nadmanganian w pigułkach. Nie mogąc mu dać w tej formie nadmanganianu wapniowego[1]), stosuje on wtedy pigułki, zawierające 0·13 nadmanganianu potasowego w połączeniu z kaolinem i waseliną. Pigułki te muszą być keratynizowane, aby się rozpuszczały dopiero w jelicie. Daje on przez pierwsze dwie godziny 1 pigułkę co kwadrans, następnie 1 pigułkę co ½ godziny, aż wypróżnienia staną się mniej częste i zielonawo zabarwione. Drugiego i trzeciego dnia powtarza to leczenie, dając chorym po 8 pigułek, po jednej co ½ godziny. Pod wpływem tego leczenia okres odczynu przebiega spokojnie i zdrowienie jest krótkie. Jednakże koniecznym warunkiem powodzenia jest stosowanie nadmanganianów w możliwie najwcześniejszym okresie choroby. Chciałbym tu jeszcze dodać małą uwagę. Mianowicie, typowy obraz cholery przypomina bardzo obraz ostrej niedomogi nadnerczy, jaki się daje czasem spostrzegać w innych chorobach zakaźnych, a znany nam od czasu pracy Sergenta i Bernarda (1902). Rolleston, Hutinel, Neder, Moizard i in. stosowali nieraz w tych przypadkach opoterapię i niejednokrotnie z dobrym wynikiem. Nasuwa się więc myśl, czyby i w przypadku cholery w pełni rozwoju nie można próbować stosowania opoterapii z nadnerczy, czy to jako wyciąg z nadnerczy (fabr. Carrion et Hallion), czy jako hemizinę (fabr. Burroughs Wellcome and Co), czy wreszcie jako adrenalinę 1:1000. Adrenalinę można dawać kroplami wewnętrznie, lub też podskórnie. Można wreszcie łączyć ją z płynem wstrzykiwanym podskórnie w ilości 1 c. sz. adrenaliny 1:1000 (czyli 0·001 adrenaliny) na 250—500 c. sz. wstrzykiwanego płynu. W najgorszym razie, płyn taki działa dodatnio na podniesienie obniżonego ciśnienia krwi. (Stresz. wł.).

W końcu przemawia r. dw. Prof. Dr Wicherkiewicz: Na zakończenie niech mnie będzie wolno słów kilka dorzucić. Skończywszy studya lekarskie w r. 1873, odrazu miałem stoczyć pod okiem mego ojca, bardzo wziętego lekarza, walkę zawodową z trzema potężnymi przeciwnikami, bo z durem plamistym, ospą i cholerą. Dostałem się w okolicę, mocno chorobami nawiedzoną, a po wsiach całe domy traciły swych mieszkańców na cholerę, gdy nie było pomocy lekarskiej. Natomiast śmiertelność nie była zbyt wielka, gdy wcześnie zastosowywano odpowiednie środki. Do nich należał jeden, o którym dotychczas nie było tutaj wzmianki, t. j. olej rącznikowy. Ze wszystkich środków wypróżniających on jeden okazał się skutecznym, w samym początku choroby podany. Czy tę skuteczność zawdzięcza składnikom szkodliwym dla przecinkowców, nie mogę rozstrzygnąć. Oczywiście stosowano nadto przetwory makowca, a obfitymi napojami, zwłaszcza wodą sodową albo lekko słoną, starano się ubytek, spowodowany wypróżnieniami, wyrównać. Chorego zawijano w koce, by nie tracił ciepła.

Rolę jednak najważniejszą odgrywa w epidemii zapobieganie, ale jak trudno o nie u naszego ludu, o tem mogłem się niejednokrotnie i w czasie tej epidemii cholery przekonać. Powołano mnie na wieś, gdzie w jednej chałupie dogorywał ojciec 20 letniej dziewczyny, jedynej pozostałej z mieszkańców tego domu. Poleciłem natychmiast dziewczynę po śmierci ojca umieścić gdzieindziej, a przedewszystkiem zakazałem jej zajmować się praniem zbrudzonej po ojcu bielizny. Gdy mnie w kilka dni później znowu przywołano do tejsamej wsi, dowiedziałem się, że to owa dziewczyna, która mimo zakazu praniem bielizny po śmierci ojca się zajęła, ciężko zachorowała. Udało się jednak mimo bardzo groźnych objawów chorą ocalić. Po tygodniu nawrót wskutek spożycia śliwek, ale znowu pokonany tymisamymi środkami. Profilaktyka cholery sprawiła w r. 1848, że, jak to niedawno Wiliam Calwal wykazał, wkradł się wśród ludu zwyczaj nadużywania eteru w postaci kropel cholerycznych. W północnej Irlandyi mają kobiety, używające eteru, stanowić od tego czasu gdzieniegdzie 10% do 25% ludności. Wiemy, że i u nas wielokrotnie zakorzenił się ten szkodliwy dla zdrowia nałóg używania kropel Hoffmana, zawierających właśnie eter.

4) Przewodniczący zawiadamia o wyniku głosowania, na mocy którego Dr Markowa została przyjęta w poczet członków.

5) Doc. Dr Koźniewski wygłasza wykład: **O hormonach.** (Część I.).

Sekretarz: Dr Bujak.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie z d. 7. września 1910 r.

Przewodniczący: kol. Krusche. Sekretarz: kol. Sonnenberg.

1. W przemówieniu zagajającem, prezes kol. Krusche zawiadomił, iż w lipcu b. r. zmarł kol. Aleksander Tumpowski, który przed opuszczeniem Łodzi był członkiem naszego Towarzystwa i brał w życiu Towarzystwa czynny udział. Kol. Krusche podniósł zalety zmarłego kolegi, który był oddany pracy, przywiązany do zawodu, stronił od wszelkiej reklamy i odznaczał się prawością charakteru, co mu jednało szacunek kolegów. Zmarły licznemi pracami z dziedziny chorób nerwowych zasilał pisma lekarskie polskie oraz umieszczał artykuły w czasopismach lekarskich zagranicznych. B. p. kol. Tumpowski praktykował lat kilka w Irkucku, poczem wrócił do kraju i ostatnie lata praktykował pod Warszawą, w Otwocku. Zmarł w sile wieku, w Wiedniu, dokąd się udał, szukając ratunku dla swego zdrowia. — Obecni uczcili pamięć zmarłego kolegi przez powstanie z miejsc.

2. Kol. Prezes zawiadomił obecnych, że na skutek poczynionych u władz starań, dotyczących wyjednania pozwolenia na **Zjazd w Łodzi przedstawicieli Towarzystw lekarskich prowincyonalnych w roku przyszłym** z okazyi obchodu 25-lecia naszego Towarzystwa, nadeszła od generał-gubernatora warszawskiego przychylna odpowiedź z zastrzeżeniem, że na miesiąc przed otwarciem Zjazdu będzie władzom gubernialnym przedstawiony szczegółowy program czynności Zjazdu, oraz, że posiedzenia odbywać się będą w obecności przedstawiciela policyi.

3. Kol. Prezes zawiadomił obecnych, że z przyczyny zrzeczenia się przez kol. Perlisa godności członka sądu przy Towarzystwie lekarskiem łódzkiem, z dwóch zastępców sędziów, kolegów: Pieniążka, obranego w swoim czasie 20 głosami i Sonnenberga, obranego 18 głosami, członkiem sądu zostaje kol. Pieniążek.

4. Z kolei poruszono będące na porządku dziennym pytanie, czy Towarzystwo lekarskie łódzkie ma wziąść udział, przyłączając się do kilku innych instytucyi, w adresie do fundatorów szpitala »Anny-Maryi«. Nad sprawą tą wywiązała się dyskusya. Zwrócono uwagę, że jeżeli adres może był właściwym wówczas, kiedy ufundowano szpital, to chwila

---

[1]) Przed 1½ rokiem może C. Arbour Stephens zaczął polecać calcium hypermangan., jako środek prawie specyficzny w pewnych wypadkach nieżytu żołądka i jelit. Niektóre fabryki przetworów farmaceutycznych w Anglii (Allen and Hanbury; Oppenheimer) wyrabiają od tego czasu gotowe kapsułki, zawierające calc. hypermang., a rozpuszczające się dopiero w jelicie.

obecna, kiedy fundatorowie oddają go Towarzystwu Dobroczynności, usuwając się od dalszej opieki nad szpitalem — jest mniej odpowiednia. Dalej w rozprawach wyłoniły się inne jeszcze pytania: czy za ofiary pieniężne adres stanowi odpowiednią formę uznania? Jak postępują w podobnych wypadkach inne miasta? Odpowiedziano, że w sprawach podobnych nie należy się kierować tem, jak się rzeczy tego rodzaju załatwia gdzieindziej i że należy postępować samodzielnie. W dyskusyi podkreślono również sympatyczną cechę omawianej ofiary, a mianowicie fakt, że fundatorowie zrobili ofiarę poniekąd bezimiennie, nie wiążąc — jak to się zwykle w podobnych przypadkach dzieje — swego nazwiska z instytucyą. Za przyłączeniem się naszego Towarzystwa do adresu, nikt nie przemawiał. Sprawę postanowiono poruszyć na jednem z przyszłych posiedzeń.

5. Kol. Sterling, wobec braku zapowiedzianego odczytu, mówił o przyczynie **trudności w rozpoznawaniu gruźlicy płuc u starców**; o »arthritis tuberculosa acuta« Ponceta; o »**typho-bacillosis**« Landouzyego.

6. W dyskusyi kol. Klozenberg zapytuje prelegenta, czy przytoczony przez niego przypadek Ponceto nie da się podprowadzić pod obraz »polyserositis«? Kol. Rueger zwraca uwagę, że odczyt prelegenta o »typho-bacillosis« przypomina mu przypadek z praktyki prywatnej, który możnaby zaliczyć do wspomnianego typu: chory, po przebyciu choroby o objawach duru brzusznego, dostaje po 3 tygodniach nawrotu gorączki z objawami ze strony płuc i jelit: kaszel, bole w piersiach, plwocina ze stałą domieszką krwi, obfite poty, w lewym szczycie stłumienia, brzuch wzdęty, przy ucisku bolesny, biegunka. C. 40°. T. 130, słabe. Przypuszczając gruźlicę prosówkową, kol. R. chorego do szpitala nie przyjął. W rok później, ku zdziwieniu kol. R., pacyent zjawił się z powodu ropnia zimnego na udzie. Badanie płuc poza wyraźnem stłumieniem i osłabieniem szmerów oddechowych w lewym szczycie innych zmian nie wykazało. - Kol. Rosenthal zwraca uwagę, że odczyn dwuazowy, który dosyć często spotykamy przy durze brzusznym, nie jest jednak dla duru charakterystyczny, bywa bowiem i przy innych cierpieniach. W gruźlicy występuje on w okresie rozpadowym, a wówczas badanie kliniczne zwykle pozwala odróżniać tę sprawę od duru brzusznego. Odczyn widać również niewiele pomaga przy odróżnianiu duru brzusznego od gruźlicy w początkowym okresie jej rozwoju. Metoda aglutynacyjna Widala w wielu przypadkach duru występuje dość późno, w początkach więc duru niema wielkiej wartości rozpoznawczej. Wyniki dodatnie przemawiają za durem, lecz ujemne nie świadczą przeciwko niemu. — Kol. Trenkner przytacza przypadek ze swej praktyki, przypominający typ cierpienia, o którym mówi prelegent. Przypadek dotyczy chorego, który był dotknięty gruźlicą płuc, u którego występowały obrzęki stawów bolesne, lecz bez cech ostrego zapalenia. — Kol. Birencweig zwraca uwagę na to, że znane mu są z nowszego piśmiennictwa opisy przypadków cierpień nerek, spostrzeganych u osób, dotkniętych gruźlicą, lecz u których ogniska gruźlicze znajdują się nie w nerkach, lecz w innych narządach. Wymienione zapalenia nerek, prawdopodobnie wywołane przez toksyny lub laseczniki gruźlicze z odległych ognisk, znamionują się tem, że przebiegają pod postacią zwykłego zapalenia nerek, pod względem jednakże anatomo-patologicznym żadnych dla gruźlicy znamiennych cech nie przedstawiają. Jestto dział cierpień: »nephrites chez les tuberculeux«. — Kol. Rozenblatówna zwraca uwagę na istnienie postaci przewlekłego gośćca gruźliczego o objawach klinicznych, przypominających zupełnie zwykły gościec stawowy przewlekły. W szpitalu »Anny Maryi« postać tę spostrzegano dwukrotnie. — Kol. Sterling odpowiedział wszystkim oponentom.

W końcu posiedzenia kol. Krusche przestawił preparat **raka okrężnicy poprzecznej**. E. Sonnenberg.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Sekcya neurologiczno-psychiatryczna.

Posiedzenie z dnia 28. grudnia 1909 r.

(w sali posiedzeń szpitala im. Poznańskich).

1. Kol. Pański przedstawia przypadek **nowotworu mózgu.** K., 60 lat, żonaty, ma 3 dzieci; zaprzecza przebycia kiły i brak też powodów do podejrzenia w tym względzie. Kilkakrotne zapalenie płuc, ostatnie przed 2 laty. Od tego czasu chory na zdrowiu nie zapadał. Od 12 tygodni bole głowy i wymioty. Między napadami bolów głowy 2—3 dni bez bolów; wtedy również niema wymiotów. Podczas napadów mówi chory od rzeczy w przeciągu paru minut, poczem znów przytomność wraca; czasami słyszy wtedy, co się do niego mówi, nie może jednak odpowiedzieć. Bywały dnie całe, kiedy chory nic nie mówił, lub nie rozumiał, co się do niego mówiło.

Chód nieco bezładny. Nieznaczny objaw Romberga. Porażeń kończyn, ani nerwów czaszkowych niema. Odruchy ścięgnowe i skórne zachowane, odruchów Oppenheima i Babińskiego niema. Czucie zachowane. Wzrok, słuch, smak, powonienie — zachowane. Źrenice — średniej szerokości, równe, oddziaływają na światło. Na dnie oczu wyraźne brodawki zastoinowe. — Serce bez zmian, tętno 84. W płucach dużo rzężeń. Niema zaburzeń w oddawaniu moczu. W moczu brak białka i cukru. — Ogniskowych objawów niema. Bole głowy i wymioty, trwające kilka miesięcy; napady nieprzytomności, a zwłaszcza brodawki zastoinowe upoważniają do rozpoznania nowotworu mózgu. Brak objawów ogniskowych utrudnia określenie siedziby nowotworu. Niema również dostatecznych danych do wyjaśnienia rodzaju nowotworu. (Streszczenie własne).

Dyskusya: Kol. Klozenberg: Wobec braku objawów ogniskowych należy się zastanowić, czy nie chodzi tu o surowicze zapalenie opon. Wątpliwość tę rozstrzygnie nakłucie lędźwiowe, które należy przedsięwziąć oczywiście z zachowaniem ostrożności. — Kol. Pański: Nakłucie będzie wykonane, o ile chorego da się namówić do zapisania się do szpitala.

2. Kol. Klozenberg przedstawia chorego po **zatruciu tlenkiem węgla.** Chory, l. 39, przywieziony został przez Pogotowie w stanie nieprzytomnym, jako zaczadzony: respiratio stertorosa, sinica, tętno nie wyczuwalne, tony serca głuche. Nazajutrz chory po zastosowanych zabiegach powrócił do przytomności.

Skarży się na uczucie drętwienia w prawej kończynie dolnej, bole w prawym pośladku, na trudność chodzenia i częste wrażenia zimna w prawej kończynie dolnej. Chodzi, powłócząc prawą kończyną dolną i wyprostowując ją w stawie kolanowym. Unosi kończynę zaledwie do 45°, przyczem występuje w lekkim stopniu bezład. Zginanie, wyprostowywanie, ruchy stopy i palców znacznie gorsze, niż po stronie lewej. Odruchy kolanowe z obydwu stron jednakowo żywe. Brak prawego AR, lewy — prawidłowy. Brak odruchów podeszwowych, Babińskiego. Odruchy brzuszne i mosznowe z obu stron jednakowe. Nieznaczny zanik mięśni prawej goleni i pośladka. Oddziaływanie mięśni grupy strzałkowej prawej = 0, z wyjątkiem krótkiego prostownika palców i długiego prostownika palucha. Zanik mięśni międzykostnych dłoni prawej, kłęba i kłębka (od dzieciństwa). Objaw Laseguea b. wydatny. Czucie na całej połowie ciała i twarzy słabsze, szczególniej osłabione na prawej kończynie dolnej, gdzie ukłucie jest prawie zupełnie niebolesne. Bolesność na przebiegu nerwu kulszowego od kości krzyżowej do łydki. Prawa źrenica nieco węższa; oddziaływanie dobre. Język zbacza nieco na prawo.

Mamy tu więc dwie sprawy — jedną starą — porażenie zanikowe w prawej dłoni; drugą świeżą, zależną od zatrucia CO. W tej drugiej sprawie zupełnie wyraźnie występują ze strony n. kulszowego: bolesność na przebiegu, objaw Laségua, porażenie grupy strzałkowej degeneracyj-

nego charakteru, brak odruchu Achillesa i parestezye — zapalenie n. kulszowego. Obok tego połowicze znieczulenie prawostronne, prawa źrenica węższa, język zbaczający w prawo — objawy, które można powiązać tylko z trudnością, jako wyrazy sprawy rozlanej mózgowia (encephalitis). Kombinacye sprawy rozlanej mózgowia z zapaleniem nerwów są znane.

Dyskusya: Kol. Steinberg pyta, czy u chorego można zapalenie przednich rogów w dziecinnym wieku wyłączyć. — Kol Pański uważa przypadek za niezmiernie ciekawy i rzadki. Zapalenie nerwów bezwątpienia pochodzi z zatrucia tlenkiem węgla. Mowca nie zgadza się z Klozenbergiem, że szczególnie rdzeń ma być wrażliwy na tlenek węgla. Pomijając zanik mięśni ręki od dzieciństwa, resztę objawów można wyjaśnić zapaleniem mózgowia (encephalitis) lub wogóle procesem w mózgowiu; do nich należy zboczenie języka, nierówność źrenic. Co się tyczy stępienia czucia, to zdaje się ono być charakteru czynnościowego: ukłucia na tej stronie, którą chory uważa za lepszą pod względem czucia, o ile są robione więcej w tę samą stronę, chory lepiej odczuwa, niż te, które są robione w stronę, uważaną za upośledzoną; są to wrażenia, które należy sprawdzić dokładnem badaniem. — Kol. Klozenberg uważa tłómaczenie Pańskiego za mogące odpowiadać rzeczywistości. Zastanawia go jedynie to, że w opisywanych przypadkach zapalenia jednego nerwu (mononeuritis) nie spotykał nigdy spraw zapalnych mózgowia. W danym przypadku zapalenie mózgowia musiałoby być rozsiane, — jednem ogniskiem objaśnić wszystkich objawów nie można. Co do zapalenia przednich rogów rdzenia, o które pyta kol. Steinberg, wie kol. Klozenberg tylko tyle, że zaniki mięśni były od dzieciństwa. — Kol. Pański: Po zatruciach CO spostrzegano zupełny bezmysł (amentia), który tłómaczono zajęciem mózgowia. Co się tyczy różnicy szerokości źrenic w danym przypadku, to jest ona minimalna.

3. Kol. Kopciński. Odczyt: **Z kursów Kraepelina.** Kursa Kraepelinowskie mają widocznie na celu prócz dania słuchaczowi najświeższych wiadomości z psychiatryi i pokrewnych dziedzin przedstawienie pracy naukowej kliniki Kraepelina. Dlatego krótko omówiwszy trzech obcych prelegentów — Siepmana (aphasia, apraxia, agnosia), Brodmana (histologia topograficzna kory mózgowej) i Kattwinkla (demonstracye neuropatologiczne), przechodzi sprawozdawca do prelegentów z kliniki Kraepelina. Streszcza poglądy Kraepelina na psychozy maniakalno-depresyjne, wczesne otępienie, bezmysł (amentia), uwagi jego przy przedstawianiu chorych, o porażeniu młodzieńczem (paralysis juvenilis), idyotyzmie, psychozach alkoholowych, pomieszaniu (paranoia), mówi o wyodrębnieniu postaci, zbliżonej do otępienia starczego, a jednak różniącej się od niej anatomicznie, psychozy, mającej związek z przekwitaniem u kobiet, i tak zwanej w klinice Kraepelina »Angstpsychose«, występującej w podeszłym wieku. Omówiwszy w kilku słowach psychologię doświadczalną Kraepelina, przechodzi prelegent do wykładów jego asystentów (Alzheimera, Plauta, Rüdina, Isserlina i Weilera), z których na pierwszem miejscu stawia wykłady Alzheimera, bogate treścią i nadzwyczaj pociągające formą zewnętrzną. Zrobiwszy parę uwag co do ujemnych stron wykładów każdego z prelegentów, zaznacza sprawozdawca, że nawet w mniej udatnych znalazło się bardzo wiele ciekawych zagadnień. Poza tem wykłady dają obraz pracy w klinice Kraepelina i rozbudzają zaufanie do samego jej kierownika. Widzimy bowiem, że Kraepelin w swych spostrzeżeniach klinicznych jest kontrolowany ciągle przez anatomię patologiczną, a obecnie przez seradyagnostykę i cytodyagnostykę, jak również, że czerpie dodatkowe dane z dziedzin dopełniających — psychologii doświadczalnej, chemii i t. d. Streszczając korzyści kursu, podnosi sprawozdawca, że do doskonałych wykładów Kraepelina, Alzheimera, Siepmana i Brodmana, trzeba dodać zwiedzenie kliniki i zakładów w Elgping i Gabersee, bogatą dyskusyę na zebraniach, urządzanych przez kierowników kursu, jak również w ciągu całego kursu w przerwach między wykładami, a również poznanie indywidualności naukowej Kraepelina, rzecz ważną ze względu na stanowisko, jakie zajmuje on we współczesnej psychiatryi. To też wszystko to razem dało słuchaczom dużo podniet naukowych i nowego materyału do pracy. (Streszczenie własne).

Polskie Towarzystwo lekarskie w Kijowie.

Posiedzenie d. 22. września 1910 r.

Obecnych członków 30, przewodniczy B. Kozłowski.

W dziale naukowym na porządku dziennym odczyt J. Reizego: **O leczeniu przymiotu przetworem Ehrlicha.**

W dyskusyi zapytuje Nowiński, czy dawkowanie »606« w praktyce dziecięcej już zostało ustalone. — Cichocki prosi o wyjaśnienie przyczyn powstawania gorączki po wstrzyknięciu arsenobenzolu. Czy wpływa na podniesienie ciepłoty dostawanie się do krążenia krwi endotoksyn, uwolnionych przez obumieranie krętków? — Reize w odpowiedzi Nowińskiemu podaje dawkę arsenobenzolu, zgodnie z opinią Taegego, Duhota, Dubrowitscha i Raubitschka, 0.018 na kilogram wagi dziecka. Co do podniesienia ciepłoty, to pierwszy okres gorączkowy zależy według wszelkiego prawdopodobieństwa od wchłaniania się endotoksyn, drugi — od powstającego po wstrzyknięciu nacieku. Przy stosowaniu arsenobenzolu odczyn Wassermanna znika mniej więcej po 4 tygodniach. — Sokołowski dzieli się wrażeniami, jakie wywołało stosowanie arsenobenzolu w szpitalu św. Cyryla. Wyniki leczenia tym środkiem są mniej dodatnie, niż były dotychczas przy stosowaniu rtęci. — Dąbrowski nie umie sobie wytłómaczyć, dlaczego właściwie Ehrlich przestrzega przed stosowaniem »606« przy zaniku i zapaleniu nerwu wzrokowego. — Reize tłómaczy to nadzwyczajną oględnością Ehrlicha. Ponieważ atoksyl, w skład którego wchodzi arszenik, wywoływał pogorszenie spraw zanikowych nerwu wzrokowego, więc powstała stąd obawa, chociaż niezupełnie uzasadniona, że i arsenobenzol może wywołać takie same powikłania. — Sochacki przytacza zdanie niektórych autorów o skuteczniejszem działaniu arsenobenzolu na sprawy przymiotowe, leczone już poprzednio rtęcią. — Gilewicz zapytuje, czy wskazane jest stosowanie »606« przy kile ukrytej (lues latens), jeżeli otrzymujemy dodatni odczyn Wassermanna. — Reize w odpowiedzi przytacza zdanie Neissera, który w takich razach stosuje arsenobenzol. — Na zapytanie zaś Daszkiewicza, czy ciąża stanowi przeciwwskazanie dla środka Ehrlicha, daje Reize odpowiedź przeczącą. — Łążyński chciałby wiedzieć, jak działa przetwór Ehrlicha na drobnoustroje chorobotwórcze, a zwłaszcza na gronkowce »in vitro«. Sprawa ta ma pewne praktyczne znaczenie wobec dość zawiłych i długotrwałych zabiegów, połączonych z przygotowaniem zawiesiny arsenobenzolu, której przed wstrzyknięciem nie można wyjałowić gotowaniem. — Modrzewski, który w swojej pracowni robił w tym kierunku doświadczenia, wyjaśnia, że gronkowce w obecności arsenobenzolu, chociaż nie giną, ale przestają się rozwijać.

Posiedzenie d. 13. października 1910 r.

Obecnych członków 32. Przewodniczy K. Rumszewicz.

W dziale naukowym na porządku dziennym:

1) Odczyt St. Trzebińskiego: **O problemacie życiowym.**

Dyskusyi nie było.

2) Odczyt M. Pietkiewicza. **Przyczynek do kazuistyki zboczeń rozwojowych moczowodów.**

W dyskusyi zapytuje Łążyński, czy narzędzie, po-

dane przez prelegenta, dałoby się zastosować do operacyi drogą cewkową w pęcherzu moczowym mężczyzny, na co otrzymuje odpowiedź przeczącą.

Sekretarz: M. Łążyński.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

W sprawie zapisywania specyfików uchwaliła Izba lekarska zachodnio-galicyjska, rozpatrzywszy uchwałę I. Zjazdu internistów polskich, powziętą na Zjeździe na wniosek Prof. Dr W. Jaworskiego, — przedłożyć XVI. Wiecowi Izb lekarskich austryackich następujący wniosek:

»a) Wiec Izb wyraża przekonanie, że bezkrytyczne zapisywanie t. zw. specyfików, oznaczanych nazwami, utworzonemi od różnych chorób, ich objawów lub od nazw narządów ciała, nie odpowiada ani godności, ani naukowemu wykształceniu stanu lekarskiego i może w dalszem następstwie ułatwiać pośrednio lub bezpośrednio partactwo.

b) Zdaniem Wiecu Izb nie powinni lekarze zapisywać przetworów (specyfików) o nieznanym składzie chemicznym, ani też takich, które bywają ogłaszane i zachwalane w pismach nielekarskich i dziennikach politycznych.

c) Celem ochrony godności i powagi medycyny wzywa się lekarzy, aby nie wystawiali żadnych świadectw ani orzeczeń o specyfikach, ogłaszanych w czasopismach nielekarskich; do pism zaś lekarskich należy zwrócić się z prośbą, aby nie przyjmowały ogłoszeń o przetworach, których dokładny skład chemiczny nie jest znany, ani o takich, które bywają zachwalane w czasopismach nielekarskich.

d) Poleca się Wydziałowi wykonawczemu Izb, by zastanowił się nad sposobem praktycznego przeprowadzenia powyższych zasad«. R.

Polityka, a sprawy zawodowo-lekarskie. Zarząd główny niemieckiego »Towarzystwa kresów wschodnich« (H. K. T.) obradował na ostatniem swem zebraniu w Berlinie między innemi nad ustawą o ubezpieczeniu społecznem, nad którą od dłuższego czasu obraduje parlament niemiecki. Ustawa ta, zdawałoby się, nie powinnaby obchodzić Towarzystwa o znanych celach politycznych. A jednak... W komisyi parlamentu niemieckiego uchwalono mianowicie wprowadzić do kas chorych wolny wybór lekarzy. Otóż H. K. T. obawia się, że wtedy lekarze-Niemcy, osadzeni przez nią w celach politycznych w Wielkopolsce i na Śląsku, stracą dotychczasowe swe znaczne dochody z kas chorych, bo polscy członkowie kas będą wybierali sobie lekarzy-Polaków. Toteż H. K. T. uchwaliła rezolucyę, skierowaną przeciw postanowieniom komisyi parlamentarnej, a zarazem domagającą się, aby kasy chorych i zakłady ubezpieczenia społecznego miały w Poznańskiem charakter instytucyi germanizacyjnych. (»Nowa Ref.« Nr 528). R.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego w d. 23. XI. 1910 odbyła się dyskusya nad wykładem doc. Koźniewskiego »O hormonach«, w której przemawiali: Dr Eisenberg, Prof. Bujwid i prelegent, poczem Prof. Bujwid miał wykład p. t. »Doświadczalne badania nad odkażaniem rąk«. W dyskusyi uczestniczyli: Dr Blassberg, Eisenberg, Eiger, Prof. Chlumsky, Majewski i doc. Koźniewski.

— Na bliższe posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego w d. 30. XI. 1910 odbędzie się wyjątkowo w Zakładzie fizyologicznym (Collegium medicum).

— Prof. Dr Napoleon Cybulski został obrany członkiem honorowym Towarzystwa przyrodników im. Kopernika.

— W tych dniach minęło 30 lat od czasu, gdy Prof. Rydygier wykonał, pierwszy z chirurgów, resekcyę odźwiernika. Z tego powodu zgotowali w rocznicę słuchacze kliniki lwowskiej przed wykładem gorącą owacyę Prof. Rydygierowi, do którego przemówili kand. med. p. Demianowski i Dr Jedliczka. Wiadomość o tej owacyi odbije się żywem echem w szerokich kołach naszych lekarzy, przyłączających się gorąco do złożonych Czcigodnemu Profesorowi życzeń z uczuciem wdzięczności za stanowisko, jakie pracą swą i wiedzą zdobył w całym świecie dla polskiej chirurgii.

— W »Bibliotece Uczniów Wydziału lekarskiego U. J.« wybrany został na r. szk. 1910/11 prezesem p. Stanisław Radwan, jego zastępcą p. Wiktor Gosiewski, skarbnikiem p. Jan Konopnicki, do komisyi sprawdzającej pp. Türschmied (prezes), Glatzel (zastępca), Schröder i Czarnecki. Towarzystwo liczyło w r. 1909/10 członków zwyczajnych 508, miało 6296 kor. dochodu, a 2386 kor. rozchodu. Za pośrednictwem Towarzystwa nabyło 295 słuchaczy medycyny 1347 dzieł za ogólną sumę prawie 15.000 kor. Towarzystwo urządziło dla członków 9 odczytów z różnych działów medycyny; na wszystkich razem odczytach było przeszło 1000 słuchaczy. Zawiązana przy Towarzystwie komisya ankietowa wydała kwestyonaryusze o życiu umysłowem, warunkach higienicznych i ekonomicznych i życiu płciowem młodzieży. Kuratoryę Towarzystwa objął Prof. Dr Rosner.

— Towarzystwo ratunkowe krakowskie zmierza do utworzenia na swej stacyi ratunkowej stałych dyżurów lekarskich (dotąd pełnili dyżury słuchacze medycyny) i w tym celu wniosło do Rady miasta prośbę o zasiłek 7200 kor. rocznie. Zamyślając zaś przystąpić w r. 1911 do budowy własnego domu, na który plany wygotował już architekt p. Bandurski, stara się Towarzystwo uzyskać od miasta bezpłatnie grunt pod budowę (270 sążni) przy ul. Zyblikiewicza.

— »Nasze Zdroje« uznane zostały przez »Związek zdrojowisk krajowych« za urzędowy organ.

— W Tarnowie otwarto 24. XI. b. r. wodociąg miejski, zbudowany kosztem 2.200.000 kor. W doprowadzeniu sprawy do skutku położył zasługi Dr Walczyński.

Warszawa. Na posiedzeniu listopadowem Wydziału III. Towarzystwa Naukowego Warszawskiego wygłoszono 6 komunikatów, między nimi: Dr Ryszard Hertz: »O ziarnistościach zasadochłonnych krwi« (przedst. p. Wł. Janowski).

— Szpital praski, który dotychczas posiadał tylko dwa murowane budynki, a cały dział gospodarczy, kancelarya, ambulatorya i przytulisko dla nieuleczalnych mieścić musiał w starych ruderach drewnianych, zyska wkrótce cały szereg nowych budynków administracyjnych oraz pawilonów dla chorych, które są obecnie na ukończeniu. Po oddaniu tych budynków do użytku przybędzie w szpitalu 80 łóżek. Równocześnie ma być powiększony personal szpitalny o dwu lekarzy, 5 sióstr, 19 służby i 2 siły kancelaryjne.

— Przed paru dniami ukazał się w Warszawie pierwszy zeszyt »Miesięcznika terapeutycznego« pod redakcyą Dra Kazimierza Ostrzyckiego. Wydawcą jest p. Maksymilian Luxemburg.

Z różnych stron. W niektórych pismach petersburskich pojawiły się wiadomości, że nasz rodak, profesor Dr Stanisław Zaleski, ma być powołany na wakującą po prof. Hubercie posadę prezesa sanitarnej komisyi miasta Petersburga. (Dziennik petersb.).

— Na porządku dziennym posiedzenia sekcyi przyrodniczej Polskiego Związku przyrodników i lekarzy w Petersburgu w d. 5. XI. s. s. 1910 znajdował się wykład Doc. Dra K. Smoleńskiego: »O fosfatydach«.

Mianowani: lekarzami ambulatoryów szpitalnych w Warszawie Dr Miłodrowski (szp. Dz. Jezus) i Dr F. Bruner (szp. Przemienienia Pańsk.).

Zmarli:

Ś. p. Dr Kazimierz Sakowicz.

D. 29. października zmarł w Białej Cerkwi Dr Kazimierz Sakowicz. Urodzony w r. 1834 we wsi Stawy gub. grodzieńskiej, nauki pobierał w Brześciu Litewskim. Konieczność utrzymania pozostałej po zmarłym ojcu rodziny, zniewoliła go na razie do urzędowania w ratuszu brzeskim i dopiero w r. 1857 wstąpił na Wydział lekarski Uniwersytetu charkowskiego, wkrótce jednak przeniósł się do Kijowa i tu dyplom lekarski uzyskał. W r. 1865 otrzymał posadę lekarza w administracyi dóbr Białocerkiewskich hr. Branickiego, którą do śmierci prawie piastował. Obszerna wiedza i wyjątkowa uczynność zjednały mu wkrótce opinię świetnego lekarza. Nie zaniedbywał też do końca pracy umysłowej, bacznie śledząc za postępem nauki. Piękny swój księgozbiór ofiarował Towarzystwu lekarskiemu polskiemu w Kijowie. Nadzwyczajnej prawości charakteru i rzadkiej dobroci serca zawdzięczał ogromny wpływ moralny na bliższe i dalsze otoczenie. Nie było instytucyi społecznej lub sanitarnej, której ś. p. Kazimierz nie byłby bądź inicyatorem, bądź przewodniczącym. To też obchodzony przed kilku laty 40-letni jubileusz pracy jego zawodowej zebrał liczne grono lekarzy miejscowych i z dalszych stron przybyłych, wzięły w nim nadto serdeczny udział wszystkie warstwy

społeczeństwa bez różnicy stanu i narodowości. W uznaniu też wielkich zasług naukowych i społecznych, Towarzystwo lekarskie polskie w Kijowie obrało go swym członkiem honorowym.

Niech mu lekką będzie ta ziemia, którą tak szczerze kochał. K. R

Dr Jakób Szostakowski w 64 r. ż. zmarł w Poznaniu.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 30. listopada 1910 o godz. 6 wieczór w sali Zakładu fizyologicznego** (Collegium medicum, ul. Grzegórzecka). Wykład kol. M Eigera: »Metoda elektrokardyograficzna, jej kliniczne znaczenie i zastosowanie«.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Arhovin do leczenia wewnętrznego wiewióra. Dr Auerbach, Berlin. (Fortschr. d. Medizin. Sept, 1910).

Sąd swój opiera autor na 43 przypadkach wiewióra. Przedewszystkiem następuje podwyższenie kwaśności moczu, co szczególnie ważne w przypadkach, gdzie przy już istniejącym nieżycie pęcherza mocz oddziałuje alkalicznie i znajduje się w fermentacyl amoniakalnej. Z drugiej strony nie potrzeba obawiać się podrażnienia nerek, gdyż nawet po dłuższem podawaniu środka nie znaleziono w moczu nigdy białka. To jest nadzwyczaj ważne, gdyż przy istniejącem zapaleniu miedniczek wzgl. nerek, można spokojnie podawać lek dalej.

Co do działania na cewkę moczową wzgl gonokoki, to jest ono podwójne. Zapalenie błony śluzowej ulega złagodzeniu, błona śluzowa sama znieczuleniu, a wreszcie działa arhovina wprost hamująco na rozwój gonokoków.

To ostatnie działanie jest nader ważne, gdyż działanie fermentacyjne bakteryi wpływa niekorzystnie na cały ustrój, co się objawia często osłabieniem, podwyższeniem ciepłoty, upadkiem apetytu i psuciem się trawienia. Przy dawnych środkach balsamicznych żołądek wkrótce nic nie przyjmował, arhovina zaś nawet po długiem zażywaniu wpływu niekorzystnego na żołądek nie wywiera.

Dla szybkiego działania potrzebne podawanie 4—6 razy dziennie po 1 kapsułce, zawierającej 0,25 gr.

W przypadku przewlekłego zapalenia gruczołu krokowego znosił chory arhovinę dobrze mimo istniejących poprzednio dolegliwości żołądkowych.

Arhovina zatem (fabr. Goedecke et Co. — Lipsk) przedstawia jeden z najlepszych środków wewnętrznych przy leczeniu wiewióra. Hr. W

Unguentum „Heyden“

Do **dyskretnego leczenia rtęcią**; nadaje się szczególnie dla **kobiet, dzieci** i do **leczeń pośrednich**. Nie barwi skóry, ani bielizny. Dawka dzienna 6 g. W graduowanych rurkach przesuwanych po 30 i 60 g.

Salit

2 f

Szybko kojący ból i leczący środek do wcierania przy cierpieniach reumatycznych.

Tannismut

Bardzo skuteczny, łatwy do zażywania **środek ściągający jelita**, łączący działanie **bizmutu i tanniny.**

Próbki i piśmiennictwo bezpłatnie.

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Dresden.

W Helouanie w Egipcie ordynuje jak zwykle

Dr Jan Brodzki

(latem w Kudowie). 46



Woda mineralna

naturalna ŠARATICA

przewyższa daleko działaniem swojem gorzką wodę sztuczną

Upraszamy o przekonanie się gratis próbkami. 238 c

Zarząd Szaratic**y** w Krzenowicach na Morawach.

TRAN JODOWO ŻELAZISTY

zawiera równie jak Tran Lahussena w 100 gr. tranu 0·20 jodku **żelaza**. **Przetwór ten leczniczy jest sporządzony na najlepszym tranie Meyera, przeto jest smaczny i nie psuje żołądka.**

Tran jodowo-żelazisty Wiszniewskiego może być **z dobrym skutkiem** zalecanym **w chorobach płuc, zołzach, niedokrewności i t. p.**

Sposób użycia: **Dzieciom daje się 1—2—3 razy dziennie po łyżeczce po jedzeniu. — Dorosłym 1—3 łyżek dziennie.** 221

Cena flaszki 1 K. 20. hal. — Wyrób własny i skład główny w aptece

K. WISZNIEWSKIEGO w Krakowie.

We Lwowie na składzie w aptece PIOTRA MIKOLASCHA.

Fersan

(Jolles).

Środek odżywczy i wzmacniający zawierający żelazo i fosfor (Acidoalbumina).

ŻELAZO! FOSFOR! zwiększa znacznie ilość hemoglobiny i czerwonych ciałek krwi, pobudza łaknienie, podnosi ciężar ciała i wzmacnia nerwy.

Proszek fersanowy.	Kołaczyki fersanowe.
Kołaczyki czekoladowo-jodowo-fersanowe dla dzieci (w kartonach oryginalnych po 50 sztuk).	Kołaczyki jodowo-fersanowe dla dorosłych (w kartonach oryginalnych po 50 i 100 sztuk).
D. S. 2 razy dziennie po 2—4 kołaczyki.	**D. S. 2 razy dzien. po 3—6 kołacz. stosownie do wskazania.**

Nowość! 41

Pastylki-bromowe-fersanowe

Fersan-Werk, Wien IX.

Panom Lekarzom **piśmiennictwo i próbki bezpłatnie. — Otrzymać można we wszystkich aptekach.**



Kto raz posłyszy Patefon, staje się gorącym jego zwolennikiem.

Niczem nie sprawicie większej uciechy tak sobie, jak i dzieciom, jak nabywając na

PODAREK GWIAZDKOWY

Patefon

który jedynie daje reprodukcyę muzyki i głosu zupełnie czystą i silną. Gra bez igły, szafirem, nie niszczy płyt. Aparaty salonowe, koncertowe bez tuby. — Ceny już od K 25 wyżej.

Bogaty repertuar płyt. — Co miesiąc nowości. — CENNIKI DARMO I OPŁATNIE.

Najlepiej przekonać się o doskonałości patefonu, odwiedzając nasz magazyn bez zobowiązania do kupna. Zamawiający z prowincyi mogą w razie niepodobania się zwrócić odwrotnie i fco. — Naprawy. — Przerabia się gramofony przez dodanie membrany Pathé. 225

Stefan Grudziński i Tadeusz Berger Kraków, ul. Szewska 10. Telefon 305.

Rok XLIX. Kraków, dnia 3. grudnia 1910. Nr 49.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

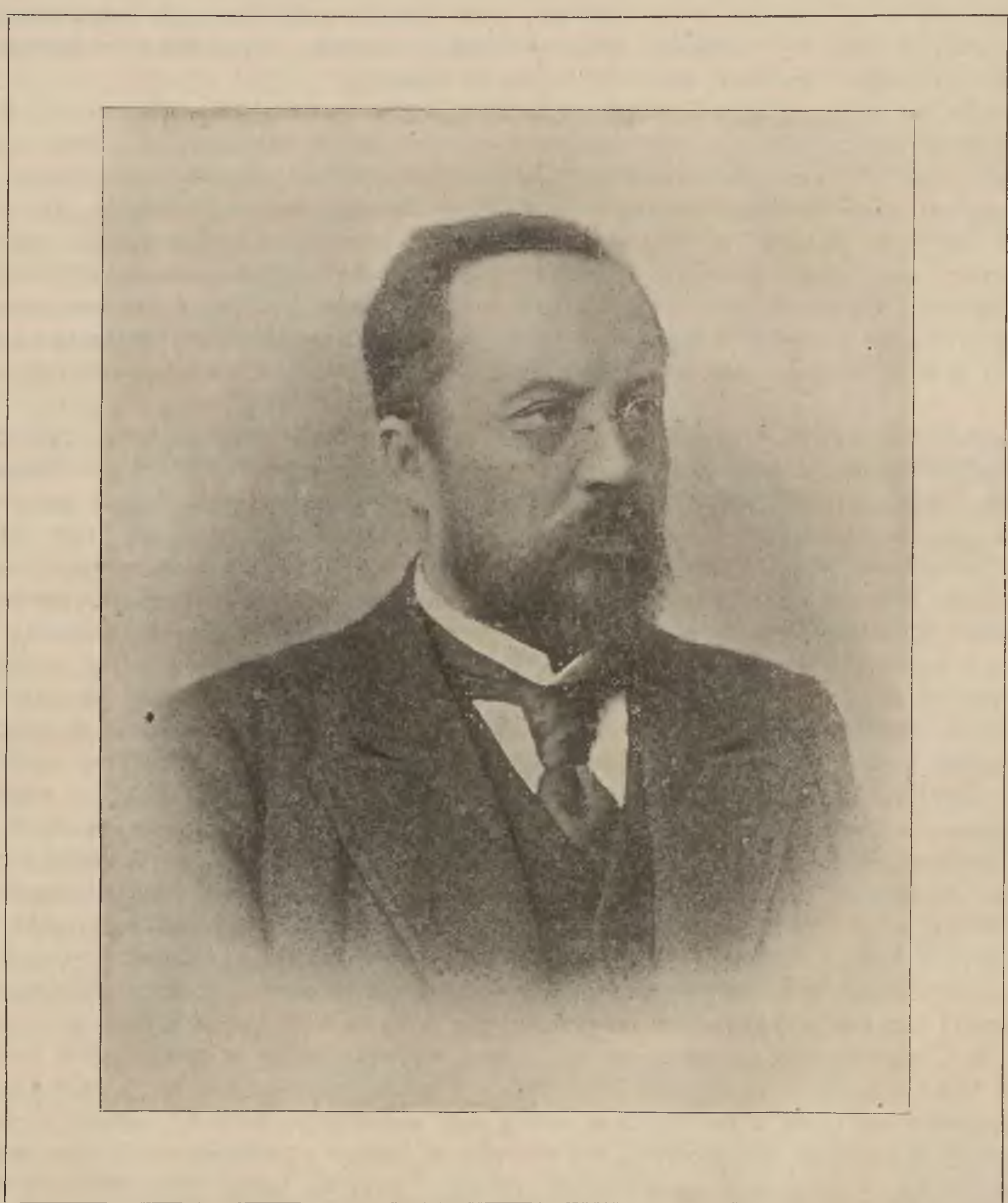
Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

PROFESOROWI NAPOLEONOWI CYBULSKIEMU

ZESZYT TEN POŚWIĘCA

REDAKCYA.



Czcigodny Jubilacie!

Dwadzieścia pięć lat minęło od chwili, kiedy po raz pierwszy zabrzmiał Twój głos z katedry Wszechnicy Jagiellońskiej.

Byłeś i jesteś przeciwnikiem jubileuszów, ale że zwykłeś wszelkie społeczne zjawiska analizować naukową metodą, przeto tą samą drogą i my tu pójść pragniemy. Jubileusz może być, jako zjawisko, odruchem, wywołanym przez zesumowanie się podniet, a poczucie, że to właśnie ćwierć wieku minęło, jest czynnikiem odruch wyzwalającym. Zesumowały się podniety, — a wśród nich wdzięczność, uznanie — i podziw. Zechciej więc, Czcigodny Jubilacie, uważać to wszystko, czem Cię dziś uczcić pragną koledzy, uczniowie i przyjaciele, za zjawisko fizyologiczne, a więc — zdrowe.

Przyszedłeś do Krakowa, poprzedzony sławą; szereg prac naukowych miałeś już za sobą i Ci, którzy ze wzruszonem młodzieńczem sercem czekali w audytoryum na Twój pierwszy wykład, nie domyślali się, że tam w pokoiku, zwanym kancelaryą profesora, biło serce równie młodzieńcze, ale nierównie więcej wzruszone. To wzruszenie, ta skromność i ten zapał do nauki, jaki przebijał z Twoich słów, zdobył Ci szturmem wrażliwe, młode umysły słuchaczy.

A przed Twoim energicznym, organizatorskim umysłem — otwarło się wielkie, wdzięczne pole działania.

Trzeba było nietylko w młodzieży rozbudzić zamiłowanie do ścisłych badań naukowych, ale przedewszystkiem trzeba było stworzyć warunki do tych badań. A w tym starym zakładzie, po którym dziś ślad nie pozostał i który zburzono, ażeby sam nie runął, w tej starej »budzie«, niełatwo było zorganizować pracownie dla dwóch wielkich działów naukowych, dla fizyologii i histologii. A przecież któż z Twoich dawnych uczniów i pracowników nie wspomina ze wzruszeniem chwil przeżytych w tej »budzie«, w tej pracowni, gdzie wszyscy czuli się przyjaciółmi, gdzie wszyscy wzajem sobie pomagali w pracy, a gdzie Ty, Czcigodny Panie, pomagałeś wszystkim; a czyniłeś to z zaparciem się siebie, wiedziony tym zapałem do badań i dociekań, który Cię nigdy nie opuszcza.

Zorganizowałeś ten stary zakład i tętniło w nim przez szereg lat naukowe życie. Po dwóch i trzech pracowników mieściło się przy jednym małym stoliku, a stare trzęsące się mury rozsadzała młoda, bujna ochota do pracy. I niewiele tam bywało godzin ciszy —; nieraz wczesnym rankiem, przed wykładami, zjawiali się pracownicy, a inni siedzieli nieraz długo po północy, zawsze z szefem zakładu na czele, czyto śledząc zdumiewające ruchy kimografionu, wyrzucającego na niebywałe wysokości pływaka pod wpływem wyciągu z nadnercza, czyto zbierając do ostatka treść przewodu chłonnego ze zwierzęcia karmionego tłuszczem, czy też obserwując wychylenia galwanometru przy niezmiernie ciekawych badaniach nad lokalizacyą czynności kory mózgowej. Doświadczenia nad lokalizacyą musiano zresztą robić z konieczności w nocy, gdyż liczono na to, że w nocy nikt już nie wejdzie do zakładu i żadna dorożka nie przejedzie ulicą Gołębią, — jednem słowem, że żadna zła siła nie zatrzęsie murami zakładu i nie uniemożliwi doświadczeń z czułym galwanometrem.

A poza zakładem i wykładami otwierały się tymczasem nowe rozległe pola działania. Akademia Umiejętności, której zostałeś członkiem czynnym, poświadczyć może, że byłeś jednym z najczynniejszych, że umiłowałeś ją na równi z naszą Wszechnicą. Organizatorski Twój talent szukał jednak zajęć jeszcze innych. Byłeś i jesteś przeciwstawieniem tego typu, który z pogardą nazywasz »kwietystą«; nie szukałeś spokoju, tylko pracy, a po pracy szukałeś wytchnienia, wypoczynku — w pracy innej. Nużyła Cię tylko bezczynność. Po pracy w starym zakładzie organizowałeś administracyę »Przeglądu lekarskiego« w czasach jej rozstroju i zaskarbiłeś sobie tem szczerą wdzięczność i uznanie naszego czasopisma; w tymże czasie stwarzałeś pierwsze w kraju żeńskie gimnazyum. A potem budowałeś zakład nowy, w którym obmyśliłeś sam każdy najdrobniejszy szczegół praktycznie i umiejętnie i uczyniłeś go zakładem pierwszorzędnym.

I w tych nowych murach umiałeś, Czcigodny Jubilacie, skupić koło siebie pracowników. Tam kończono badania nad wyciągami z nadnercza, wówczas zupełnie nowe, o wynikach zdumiewających. Badania te krakowskiego Zakładu fizyologicznego, zupełnie niezawisłe od równocześnie przedsiębranych prac Olivera i Schaeffera — stworzyły nowy rozdział w nauce o wydzielaniu wewnętrznem gruczołów, rozdział teoretycznie bardzo ważny, o wielkiem praktycznem w medycynie zastosowaniu. Poszły za tem badania nad przysadką mózgową, a potem wiele innych, że tylko wymienimy mikrokalorymetr, zastosowanie kondensatorów i t. d. Tymczasem krytyczny Twój umysł zaczął wątpić, czy poza powszechnie przyjętemi prawidłami, dotyczącemi zjawisk elektrycznych w nerwach i mięśniach, nie ma pustki, czy prawidła te mają swoje naukowe, ściśle udokumentowanie. I zaczęły się te niezmiernie długie, dokładne, pełne krytycznych wątpliwości doświadczenia i dociekania, które same mogłyby być dziełem życia, *the life's work*, fizyologa. Oparte na fizykochemii i nauce o elektryczności, wymagały wyczerpujących, niezmiernie obszernych studyów wstępnych. Poświęcałeś im długie godziny nocne i z radością obejmowałeś umysłem swoim nowe dziedziny wiedzy.

A kiedy Cię, Czcigodny Jubilacie, zmęczyły te badania, »odpoczywałeś« w sposób sobie właściwy, organizując Związek handlowy Kółek rolniczych, jako prezes jego Rady nadzorczej, pracując dla miasta, jako jego radny, troskając się, dla przyszłego pokolenia, jeden z pierwszych u nas, o jego wychowanie fizyczne, badając z niemałym nakładem czasu, trudu i środków żywienie się naszego ludu, lub wreszcie stwarzając ostatnie dzieło Twego organizatorskiego talentu, Lecznicę Związkową. Jako Rektor Uniwersytetu oddałeś i jemu na usługi swój niezwykły dar organizatorski i dobrze się tem zasłużyłeś sprawom Wszechnicy.

Czcigodny i Ukochany Jubilacie! Koledzy Twoi, znajomi i przyjaciele, patrząc na tę Twoją pracę naukową i na działalność społeczną, zadawali sobie nieraz pytanie, czy między temi dwoma tak odległemi polami działalności, jest

w umyśle Twoim jaki szczególny związek. Widzieli, że w pracy na obu tych polach ożywia Cię tensam zapał, zagrzewa Cię tensam święty ogień, że jesteś taki sam przy obu tych rodzajach pracy. I zdawało im się, że jak z jednej strony niejedną pracę w Zakładzie i niejedną publikacyę stworzyłeś jako obywatel w poczuciu społecznego obowiązku, tak z drugiej strony nieraz do pracy społecznej przystępowałeś jako fizyolog, jako znawca najznakomiciej zorganizowanego tworu — żywego, zdrowego organizmu. Nieraz w gronie przyjaciół snułeś na ten temat porównania i wpatrzony w to cudownie pracujące społeczeństwo żywych zdrowych komórek, ubolewałeś nieraz nad tem, że ten organizm społeczny, w którym niejako komórkami są ludzie, działa i pracuje o tyle gorzej; jako fizyolog poszukiwałeś i doszukiwałeś się przyczyn tych niedostatków i we własnych organizatorskich społecznych pracach wystrzegałeś się ich umiejętnie.

Na każdem polu lubiłeś i wysoko ceniłeś współpracę. W swoim zakładzie organizowałeś, Czcigodny Profesorze, nieraz tę współpracę, czego najlepszym dowodem wielka ilość Twoich prac, wykonanych wspólnemi siłami z kimś drugim. A ile z tego zakładu wyszło prac, wykonanych w istocie — wspólnie z Tobą, które jednak w tytule nie noszą Twego nazwiska!

Wychowałeś, Czcigodny Jubilacie, w pracowni swojej szereg ludzi, którzy zajęli katedry w obu naszych polskich wszechnicach: przytoczymy tu tylko Twoich bezpośrednich asystentów, Becka, Maziarskiego, Szymonowicza. Ale kto znał stosunki w Twojej pracowni, ten wie, że i między profesorami klinicznymi w obu tych Wszechnicach są ludzie, którzy pod Twojem okiem stawiali pierwsze kroki w nauce, których Ty, Czcigodny Panie, do pracy naukowej zachęcałeś, lub zgoła im w pracy tej pomagałeś, i którzy, jeśli w piersiach swoich mają serce wdzięczne, przyznają, że Tobie wiele, bardzo wiele zawdzięczają.

W Zjazdach lekarskich, polskich i międzynarodowych, żywy zawsze brałeś udział; i teraz przed kilku tygodniami, choć chory, pojechałeś na Zjazd chirurgów do Warszawy, ażeby, znowu wspólnie z jednym z pracowników, mówić o elektro-kardyogramach zwierząt pod wpływem narkozy. W organizacyi międzynarodowych Zjazdów fizyologów i w pracach ich naukowych zawsze byłeś czynny, należąc do tego szczupłego, z kilku osób złożonego grona najwybitniejszych fizyologów, organizatorów Zjazdów. Między fizyologami europejskimi liczysz wielu przyjaciół osobistych i choć Jubilat, choć z dumą spojrzeć możesz na długi szereg swoich naukowych publikacyi, masz, Czcigodny Panie, to zrozumienie, że umysł odświeżać trzeba bezustannie przez zetknięcie się z innymi wybitnymi umysłami, przez bezpośrednią wymianę myśli naukowej. Stąd ciągłe Twe podróże do różnych pracowni fizyologicznych, niemieckich, włoskich, francuskich, angielskich i rosyjskich, stąd ożywiona wielojęzyczna korespondencya z ich kierownikami.

Na tej pracy, nieznającej wytchnienia, zeszło Ci, Czcigodny, Ukochany Jubilacie, lat dwadzieścia i pięć, a raczej trzydzieści i jeden, jeśli uwzględnimy datę pierwszej Twej naukowej publikacyi.

»*Magnum humani aevi spatium*«; niejeden patrząc wstecz na tę przebytą, długą drogę, poczułby się starym, uznałby, że już dość pracował i począłby się poić własną sławą. Kto Ciebie zna, Czcigodny Jubilacie, ten wie, że myśl Twoja nie zejdzie nigdy na te bezdroża. Przeciwnie patrząc na Ciebie, zda się, że Cię widzimy coraz młodszym, coraz żywszym, z coraz większym zapałem pracującym.

A grono Twoich przyjaciół powiększa się z każdym rokiem; obok tych, którzy patrzą na Ciebie w pracowni »Collegium medicum« i znają Ciebie, jako fizyologa, znajdziesz dziś między składającymi Ci życzenia i tych osobistych przyjaciół, którzy nadto znają drugą Twoją pracownię, kilka mil od Krakowa odległą. Kto Ciebie tam nie widział, ten nie zna Cię całego.

Urodzony i wychowany w polskim dworku na Litwie, przywiązany do tego kraju z całym Tobie właściwym zapałem, pozostałeś mimo wszystko, mimo godności i zaszczytów, mimo prac naukowych, mimo zżycia się z odmiennem środowiskiem — tym, czem się urodziłeś: ziemianinem i Litwinem. Nic nie zdołało wyrwać z duszy Twojej przywiązania do ziemi, ukochania pracy na niej i dla niej.

Mówią o Anglikach, że w dalekich koloniach bronią się przed tęsknotą za Ojczyzną w ten sposób, że biorą ze sobą kawał tej Ojczyzny i przenoszą ją na kraj świata. Uczyniłeś coś podobnego, Kochany Jubilacie. Stworzyłeś pod Krakowem mały dworek litewski, który Ci chyba przypominać musi Twoje rodzinne strony Święciańskie i dom Twoich Rodziców w Krzywonosach. Do tego domu przeniosłeś pod Kraków, całą gościnność i prostotę litewskiego dworku i całe to namiętne ukochanie rodzinnej polskiej ziemi.

Tam wypoczywasz, — pracując, organizując, stwarzając gospodarstwo rolne i tam lepiej, niż gdzieindziej, widnieje Twoja prostota, właściwa prawdziwym uczonym.

Redakcya czasopisma naszego staje dziś ochoczo w rzędzie tych, którzy składają Ci życzenia, i z całego serca woła: Niechaj rośnie liczba publikacyi Twych naukowych i prac Twoich organizatorskich, niechaj rośnie liczba Twoich przyjaciół i jak ten ogród, zasadzony ręką Twoją w Prochowni pod Krakowem, niech bujnie rośnie i pleni się ziarno, rzucone przez Ciebie w serca i umysły.

Prof. Napoleon Cybulski urodził się w r. 1854 w Krzywonosach w wileńskiem; studya gimnazyalne ukończył w r. 1875 w Mińsku litewskim z medalem srebrnym. W tymże roku zapisał się do Akademii lekarskiej w Petersburgu, gdzie w drugim roku studyów rozpoczął pracować w zakładzie fizyologicznym Prof. Tarchanowa i pełnił zastępczo obowiązki asystenta aż do ukończenia Akademii, co nastąpiło w r. 1880 »cum eximia laude«. Za rozprawy, ogłoszone do tego czasu, otrzymał dyplom na złoty medal I. klasy. Na podstawie rozprawy konkursowej, przedstawionej w r. 1881, uzyskał prawo pozostania w Akademii ze stałą płącą dla dalszych studyów naukowych. W końcu tegoż roku mianowany został zastępcą prosektora przy katedrze fizyologii i obowiązek

ten pełnił do października 1885. W tymże roku w kwietniu przedstawił dysertacyę i uzyskał stopień doktora medycyny. W jesieni r. 1885 mianowany został profesorem fizyologii i dyrektorem zakładu fizyologicznego w Krakowie. Jest czynnym członkiem Akademii Umiejętności w Krakowie, członkiem honorowym Towarzystwa lekarskiego w Wilnie, członkiem wielu Towarzystw naukowych i społecznych. W latach 1887/8 i 1895/6 piastował urząd Dziekana Wydziału lekarskiego, a w r. 1904/5 oddała Mu Wszechnica Jagiellońska najwyższą godność, Rektora Uniwersytetu.

Ogłosił drukiem następujące prace:

1) O wpływie postawy ciała na boczne ciśnienie, tętno i oddychanie u zwierząt. (»St. Petersburger medicin-Wochenschr.« 1878 i »Wojenno-Medicinskij Żurnał« 1879).

2) Określenie prędkości ruchu pobudzenia nerwowego zapomocą »signal electrique« Depreza. (Wykład w Towarzystwie pielęgnowania zdrowia publicznego. »Zdrowie« kwiecień 1880).

3) Określenie ilości krwi u zwierząt. (»Wracz« 1880).

4) Przypadek rozprzestrzenienia się błonicy za pośrednictwem mleka. (»Wracz« 1880).

5) O stosunku pomiędzy nerwami vagus i depressor (wspólnie z Dr Wartanowem). (»Kliniczeskaja Gazeta« 1882).

6) Badania fizyologiczne w dziedzinie oddychania i nerwów naczyniowych (wspólnie z Dr Anrepem, Petersburg 1884).

7) Zur Physiologie der gefässerweiternden und gefässverengernden Nerven. (»St. Petersburger medicin-Wochenschr.« 1884).

8) Ein Beitrag zur Physiologie der Nervi phrenici. (»Pflügers Archiv.« 1884).

9) Sposób określania prędkości ruchu krwi zapomocą rurki Pitota. (»Kliniczeskaja Gazeta« 1884).

10) Oznaczenie prędkości ruchu krwi w naczyniach zapomocą nowego przyrządu, fotohemotachometru. (»Przegląd lek.« 1885 i »Pflügers Archiv.« 1885).

11) Przekład na język rosyjski dzieła Beaunisa »Elements de la physiologie« 2 tomy.

12) Słów kilka o wynikach badań dokonanych zapomocą fotohemotachometru. Dysertacya. (Petersburg 8⁰ 213 1885. Kosmos 1886).

14) O wpływie pozycyi ciała na krążenie krwi u zwierząt. (»Przegląd lek.« 1886).

15) Wspólnie z Mikuliczem: O fizyologicznem zachowaniu się przełyku i mechanizmie połykania. (XV. tom Rozpraw matematyczno-przyrodn. Akademii Umiejętności 1886).

16) O samopoddaniu u osób hypnotyzowanych. (Akademia Umiejęt. 1887). Über die Autosuggestion bei den Hypnotisierten. (Centralbl. Physiol. 1887 Nr 12).

17) O hypnotyzmie ze stanowiska fizyologicznego. (»Przegląd lek.« 1887).

18) Badania poczucia smaku u osoby pozbawionej języka. (Rozpr. Akad. Umiej. w Krakowie tom. XVIII. 1887).

19) Kilka uwag o ciałkach nerwowych Prof. Adamkiewicza. (»Przegląd lek.« 1888).

20) Nowy manometr do oznaczenia ciśnienia krwi w żyłach zapomocą fotografii.

21) O ucisku mózgu. (Pamiętnik I. Zjazdu chirurgów polskich. »Gazeta lekarska« 1891, »Centralbl. f. Physiologie« 1891).

22) Wspólnie z J. Zanietowskim: O zastosowaniu kondensatora do podrażnienia nerwów i mięśni. (Rozpr. Akademii Um. Kraków, tom XXII. 1891).

23) Kilka słów o dzisiejszym stanie nauki o lokalizacyi. (»Przegląd lek. 1892).

24) Mikrokalorymetr, przyrząd do mierzenia małych ilości ciepła. (Bull. Akad. Umiej. 1890). Nowa modyfikacya mikrokalorymetru. (Bull. Akad. Umiej. 1894).

25) Mleko wapienne jako środek desynfekcyjny. (»Przegląd lek.« 1891).

26) Wspólnie z Beckiem: Dalsze badania nad zjawiskami elektrycznemi w korze mózgowej u małpy i psa. (Bull. Akad. Umiej. 1891 i »Centralbl. f. Physiol.« 1892).

27) O zmianach elektrycznych w mięśniu podczas skurczu. (Bull. Akad. Um. 1892).

28) z J. Zanietowskim: Dalsze badania nad zastosowaniem kondensatora de podrażnień nerwów i mięśni. (Sprawozd. Akad. Um. Kraków 1892).

29) z J. Zanietowskim: Dalsze doświadczenia z kondensatorami. Zależność pobudzenia nerwów do energii rozbrojenia. (Rozpr. Akad. Umiej. tom XXVI. 1893).

30) Spirytyzm i hypnotyzm. (Kraków 1894).

31) z J. Zanietowskim: Über die Anwendung des Condensators zur Reizung der Nerven u. Muskeln. (Arch. f. d. ges. Physiol. tom 55. 1894).

32) z J. Zanietowskim: Erwiderung auf Herrn Hoorwegs Abhandlung betr. »Uber die Nervenerregung durch Condensatorentladungen«. (»Arch. Pfl. tom 59. 1895).

33) Über die Function der Nebenniere. (Bull. Akad. Um. 1895). O funkcyi nadnercza. (Gazeta lek. 1895).

34) Czy państwo i społeczeństwo mają obowiązek popierać naukę? (Kraków 1895).

35) Z pierwszego Zjazdu międzynarodowego fizyologów (»Przegląd lek.« 1889).

36) O stosunkach ekonomicznych w organizmie ludzkim. (»Przegląd hygien.« Kraków 1889).

37) O wpływie szkoły współczesnej na fizyczny rozwój młodzieży szkolnej. (»Przewodnik hygien.« 1890).

38) Otwarcie Kolegium lekarskiego w Krakowie. (»Przegląd lek.« 1895).

39) Kilka słów o znaczeniu ćwiczeń fizycznych. (Kraków 1896).

40) Über die Funktion der Nebenniere. (»Wiener medic. Wochenschr.« 1896); tosamo po rosyjsku.

41) W sprawie reformy studyów lekarskich. (Kraków 1896).

42) Elektrische Erscheinungen thätiger Nerven. (Kraków 1897).

43) Próba nowej teoryi zjawisk elektrycznych w tkankach zwierzęcych. (Kraków 1898).

44) O przewodzeniu stanu czynnego przez zwoje międzykręgowe i o odruchowem wahaniu wstecznem. (Kraków Akad. Um. 1899).

45) Wyjaśnienie pytania, czy wahanie wsteczne jest niewątpliwą oznaką fizyologicznej czynności nerwu. (Bull. Akad. Umiej. Kraków 1899).

46) O własnościach prądu spoczynkowego w nerwach żaby. (Bull. de l'Acad. des Sc. 1900).

47) W sprawie organizacyi gospodarstw włościańskich. (Kraków 1900).

48) Powietrze i zwierzęta. (Lwów 1900).

49) Uwagi nad ministeryalną reformą studyów i egzaminów lekarskich. (Kraków 1900).

50) V. międzynarodowy kongres fizyologów. (Kraków 1901).

51) Marceli Nencki. (Wspomnienie pośmiertne. 1901).

52) Materya promienista jako środek leczniczy. (Warszawa 1904).

53) O wpółczesnym witalizmie i mechanizmie. (Kraków 1904).

54) Biologia wobec najnowszych badań fizycznych. (Kraków 1905).

55) Wspólnie z W. Weissglasem: Über die Bestimmung der Kapazität der Nerven. (Bull. de l'Acad. des Scienc. 1906); tosamo po polsku. (Rozpr. Ak. Um.).

56) Wspólnie z J. Dunin-Borkowskim: Einfluss von Membranen und Diaphragmen auf elektromotorische Kräfte. (Bull. de l'Acad. des Sc. 1909).

57) Kilka uwag o elektrokardiogramach na podstawie własnych doświadczeń. (»Gazeta lek.« 1910).

58) Über die Beziehung zwischen den Aktionsströmen und dem tätigen Zustand der Muskeln. (Bull. de l'Acad. des Scien. 1910).

59) Fizyologia człowieka. (2 wydania).

60) Wspólnie z Tarchanowym: Kilka słów w sprawie jadów w jelicie prawidłowem. (»Archives internationales de phys. par L'Frederiq.« Vol. V. Fasc. II. 1907. »Lwowski Tygodnik lek.« 1907).

61) Verhandlungen der morphologisch-physiologischen Gesellschaft zu Wien. (Jahrgang 1901—1902). (»Centralbl. f. Phys.« 1902).

62) Ueber die Oberflächen- und Aktionsströme. (Bull. de l'Acad. des Sc. 1910).

T. n. Ligamentum appendiculo-ovaricum (Clado).

podał

K. Kostanecki.

W r. 1892 w pracy o wyrostku robaczkowym zwrócił Clado uwagę na to, że jeśli na zwłokach żeńskich wzniesie się cokolwiek wyrostek robaczkowy, napina się fałd idący od jego krezki ku górnemu brzegowi więzadła szerokiego. Uważał on fałd ten, który nazwał »ligament appendiculo-ovarien« za stały i za »un organe établissant des communications lymphatiques entre l'ovaire et l'appendice vermiforme« [1]).

Uwaga ta zyskała z czasem duże znaczenie; w pracach klinicznych bowiem po dziś dzień cały szereg autorów uważa, tak jak Clado, fałd ten za drogę, którą sprawy zapalne z więzadła szerokiego i przydatków macicy mogą się przenosić na wyrostek robaczkowy i odwrotnie, jako też za drogę, którą u mężczyzny ropnie z okolicy wyrostka robaczkowego mogą przechodzić do miednicy małej.

Durand w roku 1895 poświęcił fałdowi temu obszerniejszą pracę, nadając mu nazwę: »ligament ilio-ovarien«. Uważa on go za twór, identyczny z fałdem idącym od górnego bieguna jajnika do tylno-bocznej ściany miednicy, znanym już dawniej (Henle, Rouget, Hasse, Schultze, Vallin), noszącym w literaturze nazwy: ligamentum infundibulo-pelvicum (Henle), ligamentum rotundum superius (ligament rond supérieur Rouget) albo ligamentum lumbo-ovaricum.

Durand dochodzi na podstawie badań u dorosłych, u dzieci, jako też u zarodków różnego wieku, do wniosku, »que ce ligament est bilatéral, qu'il existe dans les deux sexes, qu'il représente le reste du méso enveloppant la glande génitale dans sa descente, qu'il renferme les vaisseaux utéroovariens chez la femme, les spermatiques chez l'homme. Enfin qu'il est à peu près constant«. Durand badał go przedewszystkiem u kobiety; zwraca on uwagę, że ku górze fałd ten, zawierający naczynia krwionośne (arteriae et venae ovaricae), po stronie lewej gubi się pod pętlą esowatą, po prawej w okolicy kątnicy i wyrostka robaczkowego i to albo najczęściej w krezce wyrostka robaczkowego (mesenteriolum) albo w otrzewnej końcowej części jelita krętego albo wyjątkowo w otrzewnej kątnicy; ponieważ więc w każdym razie biegnie on od jajnika do talerza biodrowego, nadał mu Durand nazwę ligament ilio-ovarien.

Zarówno Clado jakoteż Durand podnosili, że ś l a d y podobnego fałdu znajduje się c z a s e m także u mężczyzny w postaci małego fałdu, który krzyżuje się z naczyniami biodrowemi i gubi się w miednicy małej, Durand sprowadza powstanie fałdu tego do krezki, która w życiu zarodkowem towarzyszy ciału Wolffa; wedle niego wskazuje on niejako drogę, którą gruczoł płciowy w wędrówce swej przebył. Następnie tłómaczy, że w ciągu rozwoju przewód pokarmowy po stronie lewej swą pętlą esowatą, po stronie prawej częścią biodrowo-kątniczą przykrywa w górnej części tę pozostałość krezki ciała Wolffa, tak iż szczątek jej dopiero poniżej przewodu pokarmowego może być widoczny.

W szczegółach, tyczących się stosunków embryonalnych narządu płciowego, a przedewszystkiem w odniesieniu do rozwoju narządu płciowego męskiego, tłómaczenie Duranda, jak się przekonamy, było mniej szczęśliwe.

Po pracach Clado i Duranda literatura o tym fałdzie wzrosła niepomiernie; nie mogę i nie potrzebuję uwzględniać tutaj uwag rozrzuconych w całem mnóstwie prac kazuistycznych, których autorowie istnienie takiego fałdu przyjmują po prostu z góry za rzecz pewną, wysnuwając z jego istnienia wnioski praktyczne, a chciałbym tylko zająć się oceną morfologicznego znaczenia tego fałdu.

Nasamprzód stwierdzić trzeba, że w literaturze o przydatkach macicy boczny brzeg więzadła szerokiego — bo o ten wedle własnego twierdzenia Duranda chodzi — miał po za sobą obszerną literaturę anatomiczną i embryologiczną, obszerniejszą, aniżeli przypuszczał Durand, a następne lata jeszcze ją znacznie wzbogaciły. Cały boczny brzeg więzadła szerokiego nosi u niektórych autorów nazwę ligamentum infundibulo-pelvicum (Henle); górna jego część, w której biegnie strzępek jajnikowy jajowodu (t. zw. fimbria ovarica), ligamentum infundibulo-ovaricum (Rauber, Gegenbaur, Waldeyer, His, Martin i. i.), tubo-ovaricum albo po prostu margo infundibulo-ovaricus (Toldt); dolna natomiast część otrzymała w ciągu lat cały szereg nazw: ligament rond supérieur ou lombaire (Rouget), ligamentum rotundum s. teres superius, ligament rond postérieur (Sappey), ligamentum superius ovarii, ligament lombo-ovarien (Testut), ilio-ovarien (Durand), ligamentum ovario-pelvicum (Gegenbaur, Janošik, Delbet, Martin), plica entero-ovarica (Fromme), le cordon vasculaire ovarien (Charpy), pédicule annexiel externe (Petit). Nowsi autorowie skłaniają się prawie jednozgodnie do wprowadzonej przez Hisa i Waldeyera nazwy: ligamentum suspensorium ovarii (Toldt, Merkel, Fredet, Testut, Sobotta, Schultze, Nagel, Martin, Spalteholz, Rauber-Kopsch i w. i.) To też w dalszym ciągu nazywać je będziemy więzadłem wieszadłowem jajnika.

Przeważna część autorów jako główną cechę podnosi, że więzadło to zawiera naczynia idące do jajnika (arteriae et venae ovaricae, dawniej nazywane także u kobiety vasa spermatica interna). Tętnica biegnie, tworząc charakterystyczne skręty, żyły zaś tworzą splot (t. zw. plexus pampiniformis), a tuż przy wnęce jajnika t. zw. bulbus ovarii (Rouget); razem z naczyniami krwionośnemi biegną naczynia limfatyczne idące od jajnika i macicy i splot nerwów współczulnych.

Naczynia te, zdążające do wejścia miednicy małej, krzyżują naczynia lędźwiowe zewnętrzne i pokryte są blaszką ścienną otrzewnej, pod którą zawarte są prócz silniejszych smug tkanki łącznej także i włókna mięsne gładkie [1]), które

---

[1]) »En injectant ces lymphatiques soit avec des matières colorantes, soit avec le mercure deux fois j'ai pu constater une communication évidente avec les lymphatiques utéro-ovariens, c'est là un point fécond en déductions pathologiques; il nous explique la marche des fusées purulentes du ligament large vers le caecum et vice versa«.

[1]) R o u g e t, który więzadło to opisał przez analogię do zwierząt jako ligament rond supérieur pisze: »Les faisceaux musculaires, au lieu d'être, comme chez les animaux, condensés en ruban, sont étalés en membranes et, au lieu de marcher isolément à distance du cordon vasculaire, ils le traversent, l'enveloppent, montent avec lui vers la paroi lombaire, se perdant

spotyka się w większej ilości u dziecka i u młodych osobników.

Waldeyer wprowadza jeszcze to rozróżnienie, że przez ligamentum suspensorium rozumie naczynia krwionośne, limfatyczne, otaczającą je silniejszą tkankę łączną i pasma włókien mięsnych gładkich, natomiast pokrywającą te wszystkie części otrzewnę nazywa »mesodesma suspensorium«. Mniejsza lub większa wyrazistość fałdu, jaki te naczynia tworzą, zależna jest i od stanu wypełnienia naczyń krwią i także od mniejszej lub większej zawartości tkanki tłuszczowej w tkance podotrzewnej. Wedle Merkla tkanka łączna otaczająca naczynia jest w miejscu skrzyżowania silniej przyrośnięta do naczyń biodrowych zewnętrznych, tak że przez to przy wejściu do miednicy małej więzadło wieszadłowe jajnika jest niejako przytwierdzone.

Autorowie uwzględniający i rozwój narządu płciowego podnoszą, że otrzewna pokrywająca naczynia jajnikowe (a więc mesodesma suspensorium Waldeyera) pochodzi morfologicznie z pozostałości krezki, którą albo oznaczają jako pozostałość krezki jajnika (mesovarium) albo jako pozostałość krezki pranercza (mesonephridium) albo jako więzadło przeponowo-pranerczowe (plica s. ligamentum diaphragmaticum s. diaphragmatico-mesonephricum s. phrenico-mesonephricum).

Nagel (1897) zwrócił uwagę na to, a inni autorowie do zdania jego się przychylili, że tak samo, jak ligamentum appendiculo-ovaricum (Clado) i ligamentum ilio-ovaricum (Durand), odpowiada także więzadłu wieszadłowemu jajnika t. zw. plica genito-enterica opisana przez Treitza.

W roku 1857, omawiając powstawanie zaułków otrzewnej (głównie recessus intersigmoideus i recessus subcoecalis), opisuje on mianowicie, że u zarodków męskich krezka jądra (mesorchium) ku górze gubi się w ściennej blaszce otrzewnej tylnej ściany brzusznej, do której w czwartym miesiącu życia płodowego przytwierdzona jest pętla esowata po stronie lewej, po prawej kątnica, względnie końcowy odcinek jelita krętego. Wedle Treitza przy zstępowaniu jądra, część jego krezki sięgająca ku górze do kątnicy, względnie pętli esowatej, tworzy coraz wyraźniejszy fałd (plica genito-enterica), który ma »für den Blindsack und das unterste Ileum die Bedeutung eines wahren Leitbandes, wenn man sich gerade nicht dahin aussprechen will, dass der Descensus des Blindsackes vom Gubernaculum Hunteri mitgeleitet wird«; podobnie pociągałby fałd ten po stronie lewej górne ramię pętli esowatej. Po obydwu stronach zawiera fałd ten wedle Treitza naczynia (arteriae et venae spermaticae internae). U zarodków żeńskich podobna »plica genito-enterica« tworzyłaby się przy zstąpieniu jajników. W jaki sposób przy obniżaniu się kątnicy, względnie pętli esowatej, miałyby się wedle Treitza pod wpływem tej »plica genito-enterica« tworzyć zaułki otrzewnej (recessus subcoecalis względnie intersigmoideus), pomijam, temwięcej, że w świetle nowszych badań, głównie od czasu pracy Toldta o rozwoju otrzewnej, tłómaczenie to nie wytrzymuje krytyki.

Ci autorowie, którzy uwzględniają prace Clado, Duranda i Treitza, w przeważnej części podnoszą, że więzadło wieszadłowe jajnika jest identyczne z plica genito-enterica i tak samo z t. zw. ligamentum appendiculo-ovaricum Clado, ilio-ovaricum (Durand) po prawej stronie, po lewej z fałdem idącym ku pętli esowatej, który niektórzy autorowie nazywają ligament infundibulo-colique (poprawniej byłoby raczej, odliczywszy margo infundibulo-ovaricus, — ligament ovario-colique).

Jeśli istotnie te nazwy są synonimami na oznaczenie tego samego tworu, w takim razie, ponieważ główną cechą więzadła wieszadłowego jajnika są przebiegające w niem naczynia, idące do gruczołu płciowego, zupełnie płonną byłaby dyskusya, którą tak często spotykamy, t. j. czy istotnie istnieje ligamentum appendiculo-ovaricum, czy nie, w ilu odsetkach je znajdujemy (Lafforgue i i.) i t. d. Ponieważ naczynia idące do gruczołu zawsze istnieją, więc tylko chodzić mogłoby o to, o ile powodują one mniej lub więcej widoczny fałd otrzewnej. Ponieważ zaś naczynia te i u zarodków i u osobników dorosłych biegną ku górze dośrodkowo — (ku dołowi leżą one na zewnątrz od moczowodu, w dalszym przebiegu krzyżują go, aby dojść do głównych naczyń (tętnicy głównej, żyły głównej dolnej lub naczyń nerkowych), — przeto w każdym razie fałd przez nie spowodowany musiałby biedz od jajnika ku górze dośrodkowo; tymczasem w opisach czytamy, że fałd ten idzie od jajnika ku górze do boku, ma dochodzić do krezki wyrostka robaczkowego lub nawet gubić się pod kątnicą. Jest między opisami fałdu tego przed naruszeniem otrzewnej, a opisami zawartości jego (vasa ovarica) w pracach różnych autorów cały szereg sprzeczności, które trzebaby dla każdej niejako pracy z osobna śledzić i wykazywać. Jeszcze mniej jasne są opisy tych autorów, którzy wogóle stosunku t. n. ligamentum appendiculo-ovaricum do naczyń gruczołu płciowego nie dyskutują, z których jedni wskazują na ogromne wahania w jego rozwoju, inni zupełnie istnieniu jego zaprzeczają. W wykazywaniu zaś związku tego fałdu z dawno znanem więzadłem przeponowo-pranerczowem gruczołu płciowego, już począwszy od pracy Duranda mieści się szereg niedokładności, które wykazują, że przeważna część autorów nie uwzględniała dokładniej przebiegu więzadła przeponowo-pranerczowego w stosunku do gruczołu płciowego, a szczególniej napotykamy już nietylko wahania w opisach, ale i błędy w tłómaczeniu przy skąpych zresztą bardzo wzmiankach o rzekomo istniejącym analogicznym fałdzie u mężczyzn, dzieci i zarodków płci męskiej.

Niektórzy tylko autorowie wprowadzają rozróżnienie, które zasługuje mem zdaniem na uwagę. I tak Rieffel w podręczniku anatomii Poiriera i Charpy'ego pisze, że: »au moment de sa réflexion sur le détroit supérieur, le péritoine, au niveau du ligament suspenseur, présente un certain nombre de replis d'importance très secondaire, bien visibles chez la nouveau-née et l'enfant, mais s'effaçant en général chez l'adulte. Ces replis offrent, d'ailleurs, une disposition assez variable. Ce sont à gauche, le ligament colo-pelvien et surtout le ligament infundibulo-colique; à droite la plica genito-enterica (Treitz, Paltauf, Waldeyer) qui du

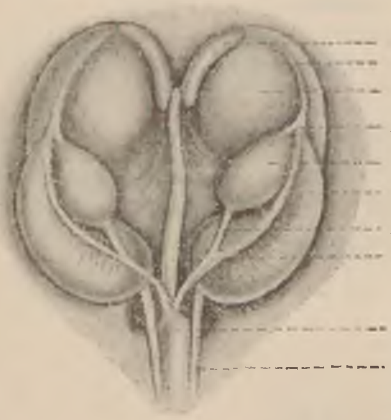
---

graduellement dans le fascia propria, par l'intermédiaire duquel ils se fixent à la paroi postérieure du tronc«; ku dołowi wiązki mięsne rozchodzą się po części w tylnej części więzadła szerokiego ku macicy (faisceaux internes), po części idą od jajnika ku ujściu jajowodu (faisceaux externes), po części towarzyszą naczyniom jajnikowym, rozgałęziającym się w splocie żylnym, wnikając w sam jajnik lub też zdążają ku jajowodowi (faisceaux moyens). Dokładny opis włókien mięsnych w więzadle szerokiem znajduje się w pracy Blumberga i Heymanna.

méso de l'appendice vermiforme ou du péritoine qui entoure la fin de l'iléon, se porte vers le bord supérieur du ligament large. Ce repli me paraît identique avec le ligament appendiculo-ovarien de Clado«.

A nawet Nagel, który akcentuje kilkakrotnie identyczność ligamentum suspensorium ovarii, plica genito-enterica (Treitz) i ligamentum appendiculo-ovaricum (Clado), podaje, powołując się na Waldeyera, że od plica genito-enterica idzie do boku fałd, po prawej stronie ku fossa coecalis, po lewej ku recessus intersigmoideus, że jest on szczególnie wyraźny u noworodków i dzieci; a nawet we figurze przedstawiającej części płciowe żeńskie noworodka z nastrzykanemi naczyniami t e n t y l k o b o c z n y f a ł d oznacza jako »plica genito-enterica«, gdy natomiast tętnicę jajnikową rysuje biegnącą w większem od niego oddaleniu dośrodkowo ku górze.

Ten brak ustalonych cech w różnych opisach wskazywałby na to, że istnieć tu mogą indywidualne wahania, ale niewątpliwie szereg sprzeczności pochodzi głównie z niedostatecznego wytłómaczenia morfologicznego znaczenia tego



Ryc. 1. Zarodek świni wedle Klaatscha.

fałdu. Głównymi tworami wchodzącymi tutaj w grę są naczynia krwionośne jajnika, a ponieważ w pokrywającym je fałdzie otrzewnej zwróconym ku miednicy wielkiej mamy mieć pozostałość krezki narządu płciowego, przeto przedewszystkiem musimy zbadać stosunki, tyczące się rozwoju narządu płciowego żeńskiego i męskiego.

Przewód pokarmowy w dalszym rzędzie dopiero mógł na te twory wpłynąć, ponieważ, jak wiadomo, dopiero w późniejszych okresach życia płodowego przez sklejenie się z otrzewną ścienną tylnej ściany brzusznej zyskał na niej przytwierdzenie.

Jak wiadomo, w rozwoju narządu płciowego zarówno u zwierząt jakoteż u człowieka istnieje okres niezróżnicowany, wspólny dla obydwu płci: gruczoł płciowy rozwijający się w obrębie blaszki ściennej otrzewnej leży w okolicy lędźwiowej przyśrodkowo od silnie rozwiniętego gruczołu pranercza (mesonephros) czyli ciała Wolffa, obydwa te gruczoły wznoszą się ponad tylną ścianą brzuszną, wyswobadzając się coraz więcej i tworząc sobie krezkę (t. n. mesovarium względnie mesorchium, jako też mesonephridium), a między nimi powstaje zagłębienie, późniejsza t. n. bursa (sinus) testis resp. epididymidis u zarodków męskich, a u żeńskich bursa ovarii.

Od górnego bieguna pranercza (por. ryc. 1.) przedłuża się jego krezka (mesonephridium) w fałd idący łukowato ku przeponie i gubiący się wachlarzowato w pokrywającej ją otrzewnej, stąd nazwa jego: plica phrenico-mesonephrica, od górnego zaś bieguna gruczołu płciowego widać fałd otrzewnej zdążający ku temu silniejszemu fałdowi przeponowo-pranerczowemu (plica phrenico-mesonephrica), fałd, który nazwać można plica glandulae germinativae superior, plica testis resp. ovariii superior (superior, ponieważ ku dołowi od zawiązka gruczołu płciowego ku przewodowi Wolffa zdąża podobny fałd, plica inferior). Od głównych pni naczyń biegną do, względnie od gruczołu płciowego poprzecznie naczynia (vasa spermatica, względnie vasa ovarica).

I. Z a r o d k i ż e ń s k i e.

W miarę jak gruczoł płciowy, a więc jajnik, wzrasta, a pranercze pozostaje wstecz w rozwoju, fałd górny jajnika (plica ovarii superior) zatraca swą samodzielność i zdaje się zlewać z fałdem przeponowo-nadnerczowym, który przyjmuje kształt stożkowaty, trójkątny, wierzchołek jego gubi się na przeponie, a podstawa zwrócona jest w dół ku górnemu biegunowi jajnika i na brzegu pranercza rozwijającemu się przewodowi Müllera (zawiązkowi jajowodu).

Jak Wieger wykazał, a szereg autorów (por. Fredet, Blumberg i Heymann) następnie potwierdził, w fałdzie tym zawarte jest silniejsze pasmo gładkich włókien mięsnych, tak że słusznie możemy go oznaczyć nazwą w i ę z a d ł a: ligamentum phrenico-mesonephricum ovarii, więzadło przeponowo-pranerczowe jajnika. Włókna te mięsne należą do systemu włókien mięsnych podotrzewnych, które u niższych zwierząt kręgowych spotykamy w większej ilości, u człowieka i u wyższych zwierząt ssących pozostałością ich są np. m. suspensorius duodeni, m. cremaster internus, włókna mięsne w ligamentum genito-inguinale (gubernaculum Hunteri), w ligamentum ovarii proprium, ligamentum teres uteri i i. (por. Treitz, Luschka, Klaatsch, Blumberg i Heymann i i.) Dolna część więzadła przeponowo-pranerczowego, wedle Wiegera rozczepia się później na dwa ramiona: ligamentum infundibulo-ovaricum [1]) i infundibulo-pelvicum (a raczej ovario-pelvicum).

Przeważna część autorów podnosi, że w górnej części więzadło przeponowo-pranerczowe szybko się zatraca, Wieger podaje, że już u zarodków 7—8 centymetrowych wyjątkowo je tylko widział; mojem zdaniem można je widzieć wyraźnie nietylko jeszcze u zarodków 12-centymetrowych, jak Blumberg i Heymann podają, ale przez cały ciąg życia płodowego i nawet u nowonarodzonych dzieci, a wyrazistość jego głównie zależy od stanu zachowania zarodka. Na zarodkach z różnych okresów (z 3, 4, 5 i późniejszych miesięcy) badałem stosunki tego fałdu i o ile zarodek był istotnie dobrze zachowany, stale na znaczniejszą odległość od jajnika mogłem go stwierdzić.

Gdy jajniki znajdują się na granicy między miednicą

---

[1]) Blumberg i Heymann uważają ligamentum infundibulo-ovaricum za twór analogiczny do ligamentum ovarii superius zwierząt ssących: »es zweigt sich also von der Plica diaphragmatica das Ligamentum ovarii superius ab, wie wir es bei den Saugetierembryonen beschrieben haben«.Waldeyer (Das Becken p. 661) zaś uważa, że plica ovarii superior wraz z plica phrenicomesonephrica tworzy otrzewnę więzadła wieszadłowego jajnika. Dokładniejsze dopiero badania m ł o d y c h zarodków ludzkich żeńskich mogą wykazać, czy istotnie u zarodków ludzkich istnieje tak jak u zwierząt ssących najpierw samodzielne ligamentum ovarii superius i jakie są jego dalsze losy.

wielką a miednicą małą, najpierw ustawione pionowo długą swą osią, można wciąż od jajnika ku górze wyśledzić fałd otrzewnej gubiący się w blaszce ściennej otrzewnej tylnej ściany brzusznej, pokrywającej boczną część nerki, która rozwijając się szybko, fałd ten odsuwa od przepony i równocześnie spycha go więcej do boku; na ryc. 2, przedstawiającej zarodka żeńskiego z 5. miesiąca zarówno po prawej jakoteż po lewej stronie niezmiernie wyraźnie go widzimy, również i na ryc. 3, przedstawiającej nowonarodzone dziecko.

Naczynia krwionośne, zaopatrujące jajnik i górną część kanału Müllera (arteria et vena ovarica), aby dostać się do podstawy krezki jajnika i kanału Müllera, przebiegały pierwotnie poprzecznie do leżącego w okolicy lędźwiowej gruczołu płciowego: zachowując pierwotny punkt ujścia z głównych pni naczyń (tętnicy głównej wzgl. tętnicy nerkowej i żyły głównej dolnej względnie żyły nerkowej), muszą one

a drugi zwrócony również ku górze, ale więcej do boku, gubiący się wśród otrzewnej, pokrywającej boczną część nerki; ten jest pozostałością więzadła przeponowo-pranerczowego gruczołu płciowego (rudimentum ligamenti phrenico-mesonephrici); dwa te ramiona więzadła wieszadłowego jajnika obejmują jakby widełkami dolny biegun nerki (por. ryc. 2).

Pierwotna niezależność tych dwóch fałdów, które dopiero w miarę postępującego zstąpienia jajników do siebie się zbliżają, o wiele wyraźniej występuje, aniżeli to dotychczas opisywano, (jedynie Fredet stosunek ten dokładniej uwzględnia), a nawet w dalszym ciągu rozwoju ponownie jeszcze więcej niż poprzednio się zaznacza. W ostatnich mianowicie okresach życia płodowego i u noworodka jajniki, które, jak widzieliśmy, leżały poprzednio prostopadle, pionowo, ustawiają się prawie zupełnie poprzecznie w płaszczyźnie równoległej do czołowej na granicy między mie-



Ryc. 2. Zarodek ludzki żeński z piątego miesiąca.

w miarę obniżania się gruczołu płciowego przebiegać coraz więcej skośnie od góry i wewnątrz ku dołowi i ku zewnątrz, a wobec pionowego ustawienia jajników będą zbliżać się najpierw do bieguna górnego (jajowodowego) jajnika (extremitas tubaria), zanim wnikną do jego wnęki (hilus). Gdy zaś fałd przeponowo-pranerczowy odchodzi właśnie od górnego bieguna jajnika, przeto przy górnym biegunie jajnika fałd ten spotka się z biegnącemi pod otrzewną naczyniami jajnikowemi i będzie je tu pokrywał.

To też u zarodków, u których jajniki leżą przy wejściu do miednicy małej, śledząc otrzewnę od górnego bieguna jajnika ku górze, otrzymujemy najpierw grubszy jednolity fałd otrzewnej, zawierający naczynia krwionośne jakoteż silniejszą tkankę łączną i włókna mięsne, ku górze natomiast fałd ten rozszczepia się na dwa, jeden idący ku górze dośrodkowo, w którym przeświecają naczynia krwionośne jajnika (można go zatem nazwać »plica vascularis« [1]),

dnicą wielką i miednicą małą, brzeg pierwotny górny jajnika (extremitas tubaria) staje się brzegiem bocznym. Więzadło przeponowo-pranerczowe biegnie od niego prosto ku górze, naczynia zaś krwionośne, które wchodzą do wnęki jajnika, biegną ku górze dośrodkowo, ale skutkiem zmiany położenia osi długiej jajnika odstęp między niemi a fałdem przeponowo-pranerczowym stał się ku dołowi znacznie większy (por. ryc. 3).

W pierwszym lub drugim roku życia (por. Nagel, Wendeler, Hammerschlag) jajniki dostają się dopiero do miednicy małej, ustawiając się powoli znów prostopadle, równolegle do głównej osi ciała, przez co znów biegun jajowodowy jajnika zwrócony jest wprost ku górze; razem z jajnikiem zostały do miednicy małej pociągnięte naczynia jego i otrzewna zdążająca do jego górnego bieguna, przez to nietylko fałd przeponowo-pranerczowy i naczynia znów zostały zbliżone do siebie, ale krzyżując linię łukowatą muszą tworzyć, jak podnoszą Waldeyer, Fredet i i., razem wspólny fałd na granicy miednicy wielkiej i miednicy małej, który zyskuje z tą chwilą to znaczenie, jakie i przez

[1]) W podobnem znaczeniu mówią niektórzy dawni autorowie o plica vascularis testis resp. ovarii (np. Lockwood and Rolleston, Durand i i.)

całe życie przypisać mu trzeba, znaczenie szypuły utrzymującej jajnik (a z nim razem i jajowód) w prawidłowem położeniu, staje się prawdziwem »ligamentum suspensorium ovarii«. To, że dolna część więzadła przeponowo-pranerczowego zostaje zużyta jako osłona otrzewna naczyń, tłómaczy nam, skąd się biorą włókna mięsne gładkie w więzadle wieszadłowem jajnika, o których istnieniu przy jego opisie anatomicznym mówiliśmy.

Gdy u zarodków ludzkich pierwotna zupełna niezależność więzadła przeponowo-pranerczowego z jednej strony, a naczyń krwionośnych z drugiej strony, później w dolnej części się zatraca, a zachowywa tylko w górnej części, to w całej pełni i stale przez całe życie utrzymuje się ona u tych zwierząt, u których nie ma »descensus ovariorum«, lecz jajniki leżą wysoko na tylnej ścianie jamy brzusznej; od bieguna ich górnego idzie niezmiernie wyraźny szeroki i długi fałd, sierpowato biegnący w otrzewnej, pokrywającej tum plicae phrenico-mesonephricae), które na tylnej właśnie ścianie przebiegają.

Pozostałość więzadła przeponowo-pranerczowego, jako biegnącego więcej do boku, może być pokryta po prawej stronie przez samą kątnicę, krezkę wyrostka robaczkowego lub sam wyrostek robaczkowy, który tak samo, jak kątnica, u zarodka, zazwyczaj jest mniej lub więcej, (w każdym razie więcej, niż się to spotyka później), przyklejony do blaszki ściennej otrzewnej; po lewej stronie może być, a nawet jest zwykle przykryta przez sam początek pętli esowatej, której granica w stosunku do okrężnicy zstępującej u zarodka niezmiernie wyraźnie się zaznacza zachowaniem krezki; natomiast fałd, zawierający naczynia jajnika, będzie zawsze skierowany bardziej ku linii środkowej ciała i będzie się gubić, podobnie, jak leżący obok niego moczowód, pod krezką jelita krętego (biodrowego), względnie pod kre-



Ryc. 3. Noworodek płci żeńskiej.

Ov. = Ovarium. R. = Rectum, U. = Uterus, V. = Vesica.

nerkę i gubiący się ku przeponie, a tętnica jajnika biegnie poprzecznie lub lekko skośnie od linii środkowej; choćby np. u kota, u psa, stosunki te występują z elementarną wyrazistością (por. Waldeyer, Zuckerkandl, Blumberg i Heymann, Klaatsch, Weber i i,).

U człowieka czasem jako wadę rozwojową spotykamy jajniki leżące wyżej w miednicy wielkiej (Sellheim), albo nawet usadowione tuż pod nerką (Busse). W tych razach musi się zachować fałd przeponowo pranerczowy jako twór samodzielny, niezależny od fałdu naczyniowego, jak to w przypadku tyczącym się 18-letniej dziewczyny Busse wyraźnie stwierdza.

A teraz uprzytomnijmy sobie, że u zarodka w czwartym lub piątym miesiącu okrężnica wstępująca i zstępująca zatraca swą pierwotną samodzielną krezkę i skutkiem sklejenia się otrzewnej zarówno samej okrężnicy jakoteż jej krezki, przytwierdza się do blaszki ściennej otrzewnej tylnej ściany brzusznej. Wobec tego musi ona pokryć górną część obydwu tych fałdów (t. j. plica vascularis i rudimenzką pętli esowatej w okolicy zaułka esowatego (recessus intersigmoideus).

Z dwóch tych ramion więzadła wieszadłowego jajnika stale pozostać musi i łatwo da się zawsze wyśledzić i stwierdzić przebieg fałdu naczyniowego, chociaż uwzględnić musimy, że niekoniecznie aż ku krezce musi przebiegać wyraźny, ponad powierzchnię wznoszący się fałd otrzewnej; wyrazistość (wysokość fałdu) zależeć może i od mniejszego lub większego wypełnienia krwią naczyń krwionośnych, głównie splotu żylnego, i od ilości tkanki tłuszczowej podotrzewnej. Wyrazistość zaś pozostałości więzadła przeponowo-pranerczowego (rudimentum plicae phrenico-mesonephricae) już u zarodków jest różna; widząc zaś ten niezmiernie delikatny fałd u zarodka, z góry można przypuszczać, że przy zmianach położenia okrężnicy na tylnej ścianie brzusznej przez pociąganie sklejonej z nią otrzewnej ściennej może on się raz łatwiej zacząć zacierać i zatracać, natomiast w innym razie może silniej, się naprężyć i zachować; być może, że włókna mięsne raz silniej, drugi raz słabiej się rozwiną, na co wskazywałoby i to, że niektórzy auto-

rowie opisują je jako wybitną smugę, inni istnieniu ich przeczą. Że u nowonarodzonych dzieci płci żeńskiej rozszczepienie się więzadła wieszadłowego na dwie części widziałem, wspomniałem już powyżej; z ryciny w pracy Nagla (Fig. 4. Tabl. XIV. Arch. f. Gyn. T. 53) wnosić można i trzeba, że on tak samo u nowonarodzonego dziecka widział osobno ku górze zdążający fałd naczyniowy (plica vascularis), a osobno pozostałość więzadła przeponowo-pranerczowego (rudimentum plicae phrenicomesonephricae). Że w życiu pozapłodowem fałd ten, o ile u zarodka nie był już silnie rozwinięty, zatraci się łatwo, jeśli zawarte w nim słabe włókna mięsne zostaną głównie zużyte na szypułę więzadła wieszadłowego jajnika, a zresztą rozstąpią się i zgubią w otrzewnej, jest rzeczą aż nadto zrozumiałą; ale również sądzę, że czasem fałd ten z zachowaniem a nawet rozwinięciem się silniejszych smug włókien mięsnych może i u dorosłych wyraźnie się zaznaczać; na zwłokach dorosłych kobiet najczęściej widziałem więzadło wieszadłowe jajnika gubiące się w postaci fałdu tylko ku górze w kierunku przebiegu naczyń jajnikowych (plica vascularis), zresztą zaś przedstawiała się otrzewna zupełnie gładko, ale nieraz, i to nawet u starych kobiet, widziałem od głównej szypuły więzadła wieszadłowego odchodzący drugi fałd boczny w tym samym kierunku, jak u nowonarodzonego dziecka i najczęściej obustronnie. Hammerschlag w swej pracy o położeniu jajnika mimochodem tylko mówi o więzadle wieszadłowem jajnika, nie roztrząsając jego stosunku do naczyń krwionośnych jajnika, ale u 13-letniego dziewczęcia na fig. 4 i 5 rysuje to więzadło, rozszczepiające się na granicy miednicy wielkiej niezmiernie wyraźnie na część idącą ku górze, zawierającą naczynia jajnikowe i na część zwróconą do boku, gubiącą się pod kątnicą i krezką wyrostka robaczkowego po stronie prawej, po lewej zdążającą ku samemu początkowi pętli esowatej. Regularny, symetryczny przebieg fałdów tych po obydwu stronach zdaje mi się przemawiać za tem, że u tego osobnika, u którego Hammerschlag badał położenie jajnika, boczny fałd ten, który odpowiedziałby zupełnie pozostałości więzadła przeponowo-pranerczowego musiał się niezmiernie wyraźnie zachować; Fredet w kopii tego rysunku (oznaczając go mylnie jako części płciowe n o w o n a r o d z o n e g o dziecka, oznacza nawet ten fałd jako »ligament diaphragmatique«).

Jeden jeszcze szczegół należy uwzględnić, a mianowicie, że kątnica i wyrostek robaczkowy u zarodka najczęściej więcej są przyklejone do otrzewnej tylnej ściany brzusznej, względnie talerza biodrowego, aniżeli później, i że następnie niejako znów z tego związku się wyswobadzają, przytem pociąga kątnica sklejoną z jej tylną ścianą otrzewnę ścienną i przez to tworzy mniej lub więcej wyraźne fałdy w mniejszej lub większej ilości w otoczeniu t. n. dołu kątniczego (fossa coecalis), które tworzą ograniczenie t. n. zachyłków podkątniczych, pozakątniczych, przykątniczych, i przyokrężniczych (recessus subcoecales, retrocoecales, paracoecales, paracolici). Fałdy te przedstawiają się na każdym prawie preparacie inaczej i ilość ich i długość i przebieg może być bardzo różny, co jest zupełnie naturalne, jeśli się uwzględni, że nie mają one stałego morfologicznego podkładu. Otóż taki fałd może się wytworzyć także i w kierunku miednicy małej, jak słusznie podnosi Kelly i Hurdon, i niezawodnie takie raczej przypadkowe twory niektórzy autorowie brali za więzadło wyrostkowo-jajnikowe (ligamentum appendiculo ovaricum).

Twierdzenie Clado, że w fałdzie, idącym od jajnika do krezki wyrostka robaczkowego, spotykał na nastrzykanych preparatach naczynia limfatyczne »établissant des communications lymphatiques entre l'ovaire et l'appendice« nie spotkało się nigdzie z potwierdzeniem. Przeciwnie, szereg autorów na podstawie nastrzykiwań stwierdza, że takiej łączności między naczyniami limfatycznemi wyrostka robaczkowego i jajnika nie ma (Barnsby, Rieffel, Poirier et Cunéo, Kelly and Hurdon, Craig i i.). Naczynia limfatyczne, zbierające limfę z jajnika i z górnej części macicy i jajowodu, towarzyszą w przebiegu naczyniom krwionośnym jajnikowym. Kelly zwraca słusznie uwagę na to, że u zarodka jajnik i wyrostek robaczkowy rozwijają się topograficznie zupełnie od siebie niezależnie i dopiero późno, bo zwykle w 4. lub 5. miesiącu przykleja się kątnica z wyrostkiem robaczkowym do blaszki ściennej otrzewnej tylnej ściany brzusznej; w następstwie tego sklejania może się wytworzyć przez anastomozy w naczyniach włosowatych łączność naczyń krwionośnych między tymi sklejonymi narządami, podobnie jak przy innych częściach przewodu pokarmowego, ale na preparatach, na których nastrzykiwał naczynia limfatyczne wyrostka, widział Kelly zawsze naczynia te idące w kierunku gruczołów, leżących w »iliocolic group of glands«, nigdy nie dało się nastrzykać ani jedno naczynie, idące w kierunku jajnika. Spostrzeżenia kliniczne (jak posuwanie się torbieli z więzadła szerokiego ku pętli esowatej względnie kątnicy, posuwanie się ropni z okolicy wyrostka robaczkowego ku więzadłu szerokiemu, przenoszenie się spraw zapalnych z wyrostka na przydatki macicy) nietylko nie zmuszają nas bynajmniej do przyjęcia specyalnego fałdu, łączącego jajnik z wyrostkiem lub pętlą esowatą, ale nawet, przyjmując istnienie takiego fałdu, bynajmniej zrozumienia przenoszenia się spraw zapalnych z wyrostka na przydatki macicy sobie nie ułatwiamy; skutkiem tego, że otrzewna więzadła wieszadłowego jajnika przechodzi w otrzewną tylnej ściany miednicy wielkiej, do której jest przyklejona okrężnica, ewentualnie kątnica i nieraz krezka wyrostka robaczkowego, łączność, albo raczej powiedzmy ciągłość otrzewnej między tymi narządami zawsze istnieje. Również i nieraz akcentowany ból w okolicy wyrostka przy silniejszym napływie krwi do narządu płciowego żeńskiego łatwo się tłómaczy tem, że naczynia krwionośne, a głównie splot żylny (plexus pampiniformis wraz z t. n. bulbus ovarii), wypełniając się krwią, muszą wznosić, a tem samem napinać pokrywającą je otrzewnę i w razie istnienia stanu zapalnego wywoływać ból, czy przytem, jak przypuszcza Craig, skurcz włókien mięsnych gładkich, zawartych w więzadle wieszadłowem jajnika i przechodzących w jego otrzewnej na tylną ścianę brzuszną, może także przyczyniać się do uczucia bolu, nie chcę tutaj rozstrzygać.

A teraz jeśli po dokładniejszej analizie więzadła wieszadłowego jajnika chcielibyśmy odpowiedzieć na pytanie, co różni autorowie i sam Clado i Durand opisywali jako »ligament appendiculo-ovarien« i »ilio-ovarien«, musielibyśmy prace brać jedną po drugiej i analizować dokładniej opisy. Wynik takiej analizy da się niewątpliwie streścić w tem, że różni autorowie różne twory mieli na oku; zgadzam się zupełnie z twierdzeniem Kellego i Hurdona:

»The various statements of the different authors, however, are not in harmony, some even denying the presence of the ligament altogether. It often seems as though they have not been referring to the same anatomical structure«.

Nie ulega wątpliwości, że przeważna część opisywała jako »ligamentum appendiculo-ovaricum Clado« poprostu więzadło wieszadłowe jajnika (ligamentum suspensorium ovarii), niektórzy przypadkowe fałdy, tworzące się skutkiem procesów sklejania otrzewnej w okolicy kątniczej, a niektórzy wyjątkowo silnie rozwiniętą pozostałość więzadła przeponowo-pranerczowego. Ci autorowie, którzy brali więzadło wieszadłowe jajnika jako twór odrębny i szukali osobnego »ligamentum appendiculo-ovaricum« musieli naturalnie, nie znajdując go w przeważnej części przypadków, istnieniu jego przeczyć lub uważać je za twór rzadko tylko występujący. Tosamo można powiedzieć »ceteris paribus« o t. n. »ligamentum infundibulo-colicum s. ovario-colicum« po stronie lewej. Wobec zamieszania, jakie nazwy »ligamentum appendiculo-ovaricum (Clado)«, »ligamentum ilio-ovaricum (Durand)« a także i »plica-genito enterica (Treitz)« wywołały, powinniśmy, mem zdaniem, nazw tych zupełnie zaniechać.

Nazwy: ligamentum suspensorium ovarii plica vascularis i rudimentum plicae s. ligamenti phrenico-mesonephrici nietylko wystarczają dla dokładnego opisu, ale równocześnie w dwóch ostatnich nazwach zawarte jest i stwierdzenie morfogenetycznego znaczenia tych dwóch ramion, na które więzadło wieszadłowe jajnika ku górze u starszych zarodków stale się rozszczepia, które u nowonarodzonego dziecka zwykle są wyraźne, a nieraz i później mogą być widoczne.

II. Zarodki męskie.

Jak już wyżej wspominałem, zarówno Clado, jakoteż Durand twierdzą, że ślad fałdu, odpowiadającego »ligament appendiculo-ovarien«, istnieje czasem także u mężczyzny pod postacią małego fałdu, który krzyżując się z naczyniami biodrowemi gubi się w miednicy małej. Po nich szereg autorów przytacza tą uwagę, nie rozpatrując, czy taki fałd istnieje, a tem mniej, czy wogóle istnieć może.

Mojem zdaniem Clado i Durand opisali u mężczyzny jako równorzędny z »ligament appendiculo-ovarien« jeden z tych licznych przypadkowych fałdów, które w okolicy kątnicy przez sklejenie, a następnie naprężenie otrzewnej się tworzą, a które powyżej omawiałem.

Fałd, któryby był morfologicznie analogiczny do »ligament appendiculo-ovarien« czy »ilio-ovarien« Duranda, nie mógłby być skierowany ku miednicy małej, raczej wchodziłyby tu w rachubę stosunki, które, — jak we wstępie wspominałem, opisał Treitz jako »plica genito-enterica«. U zarodka męskiego biegnie, jak to z ryc. 1 możemy łatwo wywnioskować, od gruczołu płciowego, czyli od jądra ku górze fałd otrzewnej (lig. testis sup.), łączący się z fałdem, tworzącym ku górze przedłużenie krezki pranercza, późniejszego najądrza (z t. n. »mesonephridium« później »mesepididymis« albo »mesepididymium« (Eberth), a idącym ku przeponie, t. j. z więzadłem przeponowo-pranerczowem, (ligamentum phrenico-mesonephricum). Fałd górny jądra (plica s. lig. testis sup.) w miarę zbliżania się pranercza (czyli najądrza) do jądra zatraca się, tak iż głównie ku górze widzimy więzadło przeponowo-pranerczowe. Naczynia krwionośne (vasa spermatica) idą tak samo, jak u zarodków żeńskich, poprzecznie od, względnie do głównych pni naczyń (aorta, vena cava inf., względnie arteria et vena renalis)[1]. Gdy zaczyna się zstąpienie jąder, fałd przeponowo-pranerczowy i naczynia krwionośne pod kątem zbliżają się ku sobie, a kąt ten stanie się tym mniejszym, ostrzejszym, im jądra będą niżej, ale podobnie, jak u zarodków żeńskich, fałd przeponowo-pranerczowy (plica phrenico-mesonephrica) i fałd naczyniowy (plica vascularis) będą się schodziły ku górnemu biegunowi gruczołu płciowego; u zarodków niektórych zwierząt ta niezależność fałdu przeponowo-pranerczowego i fałdu naczyniowego zachowywa się o wiele wybitniej, niż u zarodków ludzkich (por. Klaatsch, Weber, Frankl, Berry, Hill) a u niektórych zwierząt, które przez całe życie pozostają wnętrami (Testiconda), i w dalszym ciągu istnieje. U zarodków ludzkich jądro i najądrze wyswobadzają się coraz więcej z otrzewnej ściany brzusznej, tworząc sobie w celu umożliwienia zstąpienia (descensus) wybitną, wspólną u podstawy krezkę (mesorchium + mesepididymis); w tej części, gdzie ta krezka ku górze przechodzi w otrzewną tylnej ściany brzusznej, szukać należy śladu fałdu przeponowo-pranerczowego, który od początku jest właściwie tylko przedłużeniem krezki pranercza (mesonephridium = mesepididymis), nie zawierającem kanalików pranercza. Zarówno górna część krezki pranercza, jakoteż ta pozostałość fałdu przeponowo-pranerczowego, zostają zużyte na pokrycie zbliżających się do gruczołu płciowego naczyń krwionośnych, a ślad więzadła przeponowo-pranerczowego zaznacza się jakiś czas, jako fałdzik odchodzący ku górze i do boku w kierunku bocznej powierzchni nerki od otrzewnej pokrywającej naczynia. Gdy jądra wejdą do kanału pachwinowego, zawsze widzimy zdążające ku pierścieniowi pachwinowemu podotrzewnemu naczynia krwionośne, idące do, względnie od jądra, a więc fałd naczyniowy (plica vascularis), pozostałości zaś więzadła przeponowo-pranerczowego można w obrębie jamy brzusznej dopatrywać się w otrzewnej, idącej od pierścienia pachwinowego podotrzewnego (annulus inguinalis abdominalis, subperitonealis s. internus) ku górze w kierunku ku nerce, chociaż osobnego fałdu wyśledzić już zwykle nie można. A gdy wreszcie w ostatnim okresie zstąpienia jąder i jądro i najądrze, a wraz z niemi ich krezka dostaną się do worka mosznowego, nadaremnie szukalibyśmy w jamie brzusznej pozostałości fałdu przeponowo-pranerczowego, gdyż została ona razem z krezką najądrza pociągnięta na dno worka mosznowego.

Jeśli teraz uwzględnimy stosunki rozwojowe przewodu pokarmowego i przypomnimy sobie, że z otrzewną tylnej ściany brzusznej skleja się w 4. lub 5. miesiącu kątnica względnie pętla esowata, w takim razie istotnie na prze-

---

[1]) Wedle badań Hilla u zarodka świni tętnica jądrowa (arteria spermatica interna) odchodzi od tętnicy głównej znacznie poniżej tętnicy nerkowej i biegnie potem w górę do gruczołu płciowego, przez co niezależność dwóch tych fałdów (plica vascularis i plica phrenico-mesonephrica) jeszcze wyraźniej się uwydatnia.

strzeni otrzewnej ściennej między przewodem pokarmowym a gruczołem płciowym widoczny będzie fałd naczyniowy, a dopóki znać więzadło przeponowo-pranerczowe, może być widoczny do boku idący mniejszy fałdzik. To dało powód Treitzowi do opisania owej »plica genito-enterica«; ściślej biorąc, rozumiał Treitz przez nią fałd naczyniowy, wyraźnie bowiem mówi: »Beiderseits birgt die Plica genito-enterica die Arteria spermatica interna mit den ihr angehörenden Venen«.

Treitz wychodząc z opisu swej »plica genito-enterica« u zarodków męskich wnosi, że analogiczny fałd musi istnieć u płci żeńskiej ku jajnikowi; ten wniosek można zupełnie zrozumieć i uznać, ale z istnienia »ligamentum appendiculo-ovaricum« u płci żeńskiej wyprowadzać przez analogię istnienie fałdu, idącego od okolicy kątnicy względnie pętli esowatej ku miednicy małej u płci męskiej żadną miarą nie można, a uwagi Duranda w tym kierunku uważam za błędne; analogicznym tworem, t. j. fałdem otrzewnej, zawierającym naczynia i ewentualną pozostałość krezki pranercza i fałdu przeponowo-pranerczowego, może być tylko fałd otrzewny, idący od gruczołu płciowego, a więc po dokonanem zstąpieniu jąder od pierścienia pachwinowego podotrzewnego.

Jak już we wstępie wspomniałem, Treitz przypisywał swej »plica genito-enterica« wpływ na pociąganie kątnicy względnie pętli esowatej ku dołowi przez gruczoł płciowy; miałby on mieć wedle niego »die Bedeutung eines wahren Leitbandes für den Blindsack und das untere Ileum«. Otóż niewątpliwie Treitz znaczenie tego fałdu w stosunku do przewodu pokarmowego przeceniał; szereg autorów (Toldt, Waldeyer, Tarenetzki i i.) wykazał niezależność zmian położenia okrężnicy i kątnicy z jednej strony, zstąpienia jąder z drugiej. Ponieważ u zarodka z otrzewnej tylnej ściany brzusznej wznosi się krezka gruczołu płciowego i najądrza, a do tejże otrzewnej przykleja się przewód pokarmowy, tedy niektóre wady rozwojowe[1]) (wysokie położenie jąder z równoczesnem wysokiem położeniem kątnicy, albo wrodzona przepuklina pachwinowa, zawierająca kątnicę zrośniętą z jądrem) mogłyby nasuwać myśl o przyczynowym związku tych nieprawidłowości i o roli, jaką przytem Treitz przypisuje swej »plica genito-enterica«. Jeden jednakowoż choćby przykład, gdzie jądra odbyły zupełny »descensus« i leżą w worku mosznowym, jelito grube również okręciło się prawidłowo i kątnica leży na talerzu biodrowym prawym, ale ma wraz z okrężnicą wstępującą swobodnie ruchomą krezkę — a takie przypadki są znane i bynajmniej nie rzadkie — obala to zapatrywanie.

[1]) Jako dowód, że fałd ten ma znaczenie dla zmiany położenia kątnicy względnie pętli esowatej, przytacza Treitz, że w przypadkach, w których jądra nie odbyły prawidłowego »descensus«, lecz pozostały w okolicy lędźwiowej, także i odpowiednie części przewodu pokarmowego zachowują pierwotne położenie, odpowiadające czwartemu miesiącowi życia płodowego; w przypadkach, gdzie »plica genito-enterica« jest za krótka, powstaćby miało albo wnętrostwo (kryptorchismus) albo też jądro przy zstąpieniu do worka mosznowego miałoby pociągać za sobą czy to kątnicę, czy też pętlę esowatą, jak to spostrzegano przy wrodzonych przepuklinach pachwinowych; na tej też podstawie łączność zmiany położenia kątnicy i pętli esowatej ze zstąpieniem jąder podnosili już dawni autorowie, jak Serres, Geoffroy St. Hilaire, Pétrequin, Roser, a później Lockwood i Rolleston, Durand i i. Nadmiernej krótkości fałdu tego u zarodków żeńskich przypisuje Treitz wpływ na pochylenie macicy do boku, a nawet na tak daleko idące wady rozwojowo, jak uterus bipartitus, bicornis i bilocularis, popierając to twierdzenie kazuistycznymi przykładami.

Piśmiennictwo: Porównaj: Podręczniki anatomii opisowej i topograficznej i atlasy anatomiczne: Corning, Gegenbaur, Henke, Henle, Huschke, Hyrtl, Janošik, Luschka, Langer-Toldt, Merkel, Poirier et Charpy, Quain, Rauber-Kopsch, Reinke, Sappey, Schultze, Sobotta, Spalteholz, Testut, Tillaux, Toldt, Zuckerkandl. Podręczniki embryologii: Bonnet, Hertwig, Kollmann, (Handatlas 1907), Koelliker, Minot, Prenant, Schultze-Koelliker. Podręczniki ginekologii Fehlinga, Bayera, Veita, (artykuły Pfannenstiela, Frommego, Freunda, Spulera, Nagla). Prócz tego: 1) Benaroieff: Die Lage des Ovariums. Archiv für Gynäk. Bd. 59, 1899. 2) Berry: The nature and cause of the physiological descent of the testes. Dito of he ovaries. Journ. of Anat. and Physiol. Vol. 43 i 44, 1908, 1909. 3) M. Blumberg und B. Heymann: Über den Ursprung, den Verlauf und die Bedeutung der glatten Musculatur in den Ligamenta lata beim Menschen und bei den Säugetieren. Arch. f. Anat. und Physiol. 1908. Anat. Abtlg. 4) Busse: Verlagerung von Tube und Ovarium in Folge Ausbleibens des Descensus. Monatsschr. für Geburtsh. und Gyn. 1901. 5) Clado: Appendice caecal. Compt. rend. Soc. de biol. 1892. p. 133. 6) Craig: Clinical experiences with the appendiculo-ovarian ligament. Journ. of amer. med. Assoc. 1904. (Monatsschr. für Geb. und Gyn. Bd. XXI). 7) Durand: Le ligament ilio-ovarien (appendiculo-ovarien de Clado); contribution à l'étude du ligament large. Le progrès méd. 1895 Nr. 27. 8) Eberth: Die männlichen Geschlechtsorgane. Bardelebens Handb. der Anat. des Menschen. Liefg. 12, 1904. 9) Felix und Bühler: Die Entwickelung der Harn und Geschlechtsorgane. Handb. der vergl. und exper. Entwicklungslehre der Wirbeltiere herausg, von O. Hertwig Bd. III. 10) Frankl: Beiträge zur Lehre vom Descensus testiculorum. Sitzungsber. d. Kais. Akad. der Wiss. Wien. Mathem. naturw. Klasse Bd. CIX. 1900. 11) P. Fredet: Péritoine. Morphogenèse et Morphologie. Poirier et Charpy. Traité d'anat. humaine T. IV. 12) Hammerschlag: Die Lage des Eierstocks. Zeitschrift f. Geburtsh. u. Gyn. XXXVII. 1897. 13) E. B. Hill: On the gross development and vascularisation of the testis. Amer. Journ. of Anat. T. VI 1906. 14) Jonnesco: Hernies internes rétro-peritonéales. Paris 1890. 15) Jonnesco: Tube digestif. Poirier et Charpy: Traité d'anat. humaine. T. IV. 15) Jonnesco et Juvara: Anatomie des ligaments de l'appendice vermiculaire et de la fossette iléo-appendiculaire. Le progrés méd. 1894. 17) H. B. Kelly and E. Hurdon: The Vermiform Appendix and its diseases. Philadelphia and London 1905. 18) Klaatsch: Über den Descensus testiculorum. Morphol. Jahrb. Bd. XVI., 1890. 19) K. Kostanecki: Descensum testiculorum. Nowiny lek. 1905. 20) Lafforgue: Recherches anatomiques sur l'appendice vermiculaire du Caecum. Internat. Monatsschr. f. Anat. u. Phys. Bd 10. 21) Lockwood and Rolleston: On the fossae round the caecum, and the pisition of the vermiform appendix, with special reference to retroperitoneal hernia. Journ. of Anat. and Physiol. XXVI, 1892. 22) Martin A.: Lage und Bandapparat des Eierstocks. Festschr. für Carl Ruge. Berlin 1896. 23) Martin A.: Zur Topographie der Keimdrüse. Zeitschr. Geburtsh. u. Gyn. Bd 35. p. 498, 1899. 24) Martin: Die Krankheiten der Eierstöcke. Leipzig 1899. 25) G. v. Mihálkovics: Entwicklung des Harn- und Geschlechtsapparates der Amnioten. Internat. Monatsschr. f. Anat. u. Histol. Bd II. 1885. 26) W. Nagel: Beitrag zur Anatomie der weiblichen Beckenorgane. Arch. f. Gyn. Bd 53. 1897. 27) W. Nagel: Die weiblichen Geschlechtsorgane. Bardelebens Handb. der Anat. des Menschen. 1906. 28) Paltauf: Zur Kenntnis des Uterus unicornis. Medic. Jahrbücher, Wien 1885. 29) Pérignon: Etude sur le développement du péritoine. Thèse. Paris. 1892. 30) Petit: Anatomie gynécologique. 1901. 31) Poirier et Cunéo: Les lymphatiques. Poirier et Charpy: Traité d'anat. humaine. T. II. 1902. 32) H. Rieffel: Appareil genital de la femme. Poirier et Charpy: Traité d'anat. humaine T. V. 1907. 33) Rosner: Appendicitis w położnictwie i ginekologii. Przegląd chirurg. 1904. 34) Sellheim: Unvollkommener Descensus ovariorum. Beitr. z. Geburtsh. u. Gyn. Bd. V. 1901. 35) Soulié: Recherches sur la migration des testicules dans les principaux groupes des manniféres. Toulouse 1895. 36) Toldt: Bau und Wachstumsveränderungen der Gekröse des menschlichen Darmkanals. Denkschriften der mathem.-naturw. Klasse der kais. Akad. d. Wissensch. in Wien. Bd 41, 1879. 37) W. Treitz: Hernia retroperitonealis Prag. 1857. 38) Waldeyer: Eierstock und Ei. Leipzig 1870. 39) Waldeyer: Hernia retroperitonealis nebst Bemerkungen zur Anatomie des Peritoneums. Virchows Archiv Bd. 60, 1874. 40) Waldeyer: Die Lage der inneren weiblichen Beckenorgane bei Nulliparen. Ana-

tom. Anzeiger Bd I. 1886. 41) Waldeyer: Beiträge zur Kenntnis der Lage der weiblichen Beckenorgane. Bonn 1892. 42) W. Waldeyer: Topographical sketch of the lateral wall of the pelvic cavity, with special reference to the ovarian groove. Journ. of Anat. and Physiol. XXXII, 1898. 43) Waldeyer: Das Becken 1899. 44) Weber: Studien über Säugetiere (Über den Descensus testiculorum der Säugetiere). 1898. 45) Wendeler: Die foetale Entwicklung der menschlichen Tuben. Archiv f. mikrosk. Anat. Bd 45, 1895. 46) G. Wieger: Über die Entstehung und Entwickelung der Bänder des weiblichen Genitalapparates beim Menschen. Archiv f. Anat. u. Physiol. 1885. Anatom. Abtlg. 47) Zuckerkandl: Zur vergleichenden Anatomie der Ovarialtasche. Anat. Hefte Bd. VIII. 1897.

O fizyologicznej czynności jądra komórkowego

podał

Stanisław Maziarski.

Czynnością jądra, znaczeniem jego dla życia komórki, stosunkiem, w jakim ono pozostaje do protoplazmy, współudziałem jego w różnych sprawach życiowych elementu komórkowego, zajmowano się już oddawna, a zwłaszcza od czasu, gdy dzięki licznym pracom, dotyczącym morfologii jądra komórkowego, poznano dokładniej jego budowę.

Jądro uważano przez długi czas za składnik komórki, czynny jedynie w okresie jej podziału, który, jak ogólnie wiadomo, rozpoczyna się przedewszystkiem podziałem jądra, przyczem występują nadzwyczaj wyraźne zmiany w rozmieszczeniu, ułożeniu i przesuwaniu się substancyi jądrowych w dzielącym się elemencie komórkowym. Po podziale ciała komórkowego jądro podzielone przechodzi w t. zw. stan spoczynku, w którym pozostaje pozornie aż do następnego podziału. Widoczne te zmiany, jakie odbywają się w jądrze w okresie jego podziału, określono jako stan »czynny« jądra i odróżniono od stanu »spoczynkowego«, charakteryzującego jądro poza okresem podziału, kiedy rzeczywiście większość badanych jąder, zwłaszcza, jeżeli badania te są więcej powierzchowne, nie okazuje wybitniejszych zmian w swej budowie.

Ścisły ten jednak związek, w jakim pozostaje jądro w elemencie komórkowym, w którym leży otoczone przez protoplazmę, skłania nas wprost do przypuszczenia, że wszystkie sprawy, jakie odbywają się w protoplazmie, muszą mieć pewien wpływ i oddziaływanie na jądro komórki, że obie te części składowe elementu komórkowego muszą brać wspólnie udział w sprawach życiowych, że tedy każdą czynność komórkową należy uważać za wynik wzajemnie dopełniających się czynności tych obu składników komórki. Przypuszczenia tego rodzaju nasuwały się już oddawna biologom i tylko trudne i niekorzystne warunki badania, zwłaszcza wskutek małej objętości jądra w stosunku do protoplazmy, stawały na przeszkodzie wykazaniu procesów czynnościowych w jądrze komórkowem.

Dokładne badania nad budową jądra komórkowego w t. zw. okresie spoczynkowym wykazywały już oddawna, że budowa ta nie jest stała, lecz że ulega mniej lub więcej wyraźnym zmianom w różnych stanach czynnościowych komórki, co jedynie przemawiać może za tem, że jądro spełnia pewne czynności, które przy znaczniejszem nasileniu wywołują wybitne zmiany morfologiczne w budowie jądra, natomiast w warunkach prawidłowych są tak nieznaczne, że usuwają się wprost od obserwacyi mikroskopowej. Z tych też powodów postęp badań w tym kierunku był bardzo powolny i tylko na materyale szczególnie korzystnym udało się spostrzedz wybitne zmiany w budowie jądra komórkowego, świadczące o pewnych czynnościowych stanach, które się w niem odgrywają. Za sprawami czynnościowemi jądra przemawia i to, że w jądrze stwierdzono obecność ciał białkowatych o wysokiej energii potencyalnej, — do takich należy przedewszystkiem nukleina czyli chromatyna jądrowa, — przypuszczać tedy należy, że substancye te są źródłem, z którego protoplazma czerpać może materyał potrzebny jej dla różnych stanów czynnościowych, zwłaszcza dla wszystkich spraw wydzielniczych i twórczych. Ponieważ zaś przy dłużej trwającej czynności elementu komórkowego następuje prawdopodobnie mniej lub więcej wyraźne wyczerpanie się tego materyału jądrowego, przeto trzeba przypuścić, że nukleina czyli chromatyna ustawicznie się w jądrze odnawia i że źródłem tej odnowy mogą być dla jądra tylko substancye znajdujące się w protoplazmie, która jądro zewsząd otacza, czyli innemi słowy, między jądrem a protoplazmą z jednej a protoplazmą i jądrem z drugiej strony musi odbywać się ciągła wymiana materyalna. Przypuszczenie to wyraził w obszerniejszej pracy już przed laty przeszło 20 Verworn [1]), który upatruje fizyologiczne znaczenie jądra dla komórki we wzajemnym stosunku materyalnym jądra do protoplazmy. »Prawidłowe życie komórki polega jedynie na wzajemnych stosunkach między jądrem, protoplazmą, a światem zewnętrznym, i dzięki tym właśnie stosunkom jądro posiada wpływ na wszystkie czynności komórki, bierze w nich bezpośredni udział«.

Te teoretyczne czysto dociekania uzyskały rychło zupełnie pewne podstawy w badaniach doświadczalnych, w których zwłaszcza na materyale korzystnym zwrócono baczniejszą uwagę na stosunek jądra do protoplazmy, na budowę jądra w różnych stanach czynnościowych komórki, na zmiany czynnościowe, jakie w niem występują. Wyniki tych badań pozwalają nam już dzisiaj na pewno twierdzić, że we wszystkich sprawach życiowych elementu komórkowego bierze udział nietylko protoplazma, ale i jądro komórkowe.

Ta fizyologiczna czynność jądra jest bardzo wieloraka, jak to wykazują badania doświadczalne Hofera [2]), przeprowadzane głównie na ustrojach jednokomórkowych. Autor ten przyjmuje, że wszystkim sprawom życiowym, które dawniej odnoszono tyko do protoplazmy, tej materyi żywej, towarzyszą zawsze objawy czynnościowe ze strony jądra komórkowego. Objawy te mogą być naturalnie mniej lub więcej widoczne, co jednak zależy tylko od stopnia nasilenia tych spraw czynnościowych. Jądro należy tedy uważać za składnik komórki, który jest czynny we wszystkich stanach fizyologicznych elementu komórkowego; każdej czynności protoplazmy, czy ona jest wydzielniczą, chłonną, twórczą, wydalniczą i t. p., towarzyszą zawsze odpowiednie czynności jądra komórkowego.

Jak przedstawiają się morfologicznie te zmiany czynnościowe w jądrze komórkowem, na czem polega ten wzajemny stosunek jądra do protoplazmy i odwrotnie, — oto są zagadnienia, które na podstawie całego szeregu naj-

nowszych prac i własnych badań pragniemy w krótkości przedstawić.

Wielkie usługi w rozwiązaniu tych wielu zawiłych zagadnień oddały nam przedewszystkiem badania histologiczne doświadczalne. Wywołując pewnemi metodami różne stany czynnościowe w elementach komórkowych, a właściwie zwiększając tylko nasilenie tych spraw i badając komórki w różnych okresach ich czynności, spostrzedz możemy przy dzisiejszym stanie techniki mikroskopowej wybitne zmiany morfologiczne tak w jądrze jak i protoplazmie, które odnieść trzeba jedynie do tych spraw czynnościowych, gdyż w elementach w spoczynku będących zupełnie ich nie spostrzegamy. Porównując następnie te różne zmiany, zestawiając obrazy, jakie napotykamy w różnych elementach komórkowych badanego narządu, możemy dosyć łatwo zrekonstruować sobie obraz danej czynności, jak ona w badanej komórce przebiega, jakie wywołuje zmiany, jaki udział biorą w tych sprawach protoplazma i jądro komórkowe.

Badania doświadczalne uzupełnić jeszcze możemy badaniem różnych elementów, których czynność występuje okresowo i przedstawiać może różny stopień nasilenia zależnie od okresu życia badanego osobnika; na materyale takim bez uciekania się do jakichkolwiek zabiegów doświadczalnych możemy dokładnie śledzić cały przebieg czynności badanej komórki i wykazać zmiany, jakie ta czynność za sobą pociąga.

Najdokładniej znana jest dzisiaj czynność wydzielnicza, odbywająca się w komórkach gruczołowych, z tego prostego powodu, że przedewszystkiem elementy te działają okresowo, a następnie, że wydzielają najczęściej substancye, które okazują pewne własności morfologiczne i mogą być łatwiej w elemencie gruczołowym wykazane. To też zajmijmy się naprzód czynnością wydzielniczą i określmy rolę, jaką w niej odgrywa jądro komórkowe.

Już Rudolf Heidenhain [3]) pierwszy zwrócił uwagę na ten fakt, że podczas czynności komórki gruczołowej typu surowiczego jądro zmienia położenie, kształt, a także i zdolność barwienia się, a mianowicie barwi się słabiej barwikami zasadowymi, niż jądro komórki pozostającej w stanie spoczynku. Te pierwsze spostrzeżenia zwróciły uwagę badaczy na sprawy, jakie się toczą w jądrze przy wydzielaniu w komórkach gruczołowych i rozpoczęto liczne badania zwłaszcza nad gruczołami, produkującymi fermenty, które to badania dały rzeczywiście bardzo ciekawe i nie ulegające żadnej wątpliwości wyniki.

Liczne prace [Ogata [4]), Nussbaum [5]), Platner [6]), Nikolaides i Melissinos [7]), Ver Eecke [8])] nad komórką trzustki wykazały, że przy tworzeniu się ziarn zymogenu materyału twórczego dla tej wydzieliny dostarczają jąderka, które w okresie czynności wydzielniczej wywędrowują obficie z jądra komórkowego do protoplazmy. Ciałom tym pochodzenia jądrowego nadano rozmaite nazwy, jak plasmosomy, pyrenosomy, ciała obokjądrowe i t. p. i wykazano, że ulegają one w protoplazmie pewnym charakterystycznym przemianom, zanim zamienią się we właściwe ziarna zymogenu. Laguesse [9]), który tą sprawą dokładniej się zajmował, wykazał ponadto, że razem z jąderkami, które bardzo często okazują budowę złożoną z dwóch substancyi, z zasadowo i kwaśno się barwiącej, wydziela się z jądra i chromatyna że ona jest głównym materyałem, z którego przez pewne dalsze przemiany wytwarzają się ziarna zymogenu. Podobne zapatrywania podzielają także Vigier [10]) i Vom Rath [11]); stwierdzili oni w swych badaniach, że jądro wydala jąderka i dostarcza w ten sposób protoplazmie materyału, z którego potem powstaje właściwa wydzielina gruczołowa. Wychodzenie jąderek z jądra do protoplazmy w postaci ziarenek, charakterystycznie się barwiących, wykazali również Galeotti [12]) i Engel [13]) w komórkach gruczołów odźwiernika i trzustki; ziarenka te następnie ulegać mają pęcznieniu i zamieniają się na ziarna wydzieliny. Hammar [14]) i Henry [15]), badając dokładniej sprawy wydzielnicze w komórkach nabłonkowych przyjądrza ssaków i płazów, które uważać należy za narząd gruczołowy, dochodzą do podobnych wniosków. Na obfitym materyale, badanym w różnych okresach czynności, wykazali oni, że jądro wydala do protoplazmy jąderka w większej ilości, te zaś następnie po poprzedniem pęcznieniu zamieniają się na wydzielinę. W razie nasilonej bardzo czynności mogą ulegać jądra same znacznemu wyczerpaniu, które często wiedzie do zmian degeneracyjnych jądra komórkowego.

W pracy, którą obecnie przygotowujemy do druku, nad sprawami wydzielniczemi w komórkach gruczołów, produkujących jedwab, u gąsienic różnego rodzaju prządek, stwierdziliśmy w sposób bardzo ścisły, że główną rolę przy czynności wydzielniczej odgrywają jąderka, które w tym okresie wydalają się bardzo obficie do protoplazmy, gdzie ulegają pęcznieniu i zamianie następowej na wydzielinę, która przechodzi potem do kanałów gruczołowych; substancya zatem jąderkowa jest właściwym materyałem dla tworzenia wydzieliny. Rozglądając preparaty, pochodzące z różnych osobników i z różnych okresów czynności gruczołów przędnych, mogliśmy stwierdzić różnorodność zmian tak, w protoplazmie, jak i w jądrze, wywołanych ich czynnością Przy słabem nasileniu spraw wydzielniczych zmiany nie są zbyt widoczne, spostrzegać można tylko wychodzenie pojedynczych jąderek z jądra do protoplazmy; w razie jednak wzmożonej czynności w gruczole zmiany morfologiczne w jądrach są bardzo wybitne i objawiają się jeszcze silniejszem rozgałęzieniem jądra, — w warunkach prawidłowych są one rozgałęzione — pomnożeniem w niem ilości substancyi jąderkowej, wędrowaniem obfitem jąderek do protoplazmy, tworzeniem się wielkich jamek (wakuoli) wewnątrz jądra, wypełnionych jąderkami, które już we wnętrzu jądra ulegać mogą pewnym przemianom. Wakuole te otwierają się następnie, tak, że poniekąd wnętrze jądra komunikuje wprost z protoplazmą i w ten sposób większy zasób substancyi jąderkowej, już do pewnego stopnia przygotowanej, zmienionej, dostaje się do protoplazmy, a z niej do światła kanału odprowadzającego. W okresie najżywszej czynności, kiedy gąsienice wytwarzają kokon, w którym mają się zamienić na poczwarki, sprawy czynnościowe jądra są tak silne, że wieść mogą nawet do zmian degeneracyjnych jądra komórkowego, które bierze udział w czynności wydzielniczej, gruczołowej, przez wydalenie do protoplazmy substancyi jąderkowej.

Dokładne jednak badania wykazały, że wybitnym zmianom czynnościowym ulegać może w pewnych elementach gruczołowych także właściwa substancya jądrowa, t. j. chromatyna, która wydala się również z jądra komórki do

protoplazmy, by tam ulegać dalszym przemianom i dostarczać materyału dla czynności protoplazmatycznej.

Regaud[16]), Regaud i Policard[17]) stwierdzili, że w różnych typach komórek gruczołowych podczas ich czynności występują wybitne zmiany w chromatyczności jądra, że ilość i jakość chromatyny ulega zmianom, co, zdaniem autorów, świadczy o udziale jądra w czynności wydzielniczej protoplazmy. Holmgren[18]) stwierdził w komórkach gruczołowych u pewnych gatunków chrząszczy przechodzenie chromatyny w postaci ziarn z jądra do protoplazmy, gdzie zamieniają się wprost na wydzielinę, albo też służą jako materyał dla wydzielania protoplazmatycznego i wtedy ulegają jeszcze pewnym przemianom. Carlier[19]) opisuje dokładniej sprawy, jakie odbywają się w jądrze komórek wydzielających fermenty (gruczoły żołądka u trytona i komórki wątrobne) i przypisuje jądru bardzo ważną rolę w sprawach wydzielania prozymogenu. Rozróżnia on podczas czynności jądra kilka okresów. Najprzód występuje powiększenie się objętości jądra, przyczem grudki chromatyny stają się wyraźniejsze, następnie zbliżają się one do osłonki jądrowej, co zdaniem autora ułatwia znacznie przejście chromatyny do protoplazmy. Po przejściu substancyi jądrowych jądro zaczyna zmniejszać swoją objętość, barwi się słabiej barwikami jądrowymi, a nawet może okazywać powinowactwo do barwików kwaśnych. Gdy czynność jądra trwa dłużej i jest nasilona, jądro się kurczy i staje się bryłką nieregularną, gwiaździstą i barwi się tylko barwikami kwaśnymi. Podczas spoczynku po wydaleniu wydzieliny z komórki występują w jądrze sprawy, mające na celu regeneracyę zużytej substancyi chromatynowej.

Badając sprawy wydzielnicze w komórkach gruczołów jadowych u żmii i trytona opisuje Launoy[20]) wyraźny bardzo współudział jądra w czynności wydzielniczej protoplazmy.

Rozróżnia on mianowicie dwa okresy czynnościowe: okres czynności jądrowej i drugi okres — czynności protoplazmatycznej. Jądrowa czynność objawia się pęcznieniem jądra, zbliżaniem się jego do powierzchni komórki, zmianami w barwieniu się substancyi jądrowych i przejściem do protoplazmy albo tworów upostaciowanych (ziarn, kulek) albo rozczynu substancyi o odczynach chromatyny. Okres czynności protoplazmatycznej cechuje się przemianami produktów wydalonych z jądra na właściwą wydzielinę.

Pani Phisalix-Picot[21]), badając gruczoły jadowe u salamandry, przypuszcza nawet, że rola jądra przy wydzielaniu jest jeszcze wybitniejsza, a mianowicie, że ziarna prosekretu wytwarzają się w samem jądrze, a następnie wydalone z jądra przemieniają się w protoplazmie na właściwą wydzielinę; autorka ta przyjmuje zarazem, że jądro dostarcza właściwego materyału, z którego powstają składniki trujące jadu. Ziarna te prosekretu wytwarzać się mają w jądrze wewnątrz rurek zbudowanych z chromatyny, które mają ścianę barwiącą się barwikami zasadowymi, jądrowymi, a treść ziarnistą, barwiącą się barwikami kwaśnymi. Rurki te chromatynowe uważa autorka za rozdętą część sieci jądrowej; po wydaleniu z nich ziarn prosekretu, ściany tych rurek tracą coraz więcej zabarwienie chromatynowe i barwią się coraz wybitniej barwikami kwaśnymi, przyczem jądro całe się zmniejsza i coraz mniej wyróżnia się od otaczającej je protoplazmy.

Na materyale bardzo korzystnym z powodu znacznej bardzo wielkości jąder (50—100 μ średnicy) wykazaliśmy[22]) czynność jądra w elementach gruczołów trzustkowo-wątrobowych u skorupiaków. Czynność ta polega na wydalaniu chromatyny z jądra do protoplazmy w okresie czynności wydzielniczej; w protoplazmie jest ona materyałem dla wytwarzania właściwej wydzieliny. Stwierdziliśmy przytem dokładnie, że to wydalanie chromatyny jest połączone z całym szeregiem zmian, które odbywają się we wnętrzu jądra, a mają na celu przygotowanie odpowiednie chromatyny, która ma się wydalić do protoplazmy. Wydalanie to następuje albo w postaci maleńkich ziarn, które uwalniają się z jądra przez rozpuszczenie podłoża, jakie dla nich tworzy linina, albo jako rozczyn po poprzedniem rozpuszczeniu się chromatyny w drobnych wakuolkach śródjądrowych. Na materyale tym zmiany w budowie jądra są bardzo widoczne podczas stanów czynnościowych komórki i świadczą o wybitnych sprawach czynnościowych odbywających się w jądrze.

Z powyższych wszystkich faktów, które przedstawiliśmy w krótkiem streszczeniu, wysnuć możemy jeden ważny wniosek, a to, że w sprawach wydzielniczych, odbywających się w elementach gruczołowych, bierze obok protoplazmy wybitny udział i jądro komórki, którego czynność polega na wydalaniu do protoplazmy albo chromatyny jako takiej albo substancyi jąderkowej, które to ciała dostarczają materyału do wytworzenia właściwej wydzieliny, charakterystycznej dla każdego elementu gruczołowego. Zaznaczyć jeszcze musimy, że ten materyał pochodzenia jądrowego niekoniecznie zostaje zużyty całkowicie podczas jednego okresu wydzielniczego, lecz że może pozostawać w komórce jako zapas dla następnych okresów czynnościowych. Stwierdzono mianowicie w wielu komórkach gruczołowych, zwłaszcza surowiczych lub wydzielających fermenty, obecność tworów charakterystycznych, najczęściej w postaci włókienek, leżących w sąsiedztwie jądra, którym nadano rozmaite nazwy, jak włókienek podstawowych, ergoplazmy, ergastoplazmy i t. d. Otóż włókienka te w okresie wydzielniczym komórki okazują zupełnie inne cechy, niż w okresie spoczynku. Gdy w spoczynku barwią się barwikami protoplazmatycznymi, to w okresie czynności okazują zabarwienie zasadowe, podobne jak chromatyna jądrowa, co pochodzi stąd, że, jak wykazano, na tych właśnie włóknistych tworach rozpościera się chromatyna, wydalona z jądra podczas okresu czynności jądrowej, w okresie wydzielniczym protoplazmy chromatyna ta przechodzi do niej i tutaj ulega przemianom na właściwą wydzielinę. Należałoby zatem uważać te włókienka za rodzaj magazynów dla chromatyny jądrowej, którą się chwilowo obładowują, aby ją potem oddać protoplazmie dla dalszego przekształcenia i przemienienia na wydzielinę.

Wydalanie substancyi jąderkowej lub chromatynowej w komórkach gruczołowych zostało wykazane zupełnie ściśle, być jednak może, że jądro produkuje jeszcze w swem wnętrzu podczas czynności wydzielniczej jakieś substancye, bliżej nam nieznane, które mogą oddziaływać na ciała, dostające się do protoplazmy lub do jądra komórkowego jako materyał dla wydzielania. W ten sposób tłómaczy Browicz[23]) zmiany czynnościowe w jądrze, objawiające się krystalizacyą hemoglobiny w jego wnętrzu.

Obok tych dokładniej zbadanych i morfologicznie

wyraźniej ujawniających się spraw czynnościowych w jądrze komórek gruczołowych, stwierdzono również czynność jądra w elementach komórkowych o zupełnie innej funkcyi.

I tak Bambeke[24]) wykazał w jajkach u pewnych gatunków ryb wychodzenie chromatyny z jądra do protoplazmy w postaci wyraźnych bardzo kropli, łez, sznurów. Badania te potwierdzili i uzupełnili Carnoy i Lebrun[25]). Dumez[26]), Weissmann i Ischikawa[27]) na jajkach innych grup zwierzęcych i określili dokładniej rolę, jaką odgrywa w tych elementach wydalona z jądra chromatyna, a mianowicie, że dostarcza ona materyału, koniecznego dla tworzenia t. zw. jądra żółtkowego i samego żółtka.

Conte i Vaney[28]) opisali u wymoczka »Opalina intestinorum« bardzo wyraźne wychodzenie chromatyny z jądra do protoplazmy w postaci ziarn, które przez długi czas zachowują charakterystyczne dla chromatyny barwienie się. Później dopiero te ziarna zwiększają swoją objętość, przybierają zabarwienie kwaśne i rozpuszczają się w cytoplazmie. Autorowie uważają te ziarna za ziarna prozymogenu i wnoszą stąd, że jądro ma bardzo ważną rolę w sprawach trawiennych tak wewnątrz-komórkowych, jak i zewnątrz-komórkowych. Wszystkie powyższe spostrzeżenia odnoszą się przeważnie do spraw wydzielniczych, chromatyna bowiem dostarcza materyału dla wydzieliny, która albo wydala się z komórek i zostaje zużyta w jakiś inny sposób, albo pozostaje w komórce i tutaj na miejscu spełnia pewną rolę.

Z innych spraw czynnościowych komórek, w których jądro bierze również wybitny udział, wspomnieć musimy o czynnościach t. zw. twórczych; przez te czynności »twórcze« rozumiemy wytwarzanie pewnych składników komórek, które albo w tej komórce stale pozostają, albo też tracą następnie związek z elementami komórkowymi, które je wytworzyły i leżą tylko w ich sąsiedztwie. Do takich spraw twórczych zaliczyć należy wytwarzanie włókienek kurczliwych mięsnych, włókien tkanki łącznej, włókien sprężystych, błon specyalnie zróżnicowanych i t. d. Otóż w pewnych z tych spraw wykazano wyraźnie współudział jądra komórkowego.

Klaatsch[29]) opisał, że w okresie tworzenia się skorupki (domku) u niektórych osłonic, jądra okazują bardzo obfite rozgałęzienia, natomiast w stanie spoczynkowym mają jądra kształt wybitnie kulisty. Obfite rozgałęzienie jądra ma na celu powiększenie powierzchni jądra, co według Klaatscha związane jest z nadzwyczaj wysoką i nasiloną czynnością wydzielniczą. Eycleshymer[30]) i Moroff[31]) opisują, że włókienka kurczliwe w komórce mięsnej tworzą się na koszt chromatyny jądrowej, że przedewszystkiem cząsteczki anizotropowe Q włókienka mięsnego powstają z chromatyny. Moroff wykazał nadto, że u pewnych gatunków skorupiaków morskich (Copepoda) całe jądro przekształca się na włókno mięsne, przyczem substancya chromatynowa jądra tworzy cząsteczki anizotropowe. — Że istnieje rzeczywiście pewien związek między jądrem a czynnością komórki mięsnej, stwierdził Gilman[32]), badając zachowanie się jąder w komórkach mięsnych podczas ich czynności. Wykazał on mianowicie, że jądra zmieniają swoją budowę i chromatyczność podczas skurczu, wskutek czego w mięśniach znużonych ilość chromatyny w jądrze jest znacznie mniejsza, niż w mięśniach pozostających w stanie spoczynku; wnosi on z tego, że w okresie czynności komórki mięsnej zużywa się pewna ilość substancyi chromatynowej, która być może, zostaje zużyta dla regeneracyi cząstek anizotropowych.

Podobne zużycie substancyi chromatynowej stwierdzili liczni badacze [Mann[33]), Lugaro[34]), Nissl[35]), Pergens[36]), Pugnat[37])], w komórce nerwowej, w miarę dłużej trwającej czynności tych elementów jądro zmniejsza swoją objętość i staje się coraz mniej chromatyczne.

Rola twórcza jądra nie ogranicza się tylko do elementów zwierzęcych, zauważono ją już oddawna i w wielu komórkach roślinnych. Liczni autorowie [Schmitz[38]), Strasburger[39]), Klebs[40]), Gerassimow[41]), Huie[42]), Rosen[43])], stwierdzili bardzo ważne znaczenie fizyologiczne jądra we wszystkich sprawach twórczych, jak np. przy tworzeniu błony komórkowej, ziarn skrobi i t. p., których tworzenie się w częściach komórek lub w komórkach pozbawionych jądra zupełnie się nie odbywało.

Oprócz przy czynności wydzielniczej i twórczej spostrzegano udział jądra także w sprawach absorbcyjnych, przyczem jądro zdaje się wydzielać w swojem wnętrzu jakieś substancye, które wydalone potem do protoplazmy dopomagają do rozpuszczenia ciał, pobranych z zewnątrz do protoplazmy komórkowej. Spostrzeżenia tego rodzaju są jeszcze dosyć nieliczne i w piśmiennictwie znajdujemy niewiele tylko prac, dotyczących tej czynności jądra komórkowego. I tak Hoffman[44]), zajmując się morfologią i fizyologią jądra u zarodków ślimaka »Nassa mutabilis« stwierdził udział jądra w przyswajaniu żółtka, rozmieszczonego w protoplazmie komórek zarodkowych. Następnie Korschelt[45]) zauważył pewien udział jądra przy przyswajaniu substancyi odżywczych w komórkach jajowych u pływaka żółtobrzeżka (Dytiscus), w którego jajniku znajdujemy dwa typy komórek, jajowe i t. zw. odżywcze, z których jajka czerpią materyał odżywczy. Obydwaj badacze opisali wybitne zmiany w kształcie jądra, polegające głównie na wysyłaniu wypustek jądra do protoplazmy, przyczem są one zawsze skierowane do tego miejsca, przez które wchodzą do komórki substancye odżywcze, które mają uledz wessaniu, w przypadku Hoffmanna do miejsca, gdzie znajduje się największa ilość żółtka, w przypadku Korschelta ku komórkom odżywczym. Czynność jądra tłómaczą ci badacze w ten sposób, że wytwarza ono w swojem wnętrzu pewne substancye, które wydalone następnie do protoplazmy działają rozpuszczająco na żółtko, względnie na substancye odżywcze, dzięki temu działaniu mogą te ciała być łatwiej wessane i przyswojone przez protoplazmę komórki. — Podobną czynność jądra, choć dokładniej nie została ona stwierdzona, przyjąćby można u niektórych skorupiaków, w których liczni badacze [Conklin[46]), Mc Murrich[47]), Murlin[48]), Prenant[49]), Guieysse[50]), Maziarski[51])] opisali wypustki jądra wchodzące do protoplazmy, zwrócone zawsze w tym kierunku, skąd do komórki dostają się substancye odżywcze.

Dla uzupełnienia obrazów czynności jądra, które w krótkości naszkicowaliśmy, chcielibyśmy jeszcze w niewielu słowach przedstawić, w jaki sposób ta czynność się odbywa, w jaki sposób substancye jądrowe wydostają się z jądra do protoplazmy i naodwrót. Jądro, jak widzieliśmy powyżej, może wydalać substancye, które stale zawiera, jak chromatynę, jąderka, lub jakieś inne, które produkuje w swojem wnętrzu, a których morfologicznie dzisiaj jeszcze nie znamy. Wydalenie chromatyny i jąderek odbywać się

może albo bezpośrednio w postaci ziarn lub kulek, mniejszych lub większych, albo też pośrednio po rozpuszczeniu tych substancyi poprzednio w jądrze, skąd już łatwo drogą osmozy przenikają do protoplazmy. Często także możemy tak w chromatynie, jak i w jąderkach zauważyć pewne zmiany przygotowawcze, jak np. pęcznienie ziarn chromatyny, wakuolizacyę jąderek, które mają na celu wydzielanie tych substancyi do protoplazmy. Wydalenie to odbywać się może albo przez osłonkę jądrową, która, jeśli istnieje (niektórzy badacze temu przeczą), to jest zazwyczaj bardzo cienka i delikatna i nie przeszkadza zupełnie przejściu nawet cząstek jakichś większych, albo przez przerwanie osłonki lub zanik jej na mniejszej lub większej przestrzeni, przez co substancye jądrowe mogą wprost mieszać się z substancyami protoplazmatycznemi. Tąsamą drogą mogą na odwrót dostawać się różne substancye z protoplazmy do jądra komórkowego.

W ten oto sposób przedstawiają się spostrzeżenia, jakie dzisiaj znaleźć możemy w piśmiennictwie co do czynności jądra komórkowego. Zbierając te wszystkie fakty razem, musimy dojść do przekonania, że sprawa czynności jądra przy różnych stanach czynnościowych nie ulega żadnej wątpliwości. Z tych wszystkich badań wynika, że jądro komórkowe pozostaje ustawicznie w stanie czynnym, bierze udział w każdej czynności protoplazmy, że oba te składniki komórki współdziałają razem we wszystkich sprawach życiowych. Przyczyna tego, że tych objawów czynnościowych w jądrze nie możemy stale wykazać, tkwi w tem, że objętość jądra, zwłaszcza w komórkach wyższych zwierząt, jest bardzo mała, co utrudnia znacznie tego rodzaju ścisłe badania, a następnie, że nasilenie tych spraw w warunkach prawidłowych jest nieznaczne i nie wywołuje tak wybitnych zmian w jądrze, by ujawnić się one mogły morfologicznie. Występują natomiast wyraźne zmiany czynnościowe na korzystnym do badania materyale lub przy użyciu pewnych metod, wywołujących większe nasilenie badanej czynności.

W każdym razie już dzisiaj twierdzić możemy, że czyto w czynności wydzielniczej lub wydalniczej, czy w czynności twórczej lub chłonnej elementów komórkowych bierze udział zawsze jądro wraz z protoplazmą. Protoplazmie bowiem, mimo że wykazano wybitne zmiany czynnościowe w jądrze, nie można odmówić czynnej roli w tych wszystkich sprawach. Nie można zatem przyjąć zapatrywań niektórych badaczy, którzy jednostronnie odnoszą wszystkie sprawy czynnościowe albo tylko do protoplazmy, albo tylko do jądra. Oba te bowiem składniki komórki działają wspólnie we wszystkich sprawach życiowych; życie elementu komórkowego, wszystkie z życiem związane czynności są wynikiem tego ciągłego wzajemnego oddziaływania na siebie jądra, protoplazmy i świata zewnętrznego.

Piśmiennictwo: 1). Archiv. f. d. ges. Physiologie, Bd. 52. 1892. — 2) Jenaische Zeitschr. f. Naturwiss. Bd. 24. — 3) Studien des physiolog. Instit. Breslau, 1868. — 4) Arch. f. Anat. u. Physiol. 1883. — 5) Arch. f. mikr. Anat. Bd. 13, 15, 16. — 6) Arch. f. mikr. Anat. 33. — 7) Arch. f. Anat. u. Physiol. 1890. — 8) Arch. de Biol. T. 13. — 9) Cinquantenaire Soc. d. Biol., 1899. — 10) C. R. Soc. de Biol. 1900, 1901. — 11) Zeitschr. f. wissensch. Zool. Bd. 60. — 12) Internat. Monatschr. f. Anat. und Physiol. Bd. 12. — 13) Arch. f. Zellforschung, Bd. 2. — 14) Arch. f. Anat. u Physiol. 1897. — 15) Arch. d'anat. micr. T. 3. — 16) C. R. Soc. de Biol. 1902. — 17) C. R. Soc. de Biol. 1901. — 18) Anat. Anz. Bd. 22. — 19) Proceed. of. scott. microsc. Soc. V. 5. — 20) Annal. d. sciences natur. Zoologie, T. 18. — 21) Thèse, 1900. — 22) Arch. f. Zellforschung, Bd. 4. — 23) Rozpr. Wydz. mat.-przyrodn. Akad. Kraków 1897 i 1899. — 24) Arch. de Biol. T. 13. — 25) La Cellule. T. 13. — 26) La Cellule, T. 19. — 27) Zoolog. Jahrb., Bd. 4. — 28) C. R. Acad. d. Sciences, Paris T. 135. — 29) Morphol. Jahrb. Bd. 23. — 30) Anat. Anzeig. Bd. 21. — 31) Centralbl. für. Physiol. Bd. 22. — 32) Americ. Journ. of. Anat. V. 2. — 33) Journ. of. Anat. a. Physiol. V. 29. — 34) Lo Sperimentale A. 49. — 35) Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie 1896. — 36) Bullet. de l'Acad. royal. Belgique 1896. — 37) C. R. Acad. de Scienc. Paris. 1897. — 38) Sitzungsber. d. Gesell. Bonn., 1880. — 39) Jena, 1882. — 40) Biolog. Centralbl. Bd. 7. — 41) Bullet. d. l. Société imper. d. Natural. Moscou, 1900. — 42) Quart. Journ. of. microsc. science. V. 39. — 43) Cohn's Beitr. z. Biol. d. Pflanzen, Bd. 6. — 44) Zeitschr. f. wissensch. Zoolog. Bd. 72. — 45) Zoolog. Jahrb. Bd. 4. — 46) Journ. of. Morphol. V. 13. — 47) Ibid. V. 14. — 48) Proceed. of the Acad. of nat. sc. Philadelphia, 1902. — 49) C. R. Soc. de Biolog. 1897. — 50) Arch. d'anat. micr. T. 9. — 51) Bullet. de l'Acad. d. Scienc. Cracovie, 1904.

O prawie Cybulskiego pobudzenia nerwów

podał

J. Dunin-Borkowski.

W roku 1848 du Bois Reymond podał następujące prawa pobudzenia nerwów: Przyczyną działania prądu są nie bezwzględne natężenia użytego bodźca elektrycznego, lecz zmiany, jakie zachodzą w ilości elektryczności przepływającej przez dany przekrój, im szybciej występują te zmiany w natężeniu prądu, tem większy wywołują skutek. Powyższe prawo formułuje du Bois Reymond matematycznie w następujący sposób:

Jeśli natężenie prądu w każdej chwili wyraża równanie

$$\Delta = f(t)$$

wówczas pobudzenie w jednostce czasu będzie

$$e = F\left(\frac{d\Delta}{dt}\right)$$

w wypadku kiedy $f(t)$ będzie stałą $e = o$.

Gdybyśmy znali funkcye F, moglibyśmy wyprowadzić pobudzenie całkowite η, zakładając

$$d\eta = edt = F\left(\frac{d\Delta}{dt}\right) dt$$

wówczas

$$\eta = \int_{\tau}^{\tau} \left[F \frac{d\Delta}{dt} dt\right.$$

Przytaczam całe rozumowanie du Bois Reymonda, ażeby wykazać, jaką krzywdę wyrządził elektrofizyologii podobny sposób myślenia.

Przedewszystkiem widzimy, że powyższe prawo nie daje możności stwierdzenia doświadczalnie jakiegokolwiek bądź ilościowego stosunku pomiędzy wielkościami Δ, η, t; wskutek tego prawo to nie posiada żadnego praktycznego znaczenia. Hipotezy, które warunkują wyprowadzenie równań, nie mają również sprawdzianu doświadczalnego. Nie wiemy, czy istnieją elementy pobudzenia, jeśli nie istnieją, to nie możemy całkować równania trzeciego.

Atoli w historyi nauki mamy przykłady że uogólnienia i założenia hipotetyczne wysuwają na widownię nowe poglądy, dają impuls do nowych badań i odkryć.

Równania du Bois Reymonda nie wniosły do nauki nic nowego; przeciwnie, ten sposób rozumowania okazał się w skutkach o tyle szkodliwy, że wprowadził do elektrofizyologii niesłychaną dowolność w tłomaczeniu zjawisk. W biegu czterdziestu lat rozumowano o pobudzeniu nerwów wyłącznie na modłę du Bois Reymonda. W tym okresie czasu Brücke [1]), Neuman [2]), Hermann [3]), stworzyli nowe prawa, posiadające jeszcze jaskrawszą abstrakcyjno-hipotetyczną konstrukcyę. Badań ilościowych nie robiono wcale. Nie było nawet metody dokładnego oznaczenia siły elektromotorycznej i ilości elektryczności pobudzającej mięsień do skurczu.

Wynalezienie metody drażnienia kondensatorami i pierwsze ścisłe oznaczenia zależności pobudzenia nerwów od ilości elektryczności, od różnicy potencyałów i od energii rozbrojenia zawdzięczamy pracy prof. Cybulskiego (przy współudziale Zanietowskiego). Nie mam zamiaru streszczania wyników tej pracy, streszczenie takie znajdziemy zresztą w każdym obszerniejszym cudzoziemskim podręczniku fizyologii.

Zadaniem mojem jest zbadanie, jaką wartość i znaczenie przedstawia energetyczne prawo Cybulskiego o pobudzeniu nerwów w świetle najnowszych badań. Cybulski i Zanietowski stwierdzili, że przy najróżnorodniejszych warunkach rozbrojenia kondensatorów energia podniety pozostaje stała.

Otwarte jeszcze jest pytanie, jakim zmianom podlega energia przy drażnieniu nerwów prądem zmiennym i szybkimi przerwami prądu stałego. Bardzo dokładne oznaczenia podniety w przypadku drażnienia prądem stałym znajdujemy w pracy Weissa [4]).

Wyniki Weissa obliczał już Nernst z punktu widzenia swojej teoryi pobudzenia nerwów. Będziemy więc mieli sposobność porównania prawa Cybulskiego z tak zw. prawem pierwiastka drugiej potęgi Nernsta (Quadratwurzelgesetz). Z tego powodu przytoczona poniżej tabela I. zawiera w dwóch pierwszych kolumnach doświadczenia Weissa, w dwóch drugich obliczenia Nernsta.

TABELA I.
Rana esculenta.

t	i znal.	i obl.	$i\sqrt{t}$
6	147	136	360
8	124	119	351
10	110	106	349
12	94	97	326
16	91	84	324
20	73	75	326
30	62	61	340
40	57	53	361

[1]) $$\eta = \int_0^\infty (n-y)\, dt$$

[2]) $$\eta = \int_0^t F(t) \frac{di}{dt} dt$$

[3]) $$\eta = \frac{di}{dt}$$

[4]) Archives italiennes de Biologie 1901 str. 413.

W tabeli powyższej i oznacza natężenie prądu, t czas działania podniety; kolumna czwarta wykazuje, że iloczyn z natężenia prądu przez pierwiastek z czasu istotnie pozostaje stały; i obl. oblicza Nernst podług następującego wzoru

$$i = \frac{335}{\sqrt{t}}$$

Właściwie cyfry podane w kolumnie i oznaczają u Weissa nie natężenie prądu, lecz różnice potencyałów. Ponieważ w doświadczeniach Weissa w obwód nerwu włączany był bardzo duży opór (całkowity opór 590000 Ω), więc natężenie prądu było proporcyonalne do różnicy potencyałów. Rachunek Nernsta jest usprawiedliwiony, choć w rzeczywistości natężenie prądu było w każdym wypadku nie i lecz $\frac{i}{590000}$ Z doświadczeń Weissa możemy obliczyć energie podniety ze wzoru

$$\text{energia} = E\, i\, t.$$

E różnica potencyałów, i natężenie prądu, t czas; ponieważ w doświadczeniach tych każda jednostka czasu odpowiada 0,000077 sekundy, więc energię w ergach wyrazi nam równanie

$$\text{energia} = E \,.\, 10^8\, i\, 10^{-1} \,.\, t \,.\, 0{,}000077 \text{ ergów}.$$

$$i = \frac{E}{590000}$$

Kolumna czwarta tabeli I a podaje nam energię podniety w ergach obliczoną z tabeli I.

TABELA I a.

t	i znal.	i obl.	energia
6	147	136	169
8	124	119	161
10	110	106	158
12	94	97	138
16	81	84	137
20	73	75	139
30	62	61	151
40	57	53	169

Jak widzimy energia [1]) pozostaje niezmienną w takich samych granicach, jak stałe prawa Nernsta. Ciekawszą jeszcze jest rzeczą fakt, że obliczone z tej energii i daje nam absolutnie te same cyfry, które otrzymuje Nernst w swoich obliczeniach.

Kolumnę i obl. obliczano podług wzoru

$$i = \sqrt{\frac{146 \,.\, w}{t}}$$

t w tej tabeli i we wszystkich innych wyrażone jest w sekundach (to znaczy mnożone przez 0,00077).

Dalsze tabele potwierdzają w zupełności wyniki otrzymane w tab. I a; widzimy, że wszędzie energia jest stała, a obliczenia i Nernsta i obliczenia robione przezemnie dają te same cyfry. W następnych tabelach wzory Nernsta oznaczone będą literą *N.*, wzory moje literą B.

[1]) Właściwie, gdyby chodziło o bezwzględne wyliczania energii podniety, to należałoby brać pod uwagę nie elektromotoryczną siłę, włączoną w cały obwód, lecz spadek potencyału w nerwie.

TABELA II.

Rana esculenta: opór 400000 Ω

t	i znal.	i obl. $N.$	i obl. $B.$	energia
4	185	177	177	236
6	142	145	145	202
8	123	126	126	202
10	112	112	112	210
12	103	102	102	216
14	97	95	95	221
20	86	79	79	253

$N.; i = \frac{335}{\sqrt{t}}$ $B.; i = \sqrt{\frac{211 . w}{t}}$

TABELA III.

Żaba: opór 500000 Ω

t	i znal.	i obl. $N.$	i obl. $B.$	energia
6	87	82	82	70
8	69	71	71	59
10	62	63	63	59
12	57	58	58	60
14	54	54	54	63

$N.; i = \frac{200}{\sqrt{2}}$ $B.; i = \sqrt{\frac{61,8 . w}{t}}$

TABELA IV.

Żaba kuraryzowana: opór 450000

t	i znal.	i obl. $N.$	i obl. $B.$	energia
5	136	120	120	158
10	90	85	85	138
15	70	70	70	126
20	58	60	60	115
25	53	54	54	120
30	50	49	49	128

$N.; i = \frac{270}{\sqrt{t}}$ $B.; i = \sqrt{\frac{125 . w.}{t}}$

TABELA V.

Rana temporaria; opór 500000 [5])

t	i znal.	i obl. $N.$	i obl. $B.$	energia
4	78	72	72	37
10	42	46	46	27
15	36	37	37	30
20	32	32	32	31
40	27	23	23	45

$N.; i = \frac{145}{\sqrt{t}}$ $B.: i = \sqrt{\frac{32,3 . w}{t}}$

TABELA VI.

Kret; opór 500000 Ω

t	i znal.	i obl. $N.$	i obl. $B.$	energia
4	175	135	137	190
10	89	87	87	122
15	70	71	71	113
20	59	61	61	106
40	45	44	44	124

$N.; i = \frac{275}{\sqrt{t}}$ $B.; i = \sqrt{\frac{115 . w}{t}}$

TABELA VII.

Żółw; opor 500000 Ω

t	i znal.	i obl. $N.$	i obl. $B.$	energia
4	122	105	105	92
10	66	66	66	67
15	52	54	54	63
20	45	47	47	62
40	36	33	33	80

$N.; i = \frac{210}{\sqrt{t}}$ $B.; i = \sqrt{\frac{68 . w}{t}}$

Z przytoczonych tabel wynika: 1) że dla danego nerwu energia podniety zawsze jest stałą ściśle określoną wielkością, 2) że prawo to posiada takie same zalety praktycznego zastosowania, jak prawo pierwiastka drugiej potęgi Nernsta.

Prawo Cybulskiego posiada głębsze i ogólniejsze znaczenie, niż prawo Nernsta. W prawie Nernsta występują pewne stałe, które nie mają żadnego fizycznego znaczenia; w jednym wypadku stała ta będzie iloczynem z natężenia prądu przez pierwiastek z czasu (drażnienie prądem stałym), w innym wypadku iloczynem z potencyału przez pierwiastek z pojemności (drażnienie prądem zmiennym), a jeszcze w innym ilorazem z natężenia prądu przez pierwiastek z liczby drgań (drażnienie prądem zmiennym). Właściwie prawo Nernsta, przetłómaczone na język zwykły, przedstawia się bardzo ogólnikowo; mówi ono, że pomiędzy rozmaitymi czynnikami podniety zachodzą pewne stałe stosunki; jak wykazaliśmy już powyżej, czynniki te dla każdego rodzaju podniety są inne.

Zaznaczyć należy, że prócz powyższych dwóch praw istnieje mnóstwo wzorów (np. Hoorwega, Lapiguea, Weissa, Gildemeistera), które dość zgodnie z doświadczeniem obliczają wielkość podniety; wszystkie wzory są empiryczne, wiadomo zaś, że równaniem empirycznem, w skład którego wchodzą trzy dowolne stałe, da się obliczyć nawet tablica doświadczeń fikcyjnych.

Przejdźmy teraz do podrażnień kondensatorami. Aczkolwiek praca Cybulskiego i Zanietowskiego przedstawia aż nadto dowodów, że przy tym sposobie drażnienia energia podniety pozostaje stałą, to jednak wielu fizyologów odrzuca to prawo. Przypuszczam, że będzie dowodem bardzo przekonywującym wyprowadzenie z własnych doświadczeń autora (np. Lapiguea) tej tezy, którą on zasadniczo zwalcza.

---

[5]) W trzech ostatnich tabelach Weiss nie podaje oporu.

Tabela VIII przedstawia doświadczenia Lapiguea, obliczenia stałej Nernsta i obliczenie energii w ergach.

TABELA VIII.

ϑ	$C. 10^{-7}$	v	$v. \sqrt{c}$	energia
16°	8	0,8	2,26	2.56
„	6	0,82	2,01	2,01
„	3	1,	1,73	1,50
„	1	1,75	1,75	1,53
10°	8	0,6	1.70	1,54
„	6	0,65	1,59	1,26
„	3	0,9	1,56	1,22
„	1	1,6	1,60	1,28
6°	8	0,5	1,42	1,00
„	6	0,58	1,42	1,00
„	3	0,8	1,36	0,96
„	1	1,55	1,55	1,20

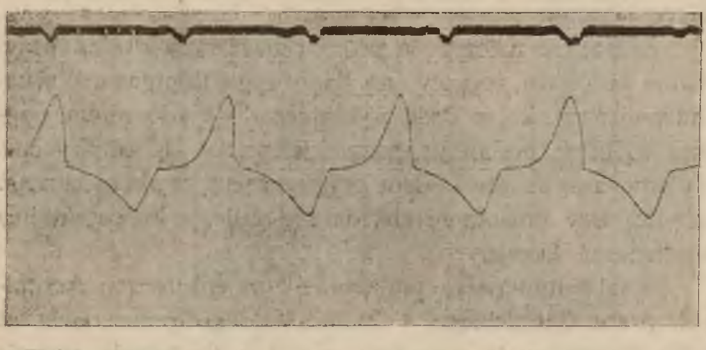
Energie obliczano podług wzoru $\frac{1}{2}$ e C 10^7 ergów. *e* ilości elektryczności (potencyał *V* przez pojemność *C*). Obliczenia powyższe wykazują, że tu podobnie, jak w doświadczeniach Cybulskiego, energia pozostaje stała.

Rozpatrzmy wreszcie działanie prądów zmiennych. Doświadczeń tej kategoryi robiono mnóstwo; do obliczeń nie nadaje się ani jedno z nich, ponieważ żaden z autorów nie mierzył oporu i siły elektromotorycznej działającej w obwodzie.

Wobec tego zmuszony byłem zająć się osobiście sprawą drażnienia nerwów zapomocą prądu zmiennego. Z powodu braku przyrządów do mierzenia prądów zmiennych postanowiłem mierzyć natężenie prądu galwanometrem strunowym Einthovena.

Technika doświadczeń była następująca: Odpreparowany nerw kulszowy z łapką (żaby) umieszczano w komorze wilgotnej na niepolaryzujących elektrodach; elektrody połączone były z cewką przez galwanometr, cewka wtórna odsunięta na koniec przyrządu saneczkowego; w połączeniu tem prąd przepływał, po puszczeniu w ruch cewki, przez nerw i galwanometr. Fotografowano drgania nitki w chwili, kiedy zaczynał występować tężec (po odpowiedniem zbliżeniu cewki wtórnej) p. Fig. I.

Fig. I.



opór nerwu 22000 Ω; 1 podziałka $= 4.10^{-8}$ Amp.

Na fig. I pierwsza krzywa przedstawia sygnał znaczący $\frac{1}{20}$ sekundy, druga jest krzywą prądu. Obliczenie średniego natężnia prądu z tej krzywej jest niezmiernie trudne. Jak wiadomo średnie natężenie prądu zmiennego wyraża równanie.

$$i\,śr = \frac{1}{\tau}\int_0^{\tau} i\,dt$$

τ okres drgania; ponieważ na naszej krzywej natężenie prądu jest jakąś funkcyą czasu

$$i = f(t)$$

więc

$$i\,śr = \frac{1}{\tau}\int_0^{\tau} f(t)\,dt$$

Całkowanie możliwe jest tylko wtenczas, kiedy znamy funkcyę *f*. Ostatecznie funkcyę tę poznać można rozkładając równaniami Fouriera naszą krzywą na szereg prostych krzywych. Łatwiej jest jednak całkować powierzchnie krzywej. Powierzchnie krzywej da się w przybliżeniu oznaczyć w sposób następujący:

Powiększamy krzywą (np. pięciokrotnie) i każdą falę dzielimy na szereg trapezów (kreślimy szereg rzędnych, które odpowiadają natężeniu prądu; wówczas

$$\int_0^{\tau} f(t)\,dt = \frac{\varepsilon}{2}(i_1 + 2\,i_2 + 2\,i_3 + \ldots.\,2\,i_n + i_{n+1})$$

o początek, τ koniec okresu, ε jest to odległość pomiędzy rzędnemi (w danym wypadku 1,16 mm). Mierząc w mm każdą rzędną (*i*) otrzymujemy[6]).

$$\int_0^{\tau} f(t)\,dt = 3790\ \text{mm}^2$$

więc

$$\frac{1}{\tau}\int_0^{\tau} i\,dt = \frac{3790\ \text{mm}^2}{196\ \text{mm}} = 19.3\ \text{mm}.$$

$$\tau = \frac{1}{16}\ \text{sekundy} = 196\ \text{mm}.$$

ponieważ 1 podziałce (6,4 mm) odpowiada czułość galwanometru 4.10^{-8} więc

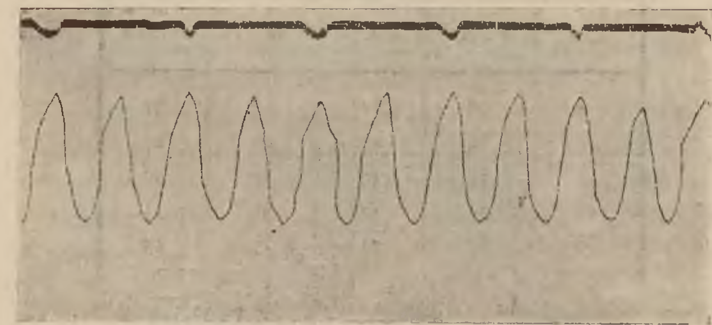
$$i\,śr = \frac{19.3 \cdot 4{,}10^{-8}}{6{,}4} = 1{,}2 \,.\, 10^{-7}\ \text{Amp.}$$

Zakładając, że nerwy nie posiadają indukcyi własnej, możemy obliczyć spadek potencyału wzdłuż nerwu; wynosi on $22000 .\ 1{,}2 .\ 10^{-7} = 0{,}0024$ Volt.

Na zasadzie przypuszczenia, że nerwy nie posiadają indukcyi własnej możemy obliczyć[7]) i energie podniety; $1{,}2 .\ 10^{-7}.\ 2{,}4 .\ 10^{-3}.\ 10^7 = 0{,}0029$ erga.

Fig. II przedstawia nam krzywą prądu o 80 przerwach na sekundę. Drażniony był ten sam nerw tą samą cewką.

Fig. II.



[6]) Zmiana dodatnia = 2160 mm., ujemna 1630.
[7]) Tylko w tym wypadku faza prądu jest równa fazie siły elektromotorycznej.

Z obliczenia wypada, że energia podniety w tym wypadku wynosi 0,0046 erga; poprzednio otrzymaliśmy 0,0029 erga. Zważywszy, że cewka jest bardzo nieodpowiednim aparatem do ścisłych badań, przyznać należy, że zgodność cyfr jest stosunkowo niezła. Na podstawie tych doświadczeń trudno jeszcze wyciągnąć wniosek, że energia podniety pozostaje stałą przy drażnieniu prądem zmiennym; z doświadczeń tych można jednak wnosić, że oznaczenia podniety aparatami więcej precyzyjnymi z pewnością prawo powyższe potwierdzą.

(Pracę wykonano w Zakładzie fizyologicznym U. J).

O działaniu hemolitycznem i hemaglutynującem wyskoku etylowego, metylowego i acetonu oraz o hemolizie i hemaglutynacyi pod wpływem ciepła

(Przyczynek do teoryi utrwalania krwinek)

podał

Dr. med. Maryan Eiger.

Zjawiska hemolizy i hemaglutymacyi stają się treścią coraz liczniejszych prac w dziedzinie hematologii i serologii. Badacze nadają badaniom swym kierunek coraz bardziej krytyczny i ścisły. Mimo to jednak istota zjawisk tych pozostaje po dziś dzień niewytłómaczoną. Niepodobna jeszcze zdać sobie całkowicie sprawy, czem jest właściwie hemoliza i hemaglutynacya, jakie zmiany zachodzą w krwinkach pod wpływem tych lub innych czynników hemolizujących lub aglutynujących i t. p.

Dlatego też uważam za rzecz konieczną badanie zjawisk tych w warunkach najprostszych, najmniej złożonych i najłatwiej dających się ująć w ścisłe ramy. Aczkolwiek nie utożsamiam zjawisk hemolizy i hemaglutynacyi, wywołanych za pomocą ściśle określonych ciał chemicznych, ze zjawiskami podobnemi, występującemi również pod wpływem czynników biologicznych, jak np. surowic, amboceptorów hemolitycznych i t. p., sądzę jednakże, że dokładne uświadomienie sobie zjawisk tych, wywołanych czynnikami, dającymi się łatwiej określić, pozwoli posunąć się nieco naprzód na drodze poznania zjawisk hemolizy i hemaglutynacyi wogóle.

Przystępując do badań w tej dziedzinie, zadałem sobie przedewszystkiem pytanie, czy istnieją ściśle określone ciała chemiczne organiczne, które mogą wywołać zarówno hemolizę, jakoteż hemaglutynacyę.

Z doświadczeń J. Dunina-Borkowskiego i Z. Szymanowskiego [1]) wynika, że związki nieorganiczne, mianowicie sole niektórych metali ciężkich (jak np. srebra), mają zdolność hemolizowania w zgęszczeniach mniejszych, gdy natomiast rozczyny tychże soli o zgęszczeniach większych wywołują aglutynacyę. Autorowie ci stwierdzili, że w szeregu probówek, ustawionych w jeden rząd w miarę wzrastania stężenia soli metalu, wzrastał stopień hemolizy, następnie hemoliza stawała się stopniowo coraz słabszą, natomiast występowało zjawisko aglutynacyi, wzmagającej się w miarę powiększania się zgęszczenia rozczynu soli metalu.

Poszukując ciał organicznych o działaniu podobnem, zwróciłem przedewszystkiem uwagę na ciała organiczne, używane przy t. zw. utrwalaniu krwinek i po szeregu doświadczeń próbnych zatrzymałem się na wyskoku etylowym i metylowym, oraz na acetonie.

Badania moje wykonałem według metodyki powszechnie stosowanej. Do doświadczeń brałem wyskok lub aceton chemicznie czysty, osobiście przezemnie przekroplony. Ciałka krwi wołu przemywałem dwukrotnie w fizyologicznym (0,9%) rozczynie soli kuchennej (Kahlbaum) zapomocą wirówki elektrycznej, pierwszy raz w ciągu godziny, drugi zaś w ciągu 45 minut. Do szeregu probówek o możliwie jednakowej objętości dolewałem fizyologicznego rozczynu soli, następnie wyskoku lub acetonu i krwinek w ilościach, które uwidocznione są w tablicy, obejmującej zarazem otrzymane wyniki:

TABLICA.

Probówki	Krwinki	Wyskok lub aceton w sześć. ctm.	Rozczyn fizyol. Na Cl.	Z wyskokiem etylowym		Z wyskokiem metylowym		Z acetonem	
				Hemoliza %	Aglutynacya	Hemoliza %	Aglutynacya	Hemoliza %	Aglutynacya
1.	0,5	0,2	9.3	0%*	0	ślady	0	0%	0
2.	„	0,5	9,0	1%	0	„	0		
3.	„	0,6	8,9	8%	0	ślady	0	ślady	0
4.	„	0,8	8,7	10%	0	2%	0	2%	0
5.	„	1,0	8,5	45%	0	5%	0	25%	0
6.	„	1,5	8,0	100%	0	6%	0	100%	0
7.	„	2,0	7,5	100%	0	16%	0	100%	0
8.	„	2,5	7,0	100%	0	50%	0	100%**	0
9.	„	3,0	6,5	100%	0	55%	0	100%	0
10.	„	3.2	6,3	100%	początek	70%	0	95%	początek
11.	„	3,5	6,0	95%	+	100%	0	80%	+
12.	„	3,8	5,7	95%	+	100%	0	60%	++
13.	„	4.0	5,5	80%	++	100%	początek	40%	+++
14.	„	4,2	5,3	75%	++	100%	„	12%	++++
15.	„	4,5	5,0	75%	++	100%	wyraźna	8%	++++
16.	„	4,8	4.7	50%	+++	95%	+	1%	++++++
17.	„	5.0	4,5	18%	++++	95%	+	ślady	++++++
18.	„	5,5	4,0	ślady	+++++	20%	++	0	„
19.	„	6,0	3,5	0 %	+++++	2%	+++	0	„
20.	„	6,5	3,0	0%	+++++	0%	++++	„	„
21.	„	7,0	2,5	0%	„	0%	++++	„	„
22.	„	7,5	2,0	0%	„	0%	++++	„	«
23.	„	8,0	1,5	0%	„	0%	„	„	„
24.	„	9,0	0,5	0%	„	„	„	„	„
25.	„	9,5	0	0%	„	„	„	„	„

*) zawiesina
**) hemoliza natychmiastowa
***) ślady zaledwie dostrzegalne

Tablica ta stwierdza niezbicie fakt, że zarówno wyskok etylowy i metylowy, jakoteż aceton, hemolizują w słabych zgęszczeniach, w zgęszczeniach silniejszych aglutynują, przyczem z początku w miarę powiększenia się zgęszczenia wzrasta hemoliza, następnie zaś przy dalszem wzrastaniu zgęszczenia hemoliza zmniejsza się stopniowo od 100% aż do 0%, natomiast równocześnie ze zmniejszaniem się stopnia hemolizy występuje nowe zjawisko, — aglutynacya krwinek, stopniowo wzrastająca w zależności od zgęszczenia wyskoku lub acetonu.

Ponieważ jednakże, jak to widzieć można na tablicy, w doświadczeniach w probówce każdej po dodaniu wyskoku lub acetonu nie znajdowała się taka ilość soli kuchennej,

---

[1]) Aglutynacya i hemoliza ciałek krwi zapomocą soli metali ciężkich. (Extr. du Bull. de l'Academie des Sciences de Cracovie. Seance du 3 Mai 1909).

która odpowiada jej fizyologicznemu roztworowi, dokonałem podwójnego szeregu doświadczeń w ten sposób, że w każdej probówce drugiego szeregu na 10 ctm. zawartości ogólnej (woda, wyskok lub aceton i krwinki) znajdowało się 0,09 soli kuchennej, czyli, inaczej mówiąc, miałem 0,9% rozczyn soli kuchennej. Szereg zaś pierwszy probówek ustawiony był tak, jak to zaznaczono w tablicy, równolegle z drugim. W doświadczeniach tych otrzymałem zupełnie identyczne zjawisko hemolizy i aglutynacyi.

Różnice były minimalne: Tak np. przy acetonie w probówce pierwszej II rzędu zamiast 0% hemolizy spostrzegłem zaledwie dostrzegalne ślady hemolizy; 100% hemolizy wystąpiło w probówce N. 6 w obydwóch szeregach; początek aglutynacyi w N. 10 obydwu szeregów, w N. 15 pierwszego rzędu stwierdzono 8% hemolizy i wybitną aglutynacyę, w N. 15 rzędu drugiego — wybitną aglutynacyę i ślady hemolizy i t. p.

W piśmiennictwie, o ile sprawdzić zdołałem, nie zwrócono dotychczas uwagi na fakt ten, że aceton i wyskok etylowy i metylowy mogą się stać czynnikami zarówno hemolizującymi, jakoteż hemaglutynującymi w zależności od ich rozcieńczenia.

H. Koeppe [1]) użył wprawdzie do doświadczeń swych nad hemolizą acetonu i wyskoku, jednak tylko w zgęszczeniach słabszych. Jeżeli jednakże uważnie przejrzeć protokół doświadczenia N. 15 i 16 (str. 83), to łatwo się przekonać, że spotkał się on przy rozcieńczeniu 50% (najwyższem, przez niego stosowanem), ze zjawiskiem początkowej aglutynacyi, przyczem, nie badając drobnowidowo osadu, zupełnie dowolnie używa wyrażenia »Coagula«, które w temsamem doświadczeniu i w tejsamej probówce, tylko w kilkanaście minut później, tworzą osad czerwony (»r. Sed.«). Te właśnie »Coagula«, opadłe na dno w ciągu 13 minut i tworzące osad czerwony, to były niezawodnie ciałka zaglutynowane, a ponad temi ciałkami płyn ten był zabarwiony.

W doświadczeniu 16-em znajduję zupełne podobieństwo z wynikiem, otrzymanym przezemnie przy 50% zgęszczeniu acetonu (N. 17 tablicy: hemoliza 0%, aglutynacya wybitna; u Koeppego zaś po pół godziny »überstehende Flüssigkeit farblos«, »Sediment unten rot«).

Koeppe wyraźnie powiada, że wodny 25% rozczyn acetonu i wszystkie słabsze rozczyny hemolizują krwinki; rozczyn 37,5% prócz hemolizy wywołuje męty, które K. nazywa strątem białkowym, a przy 50% acetonu następuje »natychmiast zmętnienie i opada czerwony osad (ein roter Niederschlag sediementiert)«. W pracy swej, poświęconej wyłącznie sprawie hemolizy, Koeppe, nie używając wyższych zgęszczeń acetonu, ani wyskoku etylowego, i nie badając dokładnie mikroskopowo osadu, przeoczył widocznie zjawisko aglutynacyi.

Zaznaczyć należy, że zaglutynowane w doświadczeniach moich ciałka tworzyły zlepy tak mocne, że trzeba było użyć siły dość znacznej przy skłócaniu, ażeby je módz rozdzielić; krwinki po skłóceniu opadały natychmiast lub bardzo szybko na dno i zachowywały jaskrawo czerwoną barwę w ciągu dłuższego czasu (około 3 miesięcy); zmiana barwy krwinek na czerwonawo brunatną zachodziła tylko przy aglutynacyi, wywołanej przez wyskok metylowy. Krwinki zaglutynowane, przemyte i zmieszane z wodą przekroploną, nie wykazywały najmniejszego śladu hemolizy mimo częstego skłócania i mimo przechowywania ich w termostacie przy 37° w ciągu godzin 12.

Badania drobnowidowe wykazały, że krwinki zaglutynowane zachowują poniekąd swój naturalny kształt, gdyż na wszystkich preparatach znajdowałem ciałka okrągłe o podwójnym konturze mniej lub więcej zmniejszone. Oczywiście, że w tych rozczynach, przy których występuje prócz aglutynacyi wyraźna hemoliza, znajdowałem pośród ciałek dobrze zachowanych także i resztki krwinek zhemolizowanych, »cienie« i t. p. Ciałka zaglutynowane zapomocą rozczynów aglutynujących słabszych były mniej zmienione i słabiej zlepione, aniżeli ciałka, zaglutynowane rozczynami silniejszymi, np. czystym acetonem lub wyskokiem. Faktu tego użyłem do badania zmian morfologicznych, zachodzących w krwinkach przy aglutynacyi, a pośrednio do badania budowy ciałek w ogóle, i w tym celu barwiłem zaglutynowane ciałka eozyną lub powszechnie używanym barwikiem Giemsy, wreszcie krwinki, aglutynowane wyskokiem metylowym, barwiłem również i barwikiem May-Grünwalda. Zaglutynowane ciałka czerwone żabie wykazały przytem błyszcząco-różowe zabarwienie miąższu i jasno niebieskie jądra.

Opis tej metody barwienia podany będzie w pracy, którą poświęcić zamierzam wyłącznie badaniu zmian morfologicznych w krwinkach pod wpływem czynników aglutynujących. Ta metoda badania i barwienia ciałek czerwonych pozwala przedewszystkiem operować z wielkiemi ilościami krwinek, pozwala przechowywać ciałka bardzo długo, zwłaszcza w acetonie. Przy zwykłej, ogólnie używanej dotychczas w hematologii metodzie, rozciera się ciałka na szkiełku, a właściwie mówiąc, rozgniata się je, (gdyż nie dostrzega się zazwyczaj już potem podwójnego konturu krwinek), następnie suszy się je i później dopiero utrwala. Tymczasem, jak się okazało z moich doświadczeń, o których mowa będzie niżej, krwinki, wysuszone przy pokojowej ciepłocie (18—20° C), ulegają hemolizie w rozczynie fizyologicznym soli. Tych szkodliwych właściwie zabiegów rozgniatania i wysuszania uniknąć można najzupełniej za pomocą metody powyżej opisanej.

Z doświadczeń moich wynika również, że działanie wyskoku etylowego i metylowego przy zwykłem utrwalaniu wytłómaczyć się daje właściwie jako działanie środka glutynacyjnego. Ciałka »utrwalone« są to właściwie ciałka zaglutynowane zapomocą wyskoku. Na preparatach, powszechnie dotychczas stosowanych w hematologii, nie dostrzegamy zawyczaj podwójnych konturów; objaśnić to możemy, zdaje się, rozcieraniem i wysuszaniem krwinek.

Sprawa utrwalania nasuwa jeszcze jedno pytanie. Powszechnie znany jest sposób utrwalania podług Ehrlicha w celu barwienia krwinek zapomocą trójbarwika kwaśnego (Triacid); szkiełko z krwią, roztartą w postaci cieniutkiej warstwy, ogrzewa się na odpowiedniej płytce miedzianej do 100°—130°. Kowarsky [1]) jako wskaźnik praktycznej cie-

[1]) H. Koeppe. Ueber das Lackfarbenwerden der roten Blutscheiben. Pflügers Arch. f. die gesammte Physiol. 1903. T. 99, str. 82 etc.

[1]) Berlin klin. Wochensch. 1903. Nr. 10.

płoty wprowadził kryształki mocznika chemicznie czystego, którego punkt topliwości odpowiada 133°.

Otóż zadałem sobie pytanie, jaki wpływ wywiera ciepło na krwinki i czem jest właściwie utrwalanie zapomocą ciepła podług Ehrlicha. W tym celu wykonałem doświadczenia następujące. Do szeregu kąpieli wodnych przy rozmaitych, lecz stałych ciepłotach wstawiono probówki jednakowej objętości. W każdej probówce znajdowało się 10 ct. sześc. 5% zawiesiny krwinek w rozczynie fizyologicznym soli kuchennej. Po $^1/_2$ godziny notowano wyniki. Okazało się, co następuje:

Przy kąpieli 40° C. hemolizy 0% (zawiesina).

Przy 50° ślady hemolizy (zawiesina).

Przy 60° 100% hemolizy; na dnie probówki niewielka ilość osadu, składającego się ze zlepu ciałek (cieni), wysokość osadu 0.5 ctm., barwa krwinek czekoladowa.

Przy 66° 16% hemolizy, wyraźna aglutynacya, osad obfitszy znacznie, wysokość osadu 1,5 ctm.

Przy 70° ślady hemolizy zaledwie dostrzegalne, płyn ponad osadem przeźroczysty, osad jeszcze obfitszy, wysokość osadu 1,7 ctm. wyraźna aglutynacya (szybkie opadanie po wstrząsaniu).

Przy 80° hemolizy 0%, płyn ponad osadem przeźroczysty, aglutynacya wyraźna.

Ciepłota, mierzona w probówkach, okazała się o 4—6° stopni niższą, aniżeli w kąpielach. Ażeby dokładnie określić ciepłotę dla całkowitej hemolizy, mierzyłem ciepłotę płynu w probówkach, używając przytem termometru, jako mieszadła. Okazało się, że jeszcze przy 47° hemoliza 0%, przy 58—59° zaś następuje hemoliza całkowita. Widzimy przeto, że pod wpływem czysto fizycznego czynnika, jakiem jest ciepło, występują zjawiska hemolizy i aglutynacyi podobnie, jak pod wpływem acetonu lub wyskoku. Przy działaniu ciepła powstaje hemoliza, wzrastająca w miarę powiększania się ciepłoty, a następnie przy dalszem wzrastaniu ciepła następuje zmniejszenie się hemolizy, natomiast występuje zjawisko stopniowo wzrastającej aglutynacyi.

Zaglutynowane pod wpływem ciepła krwinki opadają na dno i przy 70° C zachowują jeszcze podwójne swe kontury, natomiast przy 80° C widać tylko pod mikroskopem zlepy tak drobnych okrągłych kuleczek, że tylko porównanie z preparatami, otrzymanymi przy 70°, pozwala domyślać się, że są to ciałka wybitnie zmienione

Wreszcie ażeby zbadać krwinki w tych warunkach, jakie powstają przy utrwalaniu ich zapomocą metody Ehrlicha, badałem krwinki (roztarte na szkiełkach) 1) suszone przy ciepłocie pokojowej, 2) suszone w termostacie przy 32°, 3) utrwalone zgodnie z przepisem Ehrlicha i wreszcie 4) przegrzewane na płytce miedzianej. Okazało się, że zarówno krwinki, wysuszone przy ciepłocie pokojowej, jakoteż ogrzane do 32° i przegrzewane, okazują hemolizę, natomiast krwinki utrwalone podług Ehrlicha opadały na dno i hemolizy nie okazywały. Zauważono przytem między innemi, że gdy kryształek mocznika, umieszczony na płytce miedzianej, topniał, to szkiełko nakrywkowe zależnie od grubości było ogrzane zaledwie do 36—46° C.

Na zasadzie doświadczeń, tyczących się wpływu ciepła na krwinki, prawdopodobnym staje się pogląd, że przy utrwalaniu sposobem Ehrlicha zapomocą ciepła w krwinkach zachodzą takiesame zmiany, jakie zachodzą przy aglutynowaniu zapomocą ciepła. Różnica ciepłoty 46° i 59°, jaka zachodzi przy »aglutynowaniu« na szkiełku i aglutynacyi w probówce, pochodzi stąd, że w przypadku pierwszym chodzi o preparat suchy, a w drugim o krwinki, umieszczone w płynie (rozczynie fizyol. Na Cl.).

Fakt, że ciepłota 58—59° wywołuje hemolizę całkowitą, odpowiada w zupełności faktom spostrzeżonym i przez innych autorów, opisujących wpływ ciepłoty na hemolizę [O. Gross — [1]) 59°, Schultze [2]) — 60°, Engelman [3]) — 56°—60°, Stewart [4]) 60—65°, Rollet [5]) 60—64°, Koeppe [6]) (krew świńska) 65—66°].

Doświadczenia moje zmuszają mnie jeszcze do odpowiedzenia na pytania następujące:

1) Czy istnieje wogóle wchłanianie wyskoku i acetonu przy aglutynacyi i w jakiej postaci (absorbcya czy adsorbcya).

2) Jakie zmiany morfologiczne i fizyczne wogóle zachodzą przy aglutynacyi krwinek czerwonych.

3) Czy istnieje analogiczne działanie surowic lub innych czynników biologicznych, podobne do tego, które widzimy przy acetonie lub wyskoku.

Wyniki pracy pod tym względem ogłoszone będą po ukończeniu doświadczeń.

Praca niniejsza wykonana została w Zakładzie fizyologicznym Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Wpływ silnie zgęszczonych rozczynów soli na wiązanie aglutynin.

Podał*)

Dr. Stanisław Welecki.

Dotychczas posiadamy już szereg prac, odnoszących się do wpływu elektrolitów na odczyny odpornościowe, a w szczególności do dwu zjawisk: do wpływu dodawania soli na występowanie odtrącenia (Ausflockung) przy swoistej aglutynacyi i do utrudniającego wpływu soli na hemolizę, w szczególności hemolizę z dopełniaczem.

W naszych doświadczeniach zajmowaliśmy się wpływem silnie zgęszczonych rozczynów soli nietylko na wytrącanie (Ausflockung) lecz przeważnie badaliśmy wpływ takich rozczynów na wiązanie aglutynin (Aglutininbindung).

Zauważyliśmy mianowicie, że działanie hemoaglutynin normalnych surowic w wysokim stopniu zostaje upośledzone, o ile cały proces aglutynacyi chcemy przeprowadzić w silnie zgęszczonych rozczynach solnych.

Zjawisko to dokładnie występuje w następującem doświadczeniu:

Dla każdej z badanych soli ustawiono pięć prób i to każda z probówek zawierała 1 cm³ rozczynu soli w zgęszczeniach: 2 norm, 1 norm, $^1/_2$ norm. $^1/_4$ norm. $^1/_8$ norm. Do każdej probówki

---

[1]) Zeitschrift. für exp. Terap. u. Patol. 1907.
[2]) Arch. f. mikr. Anat. Bd. I. 1865 cyt. podług Koeppego.
[3]) Arch. f. mikr. Anat. Bd. IV. cyt. podług Koeppego.
[4]) Journal of Physiol. vol. 25. cyt. podług Koeppego.
[5]) Arch. Pflügera Tom. 82 1900.
[6]) L. c.

*) (Artykuł ten jest streszczeniem pracy, wykonanej wspólnie z Doc. Landsteinerem w Zakładzie anatomo-patologicznym w Wiedniu i wspólnie do druku podanej do Zeitschrift f. Immunitätsforschung.

dodano 0,25 cm^3 unieczynnionej surowicy wolej i 2 krople $10^0/_0$ zawiesiny wymytej krwi końskiej.

Odczytywano po 24-godzi. przechowaniu w nizkiej ciepłocie.

Siłę aglutynacyi oznaczamy znakami: 1) 0. 2) Ślad 3) słabo 4) miernie 5) silnie 6) b. silnie.

	2 norm.	norm.	$^1/_2$ norm.	$^1/_4$ norm.	$^1/_8$ norm.
Na Cl	Ślad	Ślad	Słabo	B. silnie	B. silnie
K Cl	Ślad	Ślad	Słabo	B. silnie	B. silnie
Li Cl	Ślad	Ślad	Słabo	B. silnie	B. silnie
Mg Cl	o	Słabo	Bardzo silnie		
$K_2 So_4$		Miernie	Silnie	Bardzo silnie	
K Br	Ślad	Słabo	Słabo	Silnie	B. silnie
$Na NO_3$	Słabo		Słabo	Silnie	B. silnie
$Mg SO_4$		Słabo	Silnie	Bardzo silnie	
$CH_3 COOK$	Ślad		Silnie	Bardzo silnie	

Powyższe doświadczenie wykazuje, że wszystkie użyte tu sole już w półnormalnym, a bardzo wybitnie w normalnym rozczynie utrudniają w sposób uderzający występowanie aglutynacyi.

Poszczególne sole nie działają jednakowo silnie, różnice tu jednak nie są znaczne. Zjawisko to występuje i w innych kombinacyach aglutynin i krwi, jak to wykazaliśmy przez doświadczenia z kilkoma jeszcze aglutyninami normalnych surowic, rycyną, fazyną, surowicą królika uodpornianego na krew końską i t. d.

Jako przykład następujące doświadczenia:

Technika doświadczenia jak powyżej.

	Sól	2 norm.	norm.	$^1/_2$ norm.	$^1/_4$ norm.	$^1/_8$ norm.
Surowica konia Krew królika	Na Cl	Słabo	Miernie	Bardzo silnie		
Sur. wołu Krew królika	»	o	Ślad	Silnie		Miernie
Surow. koguta Krew królika	»	Miernie		Bardzo silnie		
Surow. koguta Krew konia	»	o	o	Ślad	Miernie	Silnie
Rycyna Krew konia $50^0/_0$	Na Cl	o	o	Ślad	Silnie	
»	$Na No_3$	o	o	o	Ślad	Miernie
»	$K_2 So_4$	Miernie			Silnie	
»	Kali acet	Słabo		Bardzo silnie		

Można było spodziewać się, że to przedstawione tutaj utrudnienie lub całkowite zniesienie aglutynacyi może być wywołane tylko przez elektrolity. Przypuszczenie to jednak nie znajduje potwierdzenia w następnych doświadczeniach, przeciwnie tosamo zjawisko wywołują też i niektóre nieelektrolity.

Do rozczynu nieelektrolitów dodano $1^0/_0$ Na Cl, aby uniknąć hemolizy. Zresztą technika, jak wyżej. (Surowica wołu — krew konia).

	2 norm.	norm.	$^1/_2$ norm.	$^1/_4$ norm.	$^1/_8$ norm.
Na Cl	Słabo		Bardzo silnie		
Mocznik	Bardzo silnie				
Acetamid	Miernie	Bardzo silnie			
Alkohol etylowy	Silnie	Silnie	Bardzo silnie		
Aethylen glykol	Bardzo silnie				
Gliceryna	Bardzo silnie				
Erytryt	Silnie	Silnie	Bardzo silnie		
Mannit		Miernie	Silnie	Bardzo silnie	
Cukier gronowy	Słabo	Miernie	Bardzo silnie		
Cukier trzcinowy	Słabo	Miernie	Bardzo silnie		
Inosyt		Miernie	Bardzo silnie		

Do następnego doświadczenia użyto wysoko wartościowej surowicy królika uodpornionego na krew końską (aglutynuje 1:6400). 1 cm^3 aglutyniny w rozczynie 1:100 + 2 krople $50^0/_0$ krwi konia.

	2 norm.	norm.	$^1/_2$ norm.	$^1/_4$ norm.	$^1/_8$ norm.
Na Cl	o	o	Słabo	Silnie	B. silnie
Cukier gronowy	o	Ślad	Miernie	Bardzo silnie	
Erytryt	Silnie	Silnie	Bardzo silnie		
Mocznik	Bardzo silnie				

Tablice powyższe wskazują, że te z badanych przez nas ciał nie dają wyraźnego zahamowania aglutynacyi, dla których krwinki czerwone są przenikliwe (podobne ugrupowanie elektrolitów spotykamy i przy innych zjawiskach: Traube), tak że łatwo przypuścić można, iż przyczyny obu tych zjawisk są analogiczne.

Zdaje się, że i sole amonowe do pewnego stopnia w podobny sposób się zachowują, i z nich bowiem część przenika ciałka czerwone, część nie. Równorzędności jednak w działaniu tych soli z zachowaniem się innych soli przy zjawisku przez nas badanem nie wykazaliśmy dotychczas dostatecznie przekonująco.

Zjawisko to zniesienia hemaglutynacyi przez silne zgęszczenia soli występuje nietylko wtedy, jeżeli dodajemy uprzednio soli; występuje ono również, jeżeli już po nastąpieniu aglutynacyi (ewentualnie po usunięciu płynu zawierającego aglutyninę i wymyciu zaglutynowanego osadu) dodamy wspomnianych substancyi. Widzimy wtedy, że wielkie zlepy ciałek czerwonych rozchodzą się tak, że wkrótce widzimy znowu zawiesinę z ciałek czerwonych, w której tylko mikroskopowo mniej lub więcej zlepionych krwinek można wykazać, aglutynacya więc cofa się.

Dokładniejsze badanie tego zjawiska zniesienia lub utrudnienia aglutynacyi wykazało, że chodzi tu, przynajmniej w znacznej części, o utrudnienie wiązania aglutyninu, względnie o rozkładanie już wytworzonego związku.

A: 1 cm^3 unieczynnionej surowicy wołowej + 4 cm^3 1 normal. rozczynu soli kuchennej + 8 kropli 50% krwi konia.

B: Analogiczna próba z $^1/_8$ norm. rozczynu soli.

C: jak *A*: bez krwi.

D: jak *B*: bez krwi.

Te próby przechowuje się aż do następnego dnia w lodowni. Na drugi dzień sprowadza się wszystkie te rozczyny do $^1/_8$ norm. zawartości NaCl, (t. j. 2 cm^3 odlewu. Abguss + $^1/_2$ cm^3 przy A:C = H_2O, przy *B* i *D* $^1/_8$ norm. roztwór NaCl). Następnie mianujemy te rozczyny co do zawartości w nich aglutynin. dwoma centymetrami sześciennymi rozczynu z jego rozcieńczeń i 2 kroplami 10% krwi konia.

	1	2	4	8	16	32	64
A	Silnie	Miernie	Miernie	Słabo	0	0	0
B	Ślad	0	0	0	0	0	0
C	Silnie			Miernie			0
D	0	0	0	0	0	0	0

Tablica ta wykazuje, że jakkolwiek i w normalnych rozczynach soli mała ilość aglutyniny ulega związaniu, to przecież w widocznie mniejszym stopniu, niż w rozczynach $^1/_8$ normalnych, — cała zaś reszta pozostaje w rozczynie niezwiązana i nieuszkodzona.

Tego samego dowodzą doświadczenia, w których dodawano rozczynu soli już po wystąpieniu aglutynacyi 2 cm^3 50% zawiesiny krwi konia + 5 cm^3 1% rozczynu soli kuchennej + 5 cm^3 unieczynnionej surowicy wołu.

Dwie probówki z takiemi próbami pozostawiamy 2 godziny w ciepłocie pokojowej, a do następnego dnia w lodowni. Wirowanie. Od silnie zaglutynowanych ciałek, stanowiących osad, odlewamy rozczyn, zawierający surowicę i myjemy je 1% rozczynem NaCl. Następnie do jednej rurki *A* dodajemy na osad 1 cm^3 norm. rozczynu soli kuchennej, do rurki *B* $^1/_8$ norm. rozczynu soli kuchennej. Wstrząsamy kilkakrotnie i pozostawiamy 15 minut w ciepłocie pokojowej. Już wnet zauważyć można, że silnie zaglutynowane ciałka w rurce *A* rozchodzą się.

Po odwirowaniu rozcieńczamy odlane z ponad osadu ciałek rozczyny do $^1/_8$ norm. zawartości soli kuchennej i mianujemy co do zawartości aglutyninu.

	1	2	4	8	16	32	64
A	Silnie	Miernie		Słabo	Ślad		0
B	Ślad	0	0	0	0	0	0

Podobne doświadczenie ze wspomnianą powyżej surowicą królika i uodpornionego na krew konia dało podobne wyniki.

Co do zniesienia aglutynacyi przez silne rozczyny cukru gronowego, którego działanie badaliśmy, jako przykład działania nieelektrolitów, to nie zdołaliśmy dotychczas wykazać, czy w silnie zgęszczonych rozczynach następuje również utrudnienie wiązania względnie zwiększenie odczepiania aglutyniny, tak że rozstrzygnięcie pytania, czy proces znoszenia aglutynacyi przez elektrolity różni się w istocie od tego samego procesu, wywołanego przez nieelektrolity, musimy pozostawić w zawieszeniu.

Badanie surowicy królika odpornego na krew barana — surowicy więc, hemolizującej krew barana do znacznych rozcieńczeń, wykazało, że i tutaj zachodzi sprawa podobna. Dwa przez nas z tą surowicą wykonane doświadczenia przekonały nas, że silne rozczyny soli również w znacznym stopniu utrudniają łączenie się dwuchwytnika z ciałkami krwi.

Wobec pracy Angerera, którego doświadczenia z naszemi się nie zgadzają i wobec nielicznych naszych w tym dziale doświadczeń, (dwa doświadczenia z hemolizyną), nie możemy tego pytania ostatecznie rozstrzygać. Wiele jednak światła na nasz temat rzuca fakt, że i aglutynacya przez swoiste aglutyniny zostaje przez silne rozczyny zniesiona, że i tu w takich warunkach występuje zniesienie wiązania lub też rozszczepianie już wytworzonego związku aglutyniny z krwinkami przez dodanie silnych rozczynów soli.

A Rozczynu histonu 1:1000 = 1 cm^3 + 4 cm^3 normalnego rozczynu soli kuchennej + 4 krople osadu ciałek czerwonych z wymytej krwi konia.

B: Tosamo z $^1/_8$ normalnym rozczynem soli kuchennej.

C: Taksamo jak *A*: bez dodania krwi.

D: Taksamo jak *B*: bez dodania krwi.

Po 24 godzinach odwirowano ciałka (które w *B* były silnie zaglutynowane, w *A* zupełnie niezaglutynowane). Odlane z ponad nich ciecze jakoteż kontrole *C* i *D* sprowadzono do zawartość $^1/_8$ norm. soli kuchennej (w ten sam sposób jak w doświadczeniu I) i mianowano co do zawartości aglutynin.

	1	2	4	8	16	32
A	Miernie	Miernie	Miernie	0	0	0
B	0	0	0	0	0	0
C	Miernie	Miernie	Miernie	0	0	0
D	Miernie	Miernie	Miernie	0	0	0

Widzimy, że w tym przypadku obecność silnie zgęszczonej soli wywołuje zupełne zniesienie możności wiązania, względnie zupełne odczepienie aglutyniny od krwinek. Analogia o zachowaniu się swoistych i nieswoistych aglu-

tynin w silnych rozczynach soli zdaje się być dalszym dowodem, popierającym zapatrywanie Landsteinera, że swoista aglutynacya i strącanie białka przez zasadowe i kwaśne kolloidy są procesami w istocie pokrewnymi.

Wnioski: Silnie zgęszczone rozczyny elektrolitów i niektórych nieelektrolitów utrudniają w sposób uderzający występowanie swoistej hemoaglutynacyi. Objaw ten, wywołany przez sole, polega jeżeli nie wyłącznie, to w wysokim stopniu, na utrudnieniu wiązania aglutyniny z krwinkami. Silnie zgęszczone rozczyny soli utrudniają też, i to w bardzo wysokim stopniu, występowanie aglutynacyi nieswoistej, jak np. aglutynacyi przez histon.

Piśmiennictwo. 1) Paltauf: Handb. der pathogenen Mikroorganismen (Kolle-Wassermann) Str. 741. 2) Müller: (Oppenheimer Handb. der Biochemie). 3) Landsteiner: (Oppenheimer, Handb. der. Biochemie Str. 430, 431, 536, 504). 4) v. Eisler: Zeitschr. f. Immunitätsforschung T. II. Str. 159 (1909) 5) Bechhold: Zeitschr. f. Physikalische Chemie: 48. Str. 385 (1904) 6) Friedberger: Zentralbl. f. Bacter. T. 46. Str. 441 (1908) 7) Pick u. Schwarz: Biochem. Zeitschr. T. 17. Str. 491 (1909) 8) Alkan: Dissert. Würzburg (1903). 9) Traube: Chemiker Zeitung. Nr. 26. Str. 217. 10) Traube: Pflügers Archiv. T. 123. Str. 419 (1908). 11) Angerer. Zeitschr. f. Immunitätsforsch. T. 4. Str. 210. (1909).

Z kliniki chirurgicznej U. J. Prof. Kadera i Zakładu fizyologicznego U. J. Prof. Cybulskiego.

I.

W sprawie cucenia zapomocą miesienia serca w przypadkach nagłej śmierci w czasie operacyi

podał

Prof. Dr. Bronisław Kader.

Usadowienie przyczyny ruchu serca w sercu samem uniezależnia je od reszty ustroju w stopniu tak znacznym, że serce wycięte z żywego zwierzęcia i pozostawione samemu sobie bije jeszcze czas pewien zupełnie samodzielnie. Objaw ten znany jest oddawna. Cleanthes zwrócił nań uwagę już na 300 lat przed erą chrześcijańską.

Tę zdolność życia poza ustrojem zachowuje serce niekiedy bardzo długo, u zimnokrwistych zwierząt znacznie dłużej, niż u ciepłokrwistych; u zimnokrwistych spostrzegano ją jeszcze po kilku dniach. Vulpian widział ślady ruchów w sercu psa w $96^1/_2$ godzin po wycięciu.

Po ustaniu wszelkiego ruchu samoistnego pozostaje serce wycięte, tak u zimnokrwistych, jak i u ciepłokrwistych zwierząt, czas pewien w stanie śmierci tylko pozornej i można je w tym okresie pobudzić do czynności zapomocą różnego rodzaju podniet.

A. v. Haller (1759) pobudził serce już zupełnie nieruchome do ponownej czynności przez stosowanie ciepła; nakłucie szpilką, nieznaczny ucisk palcami rąk wywołuje jednorazowy skurcz takiego serca. Langendorff wykazał, że w razie stałego doprowadzania sposobem przez niego podanym płynów odżywczych do naczyń wieńcowych, serce zwierząt ciepłokrwistych, umieszczone w ciepłej i wilgotnej kamerze, wraca do życia i wykonuje przez czas dłuższy rytmiczne ruchy o typie czynności prawidłowej, jeszcze w 44 godzin po ustaniu krążenia krwi i wszelkich skurczów innych mięśni.

Carrel i Guthrie wycięli przy sposobności doświadczeń nad możnością przeszczepiania narządów małemu psu serce i przyszyli je do szyi większego psa, przyczem połączyli tętnicę szyjną i żyłę szyjną z aortą i tętnicą płucną, żyłę główną z jedną żyłą płucną. Przyszyte serce zaczęło po kilkunastu minutach regularnie bić, początkowo uszko, a wkrótce potem i komory. Ilość uderzeń serca przyszytego wynosiła 88, własne serce psa uderzało 100 razy na minutę. Po dwóch godzinach przerwano doświadczenie z powodu wytworzenia się skrzepów.

Względnie późno zwrócono uwagę na to, że tę samą pobudliwość i zdolność powrotu do czynności prawidłowej posiada i serce, pozostające »in situ« u zwierząt, przedewszystkiem w razie pewnych rodzajów nagłej gwałtownej śmierci. Pierwszy zwrócił uwagę na to M. Schiff w r. 1874. On też pierwszy, o ile mi wiadomo, zaczął stosować t. zw. bezpośrednie miesienie serca w celu wskrzeszenia jego czynności. Po ustaniu oddechu i wszelkich ruchów serca u psów zachloroformowanych, wdmuchiwał on powietrze do płuc za pomocą mieszka, otwierał klatkę piersiową i miesił serce, uciskając je pomiędzy palcami ręki. Po kilku minutach zaczęły występować skurcze i wracała samoistna czynność, prawidłowa, rytmiczna, a wkrótce potem zjawiał się i samoistny oddech.

Podobne doświadczenia i spostrzeżenia ogłosił w tym samym roku Hocke, zaś w roku 1898 Tuffier i Hallion. Zwierzęta w ich doświadczeniach wróciły jednak do życia tylko na kilka godzin, nie wykonywały zresztą żadnych ruchów samodzielnych i padały wreszcie po poprzednich drgawkach, nie odzyskawszy pełnej świadomości.

W r. 1877 ogłosił Boehm wyniki doświadczeń swoich przeważnie nad młodymi kotami, które zabijał zapomocą zachloroformowania, zatruwał solami potasowemi, lub dusił przez zaciśnięcie tchawicy. Bezpośrednio lub najdalej w kilka minut po zniknięciu fali tętna na sfigmografie rozpoczynał Boehm sztuczny oddech i wykonywał rytmiczny ucisk klatki piersiowej, głównie w okolicy serca. Większość zwierząt jego wracała do życia.

Prus pierwszy przeprowadził szereg badań już zupełnie celowych dla rozstrzygnięcia pytania, czyby nie było można zapomocą miesienia serca wrócić do życia ludzi, zmarłych nagłą gwałtowną śmiercią. Do doświadczeń swoich użył on 100 psów: 44 zostało zaduszonych, 21 zachloroformowanych, 35 zabitych zapomocą prądu elektrycznego. Po zupełnem ustaniu ruchów serca otwierał Prus klatkę piersiową i miesił serce w różnych odstępach czasu (1—50 minut) po ustaniu ruchu serca. Sztuczny oddech stosowano przez otwór w tchawicy zapomocą wdmuchiwania powietrza. Z 44 psów zaduszonych u 31 (70%) nastąpiły silne prawidłowe skurcze serca i powrót do życia; z 21 zachloroformowanych u 16 (76%), z 35 zabitych zapomocą prądu elektrycznego tylko 5 (14%) psów wróciło do życia. Z 52 psów ocuconych zabił Prus 38 bezpośrednio po skończeniu doświadczenia, 12 zginęło z powodu zakażenia, a tylko 2 psy, jeden zaduszony i jeden zachloroformowany, żyły rok, względnie 8 miesięcy, jeden do chwili ogłoszenia pracy.

Oprócz tego miał Prus sposobność zastosować swój sposób cucenia u 48-letniego mężczyzny, który odebrał sobie życie przez powieszenie. W 2 godziny po śmierci otwo-

rzyli Wehr i Gabryszewski klatkę piersiową i odsłonili serce sposobem Wehra, bez naruszenia opłucnej, a Prus przystąpił do miesienia serca. Sztuczny oddech wykonywano zapomocą wdmuchiwań powietrza przez otwór w tchawicy, zrobiony umyślnie w tym celu. Po 15 minutach miesienia pojawiły się pierwsze rytmiczne, samoistne skurcze przedsionków w postaci fali, idącej od granicy między przedsionkami, a komorami ku uszkom; utrzymywały się one samodzielnie tylko przez parę minut i wracały po pewnym czasie, lecz coraz to słabsze; do skurczów komór nie doszło. Doświadczenia swoje ujmuje Prus we wniosek, że w przypadkach śmierci gwałtownej z powodu zadziałania prądu elektrycznego, uduszenia, a przedewszystkiem z powodu zatrucia chloroformem należy tam, gdzie wszystkie inne sposoby ratunku zawiodły, przystąpić do miesienia serca jego sposobem.

Praca Prusa służy za punkt wyjścia dla licznego szeregu badaczy, zajmujących się doświadczalnie sprawą cucenia w przypadkach gwałtownej nagłej śmierci.

Kulabko przeprowadził doświadczenia w celu wyświetlenia i rozstrzygnięcia pytania, jak się zachowuje serce ludzkie i zdołał stwierdzić, że i serce ludzkie umiera później, niż osobnik, do którego ono należy, i że można je pobudzić do czynności jeszcze w kilka godzin po śmierci osobnika. We dwadzieścia godzin po śmierci 3-miesięcznego dziecka, zmarłego na zapalenie płuc, wyciął Kulabko ze zwłok serce i zastosował sposób Langendorffa; po 20 minutach zaczęły się kurczyć przedsionki, potem prawa komora, wreszcie całe serce. Zupełnie prawidłowa czynność serca trwała przeszło godzinę. Podobny wynik otrzymał Kulabko i przy dalszych doświadczeniach.

I. I. Wepfer spostrzegał coś podobnego już w drugiej połowie XVII wieku, jak o tem wspomina Sprengel. Hédon i Gilis zdołali serce ściętego mężczyzny pobudzić do życia w trzy kwadranse po wykonaniu wyroku.

Dla chirurgów posiadają niezmierną doniosłość przedewszystkiem wyniki doświadczeń Prusa i Kulabki. Pozwalają one, właściwie już z góry, liczyć na to, że chorych, zmarłych nagle w czasie operacyi wśród objawów porażenia serca z powodu zatruć środkiem znieczulającym lub usypiającym, można jeszcze niekiedy powrócić do życia zapomocą bezpośredniego zadziałania na serce i że postępowanie to może być jeszcze skuteczne właśnie w tych przypadkach, w których wszelkie inne sposoby ratunku zawodzą.

Pierwszy, o ile sądzić mogę na podstawie znajomości piśmiennictwa, miesił ludzkie serce Niehans w celu ocucenia zmarłego wśrod uśpienia chloroformowego. Niehans utorował sobie drogę od przodu przez klatkę piersiową. Serce wykonało tylko kilka słabych drgnięć samoistnych i chorego nie docucono się. Wiadomość o tem ogłosił Zesas, asystent Niehansa, dopiero w r. 1904. Bazy wspomina o tem, że jeden z jego znajomych lekarzy chirurgów miesił w tym samym celu, również bezskutecznie, serce w r. 1892. Pierwszy jednak przypadek próby ocucenia za pomocą miesienia serca ogłosił Tuffier z d. 2. XI 1892 r. W pięć dni po wycięciu wyrostka robaczkowego zator tętnicy płucnej. śmierć. Torakotomia, miesienie serca. W parę minut potem prawidłowa, samoistna czynność serca, samoistne oddychanie, zwężenie źrenic, prawidłowe ruchy gałek ocznych. Po kilku minutach serce zaczyna znowu słabnąć. Kilkakrotnie ponawiane miesienie wywołuje coraz mniejszy odczyn. Po kilkunastu minutach serce przestaje bić zupełnie.

W krótkim czasie ilość spostrzeganych i opisanych przypadków miesienia serca u ludzi powiększyła się bardzo.

Z biegiem czasu wytworzono trzy sposoby udostępnienia serca dla miesienia: 1) przez wykonanie otworu w klatce piersiowej od przodu; 2) przez wykonanie otworu w przeponie po poprzedniej laparotomii; 3) przez ucisk od strony jamy brzusznej na przeponę i przez nią na serce, po poprzedniej laparotomii, bez robienia otworu w przeponie. Dla krótkości można sposoby te nazwać: piersiowy, przeponowy i brzuszny.

Čačkovic [1]) zestawił ogłoszone do połowy r. 1908 przypadki miesienia serca u ludzi i opracował wyczerpująco i krytycznie wszystkie pytania, stojące w związku ze sprawą miesienia serca tak u ludzi, jak i u zwierząt. Za punkt wyjścia posłużył mu przypadek, spostrzegany przez niego i Wikerhausera, gdzie wskutek śmierci 9-letniego chłopca, śród uśpienia chloroformowego, miesił Wikerhauser serce sposobem piersiowym bez pomyślnego wyniku ostatecznego. Zabieg wywołał tylko chwilowe nieznaczne słabe skurcze. Ogółem stosowano, według Čačkovića, miesienie serca w celu cucenia w 46 przypadkach, z tego sposobem piersiowym 25 razy, przeponowym 6, brzusznym 16 razy. W 28 przypadkach chodziło o zapad (syncope) z powodu uśpienia, z nich w 33 przypadkach stosowano chloroform, w 2 chloroform i eter, w jednym przypaku nie podano środka usypiającego. W 5 przypadkach nie stosowano żadnego uśpienia, ani znieczulenia. Były to po jednym przypadku: zamartwicy u noworodka, zatoru tętnicy płucnej skrzepem, samobójstwa przez powieszenie; dwa razy uduszenie się z powodu zwężeń krtani i tchawicy.

Wyniki były następujące: I. Na 24 przypadków, operowanych sposobem piersiowym, otrzymano wynik ostateczny dobry (wyzdrowienie) 2 razy. Serce wróciło do czynności mniej więcej prawidłowej, ale tylko na kilkanaście minut, względnie godzin — 12 razy. W przypadku Sicka śmierć nastąpiła po 27 godzinach, w innych przypadkach wcześniej. Żadnego wpływu nie wywarło miesienie serca 10 razy.

II. W 6 przypadkach, operowanych metodą przeponową, wyniku dodatniego ostatecznego nie było wcale. Powrót chwilowy skurczów serca nastąpił w jednym przypadku. Zupełny brak wpływu na serce w przypadkach 5.

III. Z 16 przypadków, operowanych sposobem brzusznym, ostateczny wynik dobry spostrzegano 7 razy. Powrót czynności serca na pewien czas nastąpił 4 razy. Z tych w przypadku Subbotica śmierć po 31 godzinach, w innych wcześniej.

Do grupy ostatniej należy przypadek, pochodzący z oddziału chirurgicznego dra Oderfelda w Warszawie. Możność ogłoszenia go zawdzięczam uprzejmości dra Glücksmanna, który chorego operował i który nadesłał mi opis przypadku. Przytaczam go dosłownie:

»Operowałem chłopca 11-letniego z powodu wgłobienia jelita. Uśpienie prowadził młody asystent, który niedawno rozpoczął praktykę na naszym oddziale, mało jeszcze

[1]) Archiv. für klin. Chirur. Bd. 88 H. 4.

doświadczony (przeważna część naszych współpracowników była podówczas na posiedzeniach Zjazdu chirurgów polskich, odbywającego się właśnie w Warszawie). Uśpienie było chloroformowe. W chwili, gdy po otwarciu brzucha robiłem próbę odgłobienia wgłobionego jelita (invaginatio ileo-coeco-colocolica), zauważyłem zupełny zapad u chorego, brak oddechu, brak tętna; 2—3 minuty sztucznego oddechu, pociąganie języka sposobem Laborda, nie dawały żadnego wyniku, sinica twarzy i szyi zwiększała się z sekundy na sekundę, Byłem wtedy pod wrażeniem referatu Sz. Profesora z dnia poprzedniego Zjazdu o ratowaniu chorych z ciężkiego zapadu chloroformowego, więc kazałem porzucić wszelkie próby przywracania chorego do życia, natomiast niezwłocznie przez ranę laparotomijną skierowałem prawą dłoń ku górze pod przeponę, namacałem serce, które było bez żadnego ruchu, przycisnąłem je do wątłej klatki piersiowej chłopca, przyczem lewą dłonią przycisnąłem okolicę serca od zewnątrz; miałem wtedy serce między obiema dłońmi na podobieństwo tego, jak to się dzieje z macicą przy dwuręcznem badaniu. Po zrobieniu kilku (5—6) rytmicznych ściśnięć serca poczułem, że serce zaczęło samodzielnie się kurczyć; powtórzyłem jeszcze kilka razy w rzadszych odstępach i w słabszym stopniu owe ściśnięcia i już zauważyłem rytmiczne pewne uderzenia serca. Chory zaczął wyraźnie przychodzić do siebie. W uśpieniu eterowem dokończyłem operacyi, polegającej na trudnem odgłobieniu i zeszyciu brzucha. Pierwszego dnia chory miał się zupełnie nieźle, umarł jednak na trzeci dzień z powodu porażnej niedrożności (ileus paralyticus). Zamknięcie światła jelit trwało poprzednio dni 9. Chory był z głębokiej prowincyi. Mam głębokie przekonanie, że w tym przypadku dzięki tylko temu bezpośredniemu miesieniu serca udało się powrócić chorego do życia z niezwykle ciężkiego zapadu, kiedy 3 minuty sztucznego oddechu (a wydaje się takie 3 minuty wiecznością) i sposób Laborda nie dały absolutnie żadnego wyniku«.

Ja osobiście miałem sposobność cucenia chorych zapomocą miesienia serca w 4 przypadkach. Oprócz tego w klinice mojej stosował ten sposób w 3 przypadkach asystent kliniki dr. Radliński. We wszystkich przypadkach stosowano metodę brzuszną. Jednocześnie stosowano sztuczne oddychanie i podawano tlen. Miesienie wykonywano we wszystkich przypadkach w ten sposób, że wprowadzano do jamy brzusznej prawą rękę, dłonią zwróconą ku przeponie i wywierano ucisk na przeponę w miejscu, przez które się wyczuwało zupełnie dobrze serce, (wyjątek Nr. 2); lewa dłoń uciskała na klatkę piersiową w okolicy serca, względnie trochę niżej dla łatwiejszego uciśnięcia klatki, a przez nią i serca. Uciskano jednocześnie jedną i drugą ręką. Wykonywano przytem ruch taki, jak gdyby chciano ująć serce w sposób podobny, jak się ujmuje macicę przy badaniu oburęcznem przez pochwę i przednie powłoki brzuszne. Oprócz tego miesienia serca stosowałem miesienie w ten sposób, że rękę prawą zwijałem w pięść i teraz uciskałem na przeponę, względnie serce. W żadnym przypadku nie staraliśmy się, ani ja, ani Dr Radliński, ująć serca przez przeponę w palce; zresztą było to mimo znacznego zwiotczenia przepony w przypadkach naszych niemożebne.

Powrót serca do czynności wyczuwałem we wszystkich przypadkach niezmiernie charakterystycznie: pierwszych kilka skurczów zaznaczało się bardzo niewyraźnie, potem dopiero następowało stwardnienie serca i coraz silniejsze i wyraźniejsze skurcze.

Na pytanie, czy w sercu masowanem, a poprzednio jeszcze zatrutem środkiem usypiającym, lub znieczulającym, pozostawia miesienie jakieś zmiany ujemne stałe, bardzo trudno odpowiedzieć. Należy przypuszczać, że uraz ten nie przechodzi zupełnie bezkarnie. Być może, że powstają wybroczyny z następowemi łącznotkankowemi bliznami. Z drugiej strony serce, jako mięsień, pozostający w ciągłym ruchu i ulegający stale urazom przez uderzenie o klatkę piersiową, jest prawdopodobnie na urazy mechaniczne stosunkowo mało wrażliwe i wraca po miesieniu do stanu prawidłowego pod każdym względem bardzo prędko.

Najczulsza z dotychczas znanych i najbardziej przedmiotowa metoda badania serca, — elektrokardyografia, nie wykazuje zmian w krzywej, otrzymanej z serca psa, przywróconego do życia zapomocą miesienia. W tej sprawie bliższe szczegóły znajdują się w drugiej części tej pracy, skreślonej przez dr. Eigera na podstawie badań, dokonanych w pracowni fizyologicznej prof. Cybulskiego. Upoważnia to poniekąd do wniosku, że miesienie nie wywołuje w sercu zmian anatomicznych, któreby urazowi można przypisać

W 2 przypadkach zastosowanego przez nas miesienia serca chodziło o ostrą niedokrwistość wskutek upływu krwi. Wynik był ujemny pod każdym względem; nie spostrzeżono żadnych ruchów serca. Jeden raz stosował Dr. Radliński miesienie serca w przypadku zatoru tętnicy płucnej, również z wynikiem ostatecznym ujemnym, ale serce oddziaływało prawie w ciągu godziny na miesienie, początkowo silnie, potem coraz słabiej (patrz. historyę choroby N 3). W jednym przypadku (N 5) chodziło o zapad w uśpieniu chloroformowem. W tym przypadku wynik ostateczny był dobry. Miesienie zastosowano tu w kilka minut po wystąpieniu zapadu. Skurcz serca samoistny wystąpił już po kilku ściśnięciach.

W trzech przypadkach (4, 6 i 7) porażenie serca nastąpiło po wstrzyknięciu tropakokainy do kanału rdzeniowego. Z tych 3 przypadków wynik ostateczny był w jednym przypadku (6) dobry — wyzdrowienie; zaś dwa przypadki (4 i 7) skończyły się wreszcie niepomyślnie. Po szczegóły odsyłam do wyciągu z historyi chorób, tu zaznaczam tylko, że w obydwóch niepomyślnych przypadkach serca wróciło już po kilku minutach do zupełnie prawidłowej czynności, również i oddech. Przyczyny śmierci należy szukać nie w niedomodze serca, lecz w powikłaniach, powstałych po zabiegu operacyjnym. W przypadku 4 (icterus gravis) śmierć nastąpiła wskutek utraty krwi. Przemawia za tem i przebieg kliniczny — zachowanie się tętna, drgawki, tężec tylny, wzwód prącia, wytrysk nasienia i wynik sekcyi, t. j. obraz ogólnej silnej niedokwistości u osobnika ciężko schorzałego. Przypadek ten jest o tyle zajmujący i ważny, że do miesienia serca przystąpiłem tutaj bardzo późno. Mimo to serce dało się pobudzić do czynności. W przypadku 7 (carcinoma laryngis) przyczyna śmierci leży w zmianach ze strony płuc. Sądzę jednak, że w tym przypadku były także znaczne zmiany w mózgu; za tem przemawiają nieprzytomność chorego i oddech typu Cheyne-Stokesa. W każdym razie serce działało prawidłowo w ciągu 48 godzin od chwili powrotu do czynności po zapadzie.

Z porównania metod miesienia serca wypada, że dotychczas najlepsze czynniki dała metoda brzuszna. Przemawia za nią prostota i szybkość wykonania. Otworzyć w warunkach zabiegu operacyjnego — a więc umytemi rękami

i wyjałowionemi narzędziami — jamę brzuszną, jest rzeczą niespełna minuty. A przecież w tych właśnie warunkach najczęściej wypada do miesienia serca się uciekać. Powłoki brzuszne, o ile nie była zamierzona operacya brzuszna, można — jak piśmiennictwo o tem coraz liczniej poucza — odkazić w dostatecznym stopniu zapomocą dwukrotnego pociągnięcia nalewką jodową (Grossich); oczywiście jeszcze łatwiej i szybciej można przystąpić do miesienia serca tym sposobem w warunkach już dokonanej laparotomii. Być może, że najpomyślniejsze wyniki metody brzusznej można przypisać w pewnym stopniu temu, iż wobec już zadanej operacyjnej rany brzusznej, chirurg łatwiej się decyduje na miesienie ręką wprowadzoną do jamy brzusznej pod przeponę, niż na bądź co bądź rozpaczliwy zabieg od strony klatki piersiowej. A przecież na wynik miesienia serca ma rozstrzygający niemal wpływ czas, który upłynął od ustania czynności serca do początku miesienia. I rzeczywiście, na ogólną ilość 11 przypadków przywróconych zupełnie do życia zapomocą miesienia serca (2 metodą piersiową — 9 brzuszną), wykonano miesienie z jamy brzusznej otwartej już przedtem dla operacyi, 7 razy; w obydwóch moich przypadkach pomyślnych również dokonano miesienia w przebiegu laparotomii. Tu również należą przypadki, ocucone na razie, a zmarłe potem z przyczyn ubocznych: mój Nr. 4 (ostra niedokrwistość), i opisany wyżej przypadek Dra Glücksmanna (ileus paralyticus).

Po za szybkością wykonania w warunkach najmniejszego urazu, przemawia za metodą brzuszną i to, że dla niej najłatwiej stworzyć warunki wystarczającej aseptyki. O innych metodach nie da się to powiedzieć, i chorym ratowanym metodą piersiową i przeponową i na razie uratowanym grozi często śmierć z zakażenia osierdzia. Wreszcie przy metodzie brzusznej może jednocześnie być bez przeszkód stosowany oddech sztuczny już to sposobem Sylwestra, już przez ucisk od boków klatki piersiowej.

Za ważny warunek powodzenia akcyi ratunkowej za pomocą miesienia serca uważam to, by chory nie tracił ciepła. Pożądana jest ciepłota w sali conajmniej 22° C., a nawet wyższa. Zwracam uwagę na sprzeczność tego postulatu z otwieraniem okien, stosowanem szablonowo przy oddechu sztucznym, potrzebnym tu nieraz równocześnie. Zdaniem mojem należy dać pierwszeństwo zachowaniu ustrojowi ciepła, a dostateczną czystość powietrza zapewnić przez usunięcie z sali osób nie niezbędnych. Zresztą nieocenione usługi może w tych przypadkach oddać wdychanie tlenu. Pogląd mój znajduje poparcie w doświadczeniach Arabiana, któremu tem łatwiej przychodziło przywracać zwierzęta do życia przez miesienie serca, im bardziej zabezpieczał je od utraty ciepła, względnie ogrzewał. Najpomyślniejsze wyniki miał on wtedy, gdy ciepłota zwierzęcia, mierzona w odbytnicy, nie opadała podczas akcyi ratunkowej poniżej 38 - 40° C.

Wskazanie główne do stosowania bezpośredniego miesienia serca dają wypadki w przebiegu znieczuleń i uśpień operacyjnych. Rozróżniam tu dwie grupy. Po pierwsze nagłe i szybkie wystąpienie porażenia serca, zapadu (syncope), w tej formie, której, jak wiadomo, najtrudniej zapobiedz i nie można przewidzieć. Nagłe wystąpienie trupiej bladości, maksymalne rozszerzenie źrenic z zupełnem ustaniem czynności serca, oto główne objawy. Obraz ten stanowi, wobec znanej swej grozy i niemal nieuniknionej śmierci z nim związanej, wskazanie do **niezwłocznego przystąpienia do miesienia serca** drogą brzuszną.

Dalej ta postać ustania czynności serca, która powstaje wtórnie, po pierwotnem ustaniu ruchów oddechowych. Stosujemy tu naprzód oddech sztuczny, stale kontrolując czynność serca. Dopiero, gdyby czynność serca osłabła i wreszcie ustała pomimo wstrzyknięcia środków podniecających i miesienia przez ucisk rytmiczny klatki piersiowej w okolicy serca, występuje konieczność bezpośredniego miesienia drogą brzuszną. O ile się zdaje, ma parominutowe opóźnienie w tej postaci zapadu mniejsze znaczenie, niż w postaci pierwszej. Oddech sztuczny, niezależnie od miesienia, należy prowadzić dalej.

Ostrzegam tu przed błędnem stosowaniem miesienia serca przez ścianę piersiową w postaci uderzeń w nadbrzusze. Z klasycznych doświadczeń Golza wiemy, że powodować to może odruchowe porażenie serca, a nie podniecenie.

Ustanie czynności serca ma rozstrzygający wpływ na ustanie krążenia w ośrodkach nerwowych, w mózgu i rdzeniu. Są one, jak wiadomo, bardzo wrażliwe na niedokrwienie. Doświadczenia i spostrzeżenia Hayema, Barriera, Labordea, Batellego i innych przemawiają za tem, że ośrodki nerwowe znoszą brak krążenia krwi około 20 minut; — dłużej trwające niedokrwienie wiedzie do ostatecznej śmierci. Czas ten jest zapewne dłuższy, a zwłaszcza w warunkach klinicznych, gdyż niedokrwienie nie jest tu tak bezwzględne jak przy doświadczeniach np. z odcięciem głowy. Na przedłużenie tego czasu może mieć wpływ większy zasób tlenu, znajdującego się we krwi w poszczególnym przypadku. W każdym razie musimy poważnie liczyć się z tą wrażliwością układu nerwowego i jest to jeszcze jeden czynnik, który zmusza do tego, by możliwie spiesznie przystępować do ożywienia miesieniem czynności porażonego serca za wszelką cenę.

Z przeglądu piśmiennictwa i kazuistyki odnosi się wrażenie, że w tych przypadkach, gdzie przez bezpośrednie miesienie serca powiodło się na czas pewien przywrócić ruchy serca, a jednak po szeregu godzin występowała śmierć, — na pierwszy plan wysuwają się często skutki zmian w mózgu, wywołanych przez niedokrwienie. I ja miałem sposobność spostrzegać, że po ożywieniu serca przez miesienie pozostawało, jako wyraz zaburzeń w mózgu, zniesienie albo conajmniej zamroczenie świadomości. W jednym przypadku, zakończonym wyzdrowieniem (Nr. 6), było parodniowe zamroczenie świadomości, w drugim (Nr. 7), który w trzecim dniu zakończył się śmiercią prawdopodobnie z powodu zmian w płucach (ob. wyżej), chory ani na chwilę nie odzyskał zupełnej przytomności i okazywał oddech Cheyne-Stokesa.

Wzgląd powyższy ze swej strony zmusza również do jaknajszybszej decyzyi, czy do miesienia serca przystąpić czy nie.

Jak trudne może być postanowienie w przypadku poszczególnym, wie o tem każdy chirurg. W ciężkiej chwili zapadu będzie zawsze pokusą zachowanie się mniej energiczne: sztuczny oddech, wstrzykiwania, miesienie pośrednie przez ścianę piersiową. Z drugiej strony skuteczność bezpośredniego miesienia, tego »heroicznego środka« (Lenormant), jak dotychczas można ze spostrzeżeń wnosić, zawisła od warunku, że miesienie zastosowane zostanie przed

upływem 10 minut. Zawsze należy pamiętać, że obecnie już mamy podstawę, by uważać bezpośrednie miesienie serca za środek, uprawniony zarówno przez prace doświadczalne, jak i spostrzeżenia na chorych.

Historye chorób.

1) Paweł W., l. 38. Rozpoznanie: Carcinoma labii inferioris et mandibulae.

Był leczony poza kliniką przez kilka miesięcy promieniami Röntgena bez skutku. Powierzchowne zbliznowacenie i rozwój znaczny guza w głębi i gruczołach.

Leczenie: Dnia 3 II 1910 Exstirpatio labii inferioris et partis sinistrae mandibulae. Exstrpatio glandularum.

Dnia 7 II o godz. 9 wieczorem silny krwotok z rany szyjnej. Tamponada rany. Dnia 8 II o godzinie 2 po południu ponowny krwotok z nadżartej tętnicy szyjnej zewnętrznej. Mimo podwiązania tej tętnicy i wstrzykiwania roczczynu soli do żyły, śmierć śród objawów ostrej niedokrwistości.

Bezpośrednio po stwierdzeniu śmierci laparotomia i miesienie serca przez przeponę w ciągu 15 minut, bez żadnego skutku (Dr. Radliński).

2) Jan G. l. 17. Rozpoznanie: Angioma cavernosum dorsi.

Leczenie: 24. V 1910. Exstirpatio angiomatis. Resectio costae III et IV. partis dorsalis sinistrae extrapleuralis.

W chwili kiedy chory po skończonym zabiegu, przy którym utracił tylko nieznaczną ilość krwi, miał być przeniesiony na salę chorych, zauważono silne przesiąknięcie krwią opatrunku i szybko powstający obraz ostrej niedokrwistości (drgawki). Chory niespokojny, rzuca się. Zmiana opatrunku i silne wytamponowanie rany; przytem naderwano opłucnę. Odma opłucna. Rozczyn soli do żyły, kamfora podskórnie pozostały bez wpływu; niedokrwistość postępuje; śmierć w godzinę od chwili skończenia operacyi.

W 15 minut po ustaniu akcyi serca: laparotomia i miesienie serca przez przeponę (dr. Radliński) w ciągu 20 minut, bez żadnego skutku. Przepona niezbyt mocno napięta, serce leży wysoko (pneumothorax) i daje się ucisnąć tylko słabo.

Sekcya wykazała ostrą niedokrwistość.

3) Franciszek M. l. 49. Rozpoznanie: Hernia inguinalis dextra libera.

Leczenie: Operatio radicalis dnia 5 VII 1910. Zgojenie doraźne bez żadnych powikłań.

Dnia 20 VII. Chory ma w ciągu popołudnia opuścić klinikę. O godz. 11 przed południem ostateczna rewizya rany u chorego, leżącego jeszcze w łóżku. W $1^1/_2$ godziny potem, w chwili kiedy chory usiadł w łóżku, nagłe uczucie wielkiego osłabienia. W parę minut potem stwierdza lekarz trupią bladość twarzy, poty, oddech przyśpieszony, powierzchowny, tętno w tętnicy promieniowej tylko słabo wyczuwalne. Chory podaje słabym głosem, że w chwili siadania poczuł ostry ból w klatce piersiowej, jakby pęknięcie czegoś; jest przytomny, uskarża się na ból ugniatający w okolicy serca. Po kilku minutach brak tętna w tętnicy promieniowej, obok bladości sinica na twarzy i kończynach, oddech częstszy, bardziej powierzchowny, utrata przytomności. R o z p o z n a n o z a t o r t ę t n i c y p ł u c n e j.

Podano 0,5 kamfory podskórnie, tlen, sztuczny oddech. W 5 minut potem tętno w tętnicy promieniowej słabo wyczuwalne, przytomność powraca. Brak oddechu samoistnego. Tymczasem przewieziono chorego do sali operacyjnej i przy stałem dalszem stosowaniu sztucznego oddechu i tlenu wstrzyknięto do żyły 1,0 cm³ digalenu. We 20 minut od początku objawów chory zupełnie nie oddziaływa na wołanie, nie oddycha, tętno w t. promieniowej niewyczuwalne, tony serca niesłyszalne, źrenice rozszerzone równomiernie, brak oddziaływania na światło.

Laparotomia miesienie serca przez przeponę. (Dr. Radliński). Przepona wiotka. Serce wyczuwa się wyraźnie. Po krótkiej chwili słabe i rzadkie (kilka na minutę) skurcze serca samoistne. W ciągu następnych paru minut czynność serca staje się wyraźniejszą, energiczniejszą i regularną. Wprawdzie powierzchowne, ale samoistne ruchy oddechowe; chory odpowiada ruchami ust na wołania, źrenice średnio wązkie, oddziaływają słabo na światło. Sztuczny oddech i tlen stale dalej. Zaprzestano miesić serce.

W ciągu 5—6 minut staje się tętno w tętnicy promieniowej znowu niewyczuwalne, oddech samoistny nstaje, źrenice rozszerzają się. Przez przeponę czuć bardzo słabe pojedyncze skurcze serca. Ponowne miesienie serca z tym samym skutkiem jak i poprzednio. Powoli czynność serca coraz słabsza, ustaje wreszcie zupełnie mimo miesienia i ciągłego sztucznego oddychania, w $1^1/_2$ godzin po wystąpieniu objawów, po znacznie wcześniejszem ustaniu samoistnych ruchów oddechowych.

Sekcya zwłok wykazała obecność skrzepu w tętnicy płucnej w miejscu rozgałęzienia się pnia na dwie gałęzie główne. Oprócz tego: nieznaczna miażdżyca w tętnicy głównej, zwapnienie tętnic wieńcowych, włókniste ogniskowe zwyrodnienie mięśnia sercowego, torbiel wielkości jaja kurzego (echinococcus) w wątrobie. Zupełny brak skrzepów i zmian chorobowych w miejscu operacyi. Mimo ścisłego przeszukania żył otoczenia nigdzie nie znaleziono przypuszczalnego źródła zatoru.

4) Stanisław J. l. 27. Rozpoznanie: Icterus gravis causa ignota. (Neoplasma ductus choledochi? cholelithiasis?)

Leczenie: Chole-cyst-enteroanastomosis transmesocolica. Enteroanastomosis antemesocolica. Operacyę wykonano dnia 12 VI 1909. O godzinie 2 m. 22 po poł. wstrzyknięcie 0,14 tropakokainy w rozczynie $2^0/_0$ po poprzedniem wypuszczeniu 12 cm³ płynu mózgowo-rdzeniowego. O godz. 2 m. 27 po poł. otwarcie jamy brzusznej, w linii odpowiadającej środkowi prawego mięśnia prostego. W chwili wsunięcia ręki do jamy otrzewnej i badania dotykiem okolicy znacznie powiększonego i silnie napiętego woreczka żółciowego, okolicy odźwiernika i małej krzywizny żołądka, ustaje nagle oddech i czynność serca. Podskórnie kamfora, sztuczny oddech, tlen. Źrenice »ad maximum« rozszerzone nie oddziałują na światło, rogówki mętne, gałki oczne wiotkie.

Po jakichś 8 minutach stosowania sztucznego oddechu przezemnie osobiście, przekonawszy się, że drogi oddechowe są zupełnie drożne, oddaję prowadzenie dalszej akcyi ratunkowej asystentom, wychodzę z sali operacyjnej, zdejmuję płaszcz operacyjny i przystępuję do zwykłego mycia pooperacyjnego rąk, uznając przypadek za stracony. W tym czasie przychodzi mi na myśl, że warto byłoby zastosować tu jeszcze miesienie serca.

Po dostatecznem odkażeniu rąk, włożeniu czystego płaszcza operacyjnego, wracam do sali operacyjnej i znajduję stan niezmieniony, t. j. wszystkie wyżej wymienione oznaki śmierci operowanego. Po okryciu operowanego czystymi, wyjałowionymi kompresami, rozszerzam ranę pierwotną, wprowadzam prawą rękę pod przeponę, lewą kładę na klatkę piersiową na okolicę serca i rozpoczynam miesienie serca.

Podaję te szczegóły dla wykazania, jak długo pozostawał chory bez tętna i oddechu. Ściślej określić tego czasu nie mogę, gdyż zajęci akcyą ratunkową nie patrzyliśmy na zegarek.

Od czasu ustania czynności serca i oddechów, aż do chwili tej musiało upłynąć najmniej minut 10 do 12, a może i więcej. Dostęp do przepony jest utrudniony przez przyrośnięcie śledziony do lewej połowy przepony. Odrywam częściowo śledzionę od przepony i wyczuwam przez przeponę zupełnie wyraźnie serce. Już po jakichś $1^1/_2$ do 2 minut uczułem słaby jakby falisty skurcz serca, po kilkunastu sekundach drugi, potem trzeci i t. d.; ruchy te można by było nazwać drgnięciami; w ciągu dalszym czynność serca wyrażała się to silniejszymi jędrnymi skurczami, to ledwo wyczuwalnemi drgnięciami i ruchami. Następowały

one początkowo w dużych odstępach czasu, stawały się wreszcie coraz częstsze i regularniejsze, a po 6 minutach można było wyczuć zupełnie regularną, tylko trochę arytmiczną, znacznie przyspieszoną samoistną akcyę serca.

Tętno w tętnicy szyjnej i promieniowej wyraźnie wyczuwalne. Przez przeponę jednak wyczuć można skurcze serca znacznie częstsze, niż uderzenia tętna w tętnicy promieniowej. Liczbę skurczów serca określałem na jakieś 110—120. Tętno w tętnicy promieniowej nie przenosiło 90 na minutę.

Godzina 2 m. 54 popoł. Czynność serca staje się powolniejszą, ale skurcze silniejsze i zupełnie równomierne, około 70 na minutę; w t. promieniowej ciągle jeszcze nie każdy skurcz wyczuwalny.

Godzina 2 m. 56. Czynność serca bez zmiany, zupełnie dobra. Źrenice średnio rozszerzone, nie oddziałują na światło, odruchu rogówkowego brak, lewa rogówka bez połysku, prawa wygląda bardziej prawidłowo.

Godzina 3 m. 3. Zjawia się pierwszy samoistny oddech; sztuczny oddech i tlen, stosowane przez cały ten czas, stosuje się i nadal również energicznie.

Godzina 3 m. 9. Tętno 68, zupełnie dobre, oddechów na minutę samoistych 8.

Godzina 3 m. 55. Tętno 54, oddech samoistny prawidłowy, napięcie twarzy i »turgor« całego ciała dobry, źrenice oddziałują na światło, powrót jednak do świadomości tylko częściowy. Na wołanie odpowiada chory niewyraźnie, odczuwa ból i oddziaływa nań tylko w nieznacznym stopniu. Przy stale dobrem, samoistnem tętnie i oddechu przystąpiono do operacyi. Przy rewizyi jamy brzusznej znaleziono znaczną ilość krwi w okolicy nadbrzusznej (regio epigastrica); z odklejonej części przepony sączy się w większych ilościach krew; — tamponada. Część odźwiernikowa żołądka, okolica przewodów żółciowych i trzustka zrosłe w jedną zbitą masę. Rozpoznanie stanu tych narządów, jakości cierpienia i punktu jego wyjścia niemożebne; wobec tego zrobiono połączenie między woreczkiem żółciowym i jedną z górnych pętli jelita czczego (jejunum), przeciągniętą przez krezkę okrężnicy wstępującej i połączenie między ramieniem doprowadzającem i odprowadzającem tej pętli, w części jej, znajdującej się na wewnątrz od krezki jelita grubego. Koniec operacyi o godzinie 4 m. 20. W czasie zabiegu operacyjnego krwawiły silnie najmniejsze naczynia żylne, miąższowy silny krwotok z przeciętych ścian jelit (zmniejszenie krzepliwości krwi z powodu żółtaczki).

Świadomość, która po skończonej operacyi na krótki przeciąg czasu wróciła, zaczęła koło godziny 5. znikać, czynność serca stale się pogarszała i tętno było coraz słabsze, bardziej przyspieszone (120—140), oddech stawał się płytszy i przyspieszony. Chory blady coraz więcej; źrenice rozszerzyły się i przestały oddziaływać na światło. O godzinie 7 wieczorem drgawki ogólne z przejściem w tężec tylny, wzwód prącia, wytrysk nasienia, śmierć o godzinie 7 m. 30.

Sekcya wykazała małe kamyki żółciowe, wklinowane w przewód żółciowy wspólny; marskość wątroby; w jamie otrzewnej znaczna ilość krwi, również i w świetle jelit znaczna ilość płynnej krwi i bardzo dużo wypełniających jelita na znacznej przestrzeni skrzepów krwi. Przyczyna śmierci: ostra niedokrwistość.

5) Pan XX. l. 32. Rozpoznanie: Ulcus ventriculi occultum, stenosis pylori. Leczenie: Gastroenterostomia.

Dnia 30/IX 1908 uśpienie chloroformowe. W chwili wyciągnięcia żołądka przed powłoki brzuszne zapad (syncope). Brak zupełny czynności serca i oddechu, chory blady jak płótno, źrenice szerokie bez odczynu. Bezwłocznie sztuczny oddech, w czasie którego uległa zabrudzeniu chusta, włożona do wnętrza jamy brzusznej powyżej żołądka. Przy wyjmowaniu jej wprowadziłem rękę pod przeponę dla usunięcia stamtąd przypadkowo jednocześnie z chustą włożonego małego kawałka gazy i w tej chwili uczułem przez przeponę ruch, który sprawił na mnie wrażenie skurczu serca. Brak dalszego odczynu ze strony serca naprowadził mnie na myśl ponownego wprowadzenia ręki pod przeponę i wykonywania miesienia serca. Już po kilku sekundach zaczęło bić serce wyraźnie, oddech powrócił i mogłem w parę minut potem przystąpić do dokończenia operacyi z wynikiem dobrym.

Chory opuścił łóżko po 3 tygodniach w zupełnie dobrym stanie. Latem 1909 r. widziałem go po raz ostatni, jako zupełnie zdrowego człowieka.

6) Pani X. Y. l. 35. Rozpoznanie: Pyosalpinx ambilateralis. Myomata uteri. Adipositas universalis majoris gradus. Leczenie: Exstirpatio uteri.

Chorą tę operował Prof. Rosner, ja zaś mu asystowałem. Chora podała w wywiadach między innemi, że miewała częste napady osłabienia serca i bóle w jego okolicy. Jest bardzo nerwowa.

Dnia 21. III. 1910 r. Znieczulenie lędźwiowe. Wstrzyknąłem 0.11 rozczynu 2% tropakokainy. Ułożenie chorej na stole operacyjnym w położeniu Trendelenburga maksymalnem, tak, że chora leżała z głową prawie prostopadle opuszczoną na dół. Od chwili przybrania tego położenia silna sinica twarzy. Prof. Rosner otwarł jamę brzuszną cięciem od pępka do spojenia łonowego w linii środkowej i zaczął odłączać liczne zrosty pomiędzy macicą, a otaczającymi narządami.

Po jakichś 5—8 minutach od rozpoczęcia operacyi, t. j. mniej więcej w 10 minut po wstrzyknięciu tropakokainy, zaczęła chora oddychać coraz płycej, tętno słabło, szybka sinica wzmagała się, wystąpiła niemota, chora mogła poruszać tylko wargami, a nie mogła mówić nawet szeptem; na rozkaz oddychania głębszego otwierała tylko usta i nie mogła wykonać ruchów oddechowych, a w krótką chwilę po wystąpieniu tych objawów oddech i czynność serca ustały zupełnie. Wystąpiło zupełne zwiotczenie mięśni, źrenica była szeroka, nie oddziaływała na światło, zamgliła się, gałki oczne straciły napięcie, zwiotczały.

Chorą ułożono prawie poziomo z nieznacznie tylko obniżoną górną częścią tułowia dla uniknięcia niedokrwienia mózgu. Po przekonaniu się o drożności dróg oddechowych przystąpiono do sztucznego oddechu, tlen, kamfora. Po jakich 8—10 minutach od chwili ustania czynności serca postanowiłem wobec zupełnej bezskuteczności dotychczasowej akcyi ratunkowej zastosować miesienie serca. Rozszerzyłem cięcie brzuszne aż do mostka, wprowadziłem prawą rękę pod przeponę, lewą położyłem w okolicy serca na klatkę piersiową i zacząłem w wyżej opisany sposób miesić serce. Mimo, że chora miała silnie rozstawione łuki żebrowe i spłaszczoną przeponę, mogłem wyraźnie wyczuć serce i poddać je dostatecznemu uciskowi.

Dopiero po jakichś 3—4 minutach, które się wydawały wiecznością, uczułem pierwszy bardzo słaby skurcz serca. Przez kilka następnych minut występowały tylko pojedyncze, rzadkie skurcze. Stawały się one coraz wyraźniejsze, silniejsze i częstsze. Mam wrażenie, że pierwszych kilka skurczów miało charakter wyraźnie falowaty; przez cały ten czas stosowano tlen i sztuczny oddech. Po jakichś 12—15 minutach czynność serca stała się zupełnie samoistną i prawidłową, chora oddychała sama, napięcie twarzy i gałek ocznych wróciło, źrenica zwężyła się i zaczęła oddziaływać na światło, rogówka wypukliła się, nabrała prawidłowego połysku i wilgoci. Chora wróciła do zupełnej przytomności w jakieś 20—25 minut po rozpoczęciu miesienia serca.

Nie mogę określić ściślej czasu trwania wyżej wymienionych szczegółów: nikt z nas nie miał przy sobie zegarka i byliśmy zresztą tak bardzo zajęci akcyą ratunkową, żeśmy o ściślejszem oznaczeniu czasu nie myśleli.

W jakieś pół godziny po przyjściu do zupełnej przytomności chorą zachloroformowano i Prof. Rosner mógł dokończyć zabiegu wycięcia macicy. Operacya była bardzo ciężka z powodu zrostów z narządami małej miednicy

i trwała długo tak, że chora była przeszło godzinę w uśpieniu chloroformowem.

W dalszym przebiegu chora była w ciągu pierwszych dwóch dni po operacyi bardzo silnie podniecona, popadała kilkakrotnie w długotrwały szał, była prawie stale na wpół przytomną, mówiła bardzo dużo, niepoznawała otoczenia, spała bardzo niewiele. Do przytomności i świadomości zupełnej wróciła dopiero po pięciu dniach. Głównemi jej skargami były wówczas bóle prawie stałe w okolicy serca. Pierwsze dni po operacyi znikły z pamięci chorej najzupełniej.

Obecnie (lipiec 1910) pani X. Y. jest zupełnie zdrowa, stan nerwowy i umysłowy zupełnie prawidłowy, użala się tylko od czasu do czasu na nieznaczne bóle w okolicy serca.

7) Pan Z. Y. l. 48. Rozpoznanie: Carcinoma laryngis. Leczenie: Exstirpatio laryngis. Chory leczył się przed zgłoszeniem się do mnie przez ciąg kilku miesięcy u laryngologa, który też w kwietniu b. r. wykonał tracheotomię i nakłaniał chorego do operacyi, na którą jednakże chory się nie zgodził. W chwili zgłoszenia się do mnie między innymi objawami występował na pierwszy plan nieżyt płuc ze znaczną wydzieliną ropną; wielka pobudliwość do kaszlu, bardzo utrudnione wykrztuszanie, bardzo znaczne wyniszczenie ogólne i osłabienie. W tchawicy rurka tracheotomijna o bardzo małej średnicy Nr 4, wyłączającej możność swobodnego oddychania, a przedewszystkiem niedozwalającej na należyte wykrztuszanie. Chory nie zgadza się w żaden sposób na zmianę rurki.

Dnia 15. VII. wycięcie krtani w znieczuleniu wysokiem rdzeniowem. Wstrzyknąłem między VII kręgiem szyjnym a I piersiowym 0,07 tropakokainy w rozczynie 2%. Z początku operacyi stan chorego zupełnie dobry, oddech jednak stale mechanicznie utrudniony. Powoli staje się oddech coraz gorszy, tętno słabnie, początkowo tylko nieznacznie. Kamfora i nakaz silniejszego oddychania wywołuje poprawę oddechu, wobec jednak ponownego pogorszenia stosuję przez 1—2 m. sztuczny oddech przez ucisk na łuki żebrowe. Ponowna poprawa. Powtarza się to parokrotnie. Wreszcie czynność serca i oddech ustają zupełnie. Źrenica szeroka bez oddziaływania. Kamfora, sztuczny oddech, tlen — bez skutku. Po paru minutach postanawiam przedsięwziąć laparotomię i miesienie serca. Już po jakichś kilkunastu uciśnięciach uczułem przez przeponę skurcz serca, a w parę minut potem wróciły ruchy serca i oddechy, ale brak przytomności. Operacyę mogłem skończyć bez dalszego uśpienia. Po wstawieniu do kikuta tchawicy szerokiej rurki Nr 12 i zadrażnieniu wnętrza tchawicy piórkiem, wykrztusił chory za kilku nawrotami znaczną ilość wydzieliny ciągnącej się, ropiastej. Chorego znoszą ze stołu w stanie nieprzytomnym, nieprzytomność utrzymuje się stale i nadal. Tętno dobre, oddech prawidłowy. Chory odkaszliwa tylko za podrażnieniem mechanicznem wnętrza tchawicy. Chory sprawia wrażenie stale śpiącego, nie oddziaływa na wołanie, oczy zamknięte, źrenice oddziałują na światło tylko bardzo nieznacznie, są średnio szerokie, od czasu do czasu chory jęczy i robi próby wygodniejszego ułożenia się w łóżku.

Dnia 16. VIII. chory trochę przytomniejszy, na rozkaz otwiera oczy i pokazuje od czasu do czasu język, na zawołanie po nazwisku odpowiada silniejszym wdechem. Na pytanie, czy go co boli, rusza ustami. Pokaszluje sam dosyć często; na podrażnienie piórkiem tchawicy dłuższy, niż wczoraj kaszel. Wydzielina ropna w znacznej ilości zasycha w tchawicy mimo częstych wziewań; niedodma dolnych płatów płuc nieżyt, silniejszy niż przed operacyą. Odruchy ścięgien zachowane. Odczyn na podniety zewnętrzne skórne tylko nieznaczny, ale stale wyraźny. Pod wieczór wyraźne objawy aspiracyjnego zapalenia płuc. Dnia 17. VIII w nocy przestał chory zupełnie odkaszliwać i resztki świadomości znikły zupełnie. Niedodma dolnych części i górnych płatów płuc. W obydwóch dolnych płatach oddech zupełnie niesłyszalny. Oddech typu Cheyne-Stokesa. Śmierć bez odzyskania przytomności. Sekcyi nie było.

II.

Przyczynek do sprawy miesienia serca w świetle elektrokardyografii.

Podał

Dr med. Maryan Elger.

W pracy p. t. »O elektrokardyogramach przy rozmaitych rodzajach uśpienia« [1]), którą prof. Cybulski wraz ze mną przedstawił na Zjeździe chirurgów polskich w Warszawie w r. b., doszliśmy na zasadzie doświadczeń nad psami i żabami do wniosków następujących:

1) Pod wpływem chloroformu i eteru zmienia się charakter krzywej elektrokardyograficznej, a mianowice krzywa w okresie mechanicznego skurczu obu komór (względnie komory u żab) z dodatniej staje się zwykle ujemną. Zjawisko to świadczy o tem, że mięsień sercowy w czasie uśpienia chloroformowego lub eterowego traci zdolność do asymilacyi (anabolizmu) w okresie mechanicznego skurczu komór. Dodatniość bowiem krzywej dowodzi, że w okresie tym w sercu prawidłowem, np. u psów zachodzi słabo wyrażony proces przyswajania. U zwierząt zaś uśpionych proces ten nie występuje, przeciwnie krzywa wchodzi w sferę ujemną, co świadczy o rozpadzie cząsteczek w mięśniu sercowym.

2) Pod wpływem chloroformu i eteru występują częstokroć zmiany w rytmie: niemiarowość (arrhythmia), odchylenia nieprawidłowe i t. p.

3) Metoda elektrokardyograficzna może być uważana za kryteryum przedmiotowe, sprawdzian stanu serca nietylko przed, lecz również p o d c z a s c a ł e g o p r z e b i e g u u ś p i e n i a.

Ponieważ w doświadczeniach naszych, chloroformując psa, musieliśmy się uciec do miesienia serca, a więc do zabiegu, którego rzecznikiem jest prof. Kader, podaję tu, czyniąc zadość jego życzeniu, sprawozdanie z protokołu doświadczenia wraz z niektóremi krzywemi elektrokardyograficznemi.

D o ś w i a d c z e n i e z d. 29/VII 1910. Pies łaciasty, wagi 11'45 kg.

Zadaniem doświadczenia było wprowadzenie psu do dróg oddechowych bezpośrednio możliwie jak największej ilości chloroformu. W tym celu zastosowano metodę wdmuchiwania chloroformu, zbliżoną do »metody insuflacyjnej« używanej w chirurgii przez Meltzera. Do tchawicy mianowicie wprowadzono rurkę szklaną, połączoną z butelką, do której dolewano określone ilości chloroformu. Pompa ssącotłocząca wdmuchiwała poprzez butelkę powietrze nasycone chloroformem bezpośrednio do tchawicy, przyczem specyalne urządzenie pozwalało w każdej chwili przerwać wprowadzanie chloroformu, a natomiast wdmuchiwać powietrze czyste.

Prócz tego, ażeby uniknąć jakkichkolwiekbądź ubocznych wahań struny galwanometru Einthovena, zależnych od drgań lub skurczów mięśni tułowia, wstrzyknięto psu do żyły 11 cm 0·5% rozczynu kurary. Połączono z galwanometrem przednią łapę prawą i tylną lewą zapomocą stale przez nas używanych w tym celu długich mankietów z rur gumowych (rowerowych) wypełnionych nasyconym rozczy-

[1]) Porównaj sprawozdanie ze Zjazdu chirurgów polskich w Warszawie 1910 oraz »Medycyna i Kronika Lekarska« 1910.

nem siarczanu cynkowego; dno mankietu stanowił krążek cynku amalgamowanego, który to krążek zapomocą śrubki miedzianej pozwalał na wygodne połączenie mankietu gumowego z drutami galwanometru.

Krzywa elektrokardyograficzna psa przed uśpieniem, lecz po tracheotomii przedstawiała się, jak następuje:

Ryc. 1.



1. Elektrokardyogram psa przed uśpieniem. — 2. Czas. a b = $\frac{1}{10}$ sekundy. Uwaga: Odchylenia oznaczone są na rys. 3.

Krzywa ta jest bardzo zbliżona do prawidłowej krzywej psa, jednakże zaznaczyć należy wyraźnie występujące odchylenie dodatnie Θ jak również dwufazowe odchylenie T. Zazwyczaj u psów zupełnie zdrowych Θ nie występuje wcale, a część krzywej w okresie mechanicznego skurczu komór jest na poziomie zera, czyli, zwyczajnie mówiąc, przedstawia się jako linia prosta, koniec zaś skurczu T bywa bardzo mały i leży w sferze dodatniej. W danym przypadku zaś cały prawie okres skurczu mechanicznego komór, jak widzimy, jest dodatni, a ku końcowi staje się ujemny. Należało przeto mieć się, być może, już na baczności.

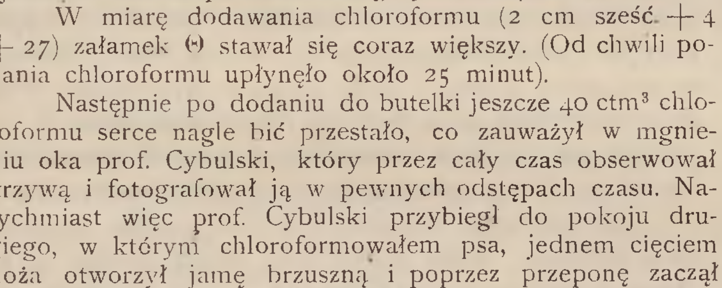
W miarę dodawania chloroformu (2 cm sześć. + 4 + 27) załamek Θ stawał się coraz większy. (Od chwili podania chloroformu upłynęło około 25 minut).

Następnie po dodaniu do butelki jeszcze 40 ctm³ chloroformu serce nagle bić przestało, co zauważył w mgnieniu oka prof. Cybulski, który przez cały czas obserwował krzywą i fotografował ją w pewnych odstępach czasu. Natychmiast więc prof. Cybulski przybiegł do pokoju drugiego, w którym chloroformowałem psa, jednem cięciem noża otworzył jamę brzuszną i poprzez przeponę zaczął miesić serce, które po kilkunastu sekundach (a może i później), kurczyć się zaczęło znowu, z początku nieprawidłowo (skutkiem mechanicznego drażnienia), jak świadczą o tem nietypowe odchylenia krzywej 2-giej. W dalszym przebiegu okazało się, że czynność serca szybko powróciła do stanu prawidłowego (czasu ściśle określić nie mogę). Fotografia, zdjęta później, a mianowicie po upływie 25 minut od chwili rozpoczęcia miesienia i wpuszczeniu do tchawicy powietrza czystego świadczy, że czynność jest zupełnie prawie prawidłowa i krzywa stała się bardziej zbliżona do prawidłowej, aniżeli nawet krzywa Nr. 1. Miesienie trwało krótko, minutę lub niewiele więcej.

Dodać należy, że pomiędzy chwilą zatrzymania się serca

Ryc. 2.

1-
2-

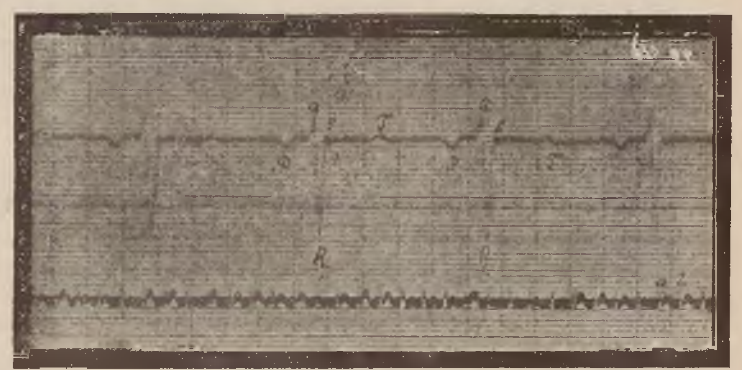


Elektrokardyogram tegoż psa chloroformowanego po cięciu brzusznem i miesieniu serca.

a miesieniem upłynęło kilkanaście, a może nawet kilkadziesiąt sekund, gdyż, ażeby dostać się do pokoju, w którym psa chloroformowano, trzeba było przebiedz kilkanaście metrów, następnie trzeba było chwycić nóż, leżący w szafce, i zrobić cięcie.

Ryc. 3.

1-
2-



1. Krzywa elektrokardyograficzna tegoż psa chloroformowanego, zfotografowana po upływie 25 minut po miesieniu serca. 2. Sygnał czasu + + okres mechanicznego skurczu komory (oznaczony schematycznie a b = 1/20 sek.)

Postanowiliśmy chloroformować psa nadal, ażeby przekonać się o wpływie miesienia. Po kilku minutach serce znowu przestało się kurczyć, struna galwanometru zatrzymała się. Z a s t o s o w a l i ś m y p o w t ó r n i e m i e s i e n i e s e r c a, które tym razem trwało kilka sekund. Serce zaczęło bić znowu. Chloroformowaliśmy nadal (+ 27 ctm) i otrzymaliśmy szereg krzywych, mniej więcej podobnych do krzywej następującej (Nr. 4).

Ryc. 4.

1-
2-



Krzywa elektrokardyograficzna tegoż psa chloroformowanego po dwukrotnem miesieniu serca.

Krzywa ta nie różni się zasadniczo niczem od krzywej, otrzymanej przed usypianiem. Załamek Θ jest tylko wyraźniejszy znacznie i krzywa w okresie skurczu mechanicznego jest bardziej dodatnia.

W końcu zaznaczyć należy, że w tym przypadku nie otrzymaliśmy zwykłego wyniku narkozy, mianowicie krzywa w okresie mechanicznego skurczu pozostała w sferze dodatniej, nie przechodząc w sferę ujemną.

Czy przypisać to miesieniu, tego na zasadzie jednego przypadku twierdzić nie można.

Objaśnienie, dlaczego na krzywej 2 występują dodatnie wielkie wychylenia, odwrotne do kierunku załamka R. (krzywej 1-ej), dlaczego na załamkach tych widzimy nieznaczne jakby rozdwojenia i t. d., postaramy się przedstawić wkrótce w »Przeglądzie lekarskim« przy omówieniu metody elektrokardyograficznej wogóle i jej wyników klinicznych.

Przypadek tu podany przedstawia w piśmiennictwie, o ile sprawdzić zdołano, jeden z pierwszych przyczynków

do badania wpływu miesienia serca przy zapadzie (syncope) zapomocą metody elektrokardyograficznej i przemawia bardzo na korzyść tej metody badania.

Fakt powrotu dzięki miesieniu do życia serca, znajdującego się w stanie pozornej śmierci, jest dawno znany. Metoda elektrokardyograficzna, jedna z najczulszych i dająca się zastosować nawet w tak trudnych, jak w danym przypadku, warunkach, prawie uniemożliwiających wszelkie inne rodzaje badania stanu serca, pozwoliła nam stwierdzić, że dzięki miesieniu serca powracają po zapadzie prawidłowe zupełnie skurcze serca.

Z kliniki chirurgicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego. (Dyrektor Prof. Dr B. Kader).

Leczenie operacyjne rozedmy płuc

podał

Dr Z. Radliński.

Zmiany, występujące nieraz już w młodym wieku u chorych z rozedmą płuc typu Freunda, polegają na osadzeniu się złogów wapiennych w chrząstkach żeber przeważnie górnych, na żółtawem zabarwieniu chrząstek i ich rozwłóknieniu. Przy nacięciu takie chrząstki stawiają nożowi opór znacznie większy od prawidłowego; twardsze od prawidłowych, są one jednocześnie mniej sprężyste i klatka piersiowa traci tę część swej ruchomości oddechowej, która zależy od giętkości chrząstek. Stwardnienie i zanik giętkości zmienionych chrząstek utrwala je mianowicie w ustawieniu wdechowem i cała klatka piersiowa stopniowo na stałe przybiera ustawienie wdechowe, staje się sztywnie rozszerzoną (starre Thoraxdilatation).

Te zmiany w chrząstkach występują przeważnie w żebrach II—III; sprawa może się rozwijać czasem jednostronnie i wtedy częściej po stronie prawej. Obok zmian w samych chrząstkach może wpływać na ograniczenie ruchomości klatki piersiowej zmniejszenie liczby żeber prawdziwych, a zwiększenie natomiast rzekomych, również przez Freunda opisane, a później spostrzegane i przez Gołubowa. Powstaje to w ten sposób, że chrząstki żeber, począwszy nawet już od IV., zlewają się ze sobą tak, jak to prawidłowo widzimy na żebrach VIII—X., i nie dochodzą do mostka każda z osobna. Powstająca tą drogą wielka masa chrząstkowa ma mniejszą sprężystość od sumy poszczególnych chrząstek wązkich, dochodzących do mostka.

Klatka piersiowa jest u takich chorych charakterystycznie beczkowato rozszerzona. Dolny obwód klatki jest szeroko rozpięty i wywiera stały rozciągający wpływ na mięsień przepony. Przepona ulega przez to rozciągnięciu i zanikowi z jednoczesnem spłaszczeniem kopuły; wskutek tego wyrównanie niedostatecznych ruchów klatki piersiowej przez wzmożoną czynność przepony staje się niemożliwem.

Równolegle z opisanemi zmianami w klatce piersiowej powstają w płucach zmiany anatomiczne: rozedma pęcherzykowa. Trwałe zmiany w płucach powstają późno po długiem trwaniu choroby i obejmują najprzód przednie brzegi płuc.

Freund upatruje przyczynowy związek pomiędzy zesztywnieniem klatki piersiowej a rozedmą płuc, jej objawami klinicznymi i zmianami następowemi. Uważa on za siedlisko przyczyny rozedmy chrząstki żebrowe, dotknięte opisanemi zmianami, i proponuje wobec tego uruchomienie zesztywniałej klatki piersiowej przez zabieg operacyjny. Wycięcie zmienionych chrząstek żebrowych 2—3 górnych żeber, około 2 ctm. z każdego (chondrotomia), miało w teoretycznem przewidywaniu Freunda w odpowiednich przypadkach korzystnie wpływać na przebieg kliniczny rozedmy płuc. Zdaniem Freunda należy przypadki do leczenia operacyjnego wybierać bardzo oględnie, ponieważ rzeczywiste pierwotne sztywne rozszerzenie klatki piersiowej zdarza się rzadko, a tylko takie przypadki nadają się do leczenia operacyjnego. W celu uniknięcia omyłek rozpoznawczych opracował Freund szczegółowo objawy kliniczne i metody badania, pozwalające wyróżnić tę postać rozedmy.

Według Freunda zdarza się ta postać chorobowa przeważnie u ludzi w sile wieku, poniżej lat 50, a nawet niekiedy w wieku młodym, w drugim i trzecim lat dziesiątku. Już przy oglądaniu klatki piersiowej wpada w oczy jej beczkowaty kształt ze zmniejszeniem wymiaru pionowego, a zwiększeniem wymiarów poprzecznych. Klatka piersiowa stale wygląda tak, jak klatka prawidłowa w chwili głębokiego wdechu. Szyja chorych jest krótka; uderza mała odległość pomiędzy chrząstką tarczowatą, a górnym brzegiem mostka. Nawet przy spokojnych ruchach oddechowych są wyraźnie czynne pomocnicze mięśnie oddechowe, w stosunkach prawidłowych używane tylko przy najgłębszym wdechu, a mianowicie przedewszystkiem mięśnie boczne szyi: mięsień mostkowo-obojczykowo-sutkowy i mięśnie pochyłe (scaleni); wypuklają się one na szyi, tem więcej, że stopniowo powstaje stały przerost tych mięśni. Praca m. m. pochyłych może być tak dalece wzmożoną, że pod jej wpływem pierwsze żebro ulega niekiedy złamaniu. Oddechy są częste i przybierają cechy ruchów skurczowych.

Już dotykając chrząstek żebrowych, można stwierdzić, że są twardsze, mniej giętkie przy ucisku, szersze w kierunku pionowym od prawidłowych i że mają nierówności na powierzchni. Dalej zapomocą wkłuwania igły (akidopeirastica) daje się stwierdzić w chrząstkach zmienionych większy opór zarówno przy wprowadzaniu, jak wyjmowaniu igły; nie otrzymuje się przytem wrażenia posuwania się w środowisku równomiernie sprężystem, lecz wyczuwa się chropowatości.

W późniejszych dopełniających pracach zwraca Freund uwagę na to, że zapomocą promieni rentgenowskich można w zmienionych chrząstkach stwierdzić złogi wapienne w poszczególnych miejscach, większą zbitość i mniejszą przepuszczalność dla promieni. Badając na ekranie rentgenowskim ruchy oddechowe i ustawienie przepony, widzi się zmniejszoną ruchomość przepony i spłaszczenie kopuły.

W wywiadach u chorych, dotkniętych czystą postacią rozedmy typu Freunda, nie spotyka się długotrwałych nieżytów oskrzeli z częstym uporczywym kaszlem, ani też objawów dychawicy oskrzelowej (asthma bronchiale); badania w kierunku skrętków Curschmanna i kryształów Charcot-Leydena wypadają ujemnie.

Na pierwsze miejsce wśród objawów wysuwa się utrudnienie oddychania i stopniowo rosnąca duszność, która potęguje się przy ruchach, wywołujących wzmożone zapotrzebowanie wentylacyi płuc. Względnie powoli przyłączają

się typowe powikłania, przedewszystkiem zmiany w płucach, dalej niedomoga sercowa, wreszcie i inne objawy na tle zastoinowem w narządach wewnętrznych. Freund sądzi, że wczesne uwolnienie płuca ze stanu napięcia wdechowego zdoła w przypadkach tej postaci rozedmy płuc przywrócić stosunki prawidłowe, właśnie dlatego, że zmiany stałe i utrata sprężystości w płucach powstają tu wtórnie i późno. Przeciwwskazania do zabiegu powstają z chwilą rozwinięcia się dalszych następstw, w późnych okresach choroby. Naturalnie istnieje cały szereg przejść pomiędzy przypadkami świeżymi, »wczesnymi«, o dobrem rokowaniu, a przypadkami cięższymi o rokowaniu wątpliwem, przy wskazanym jeszcze zabiegu, wreszcie przypadkami, gdzie długie trwanie choroby wysunęło na pierwszy plan nie dające się już usunąć zmiany w płucach i powikłania, gdzie każdy najmniejszy ruch wywołuje silną duszność i gdzie zabieg operacyjny staje się już przeciwwskazanym.

Pomimo tak ściśle już przez Freunda określonego obrazu chorobowego i wskazań do zabiegu, pomysł jego czekał na urzeczywistnienie około 50 lat, prawdopodobnie naprzód dlatego, że »czysty i wczesny« przypadek rozedmy typu Freunda spotyka klinicysta na ogół rzadko; dalej dlatego, że wskazanie do zabiegu operacyjnego staje się ze stanowiska internisty aktualnem w przypadkach wybitnych i ciężkich, opierających się już wszelakiemu leczeniu wewnętrznemu, t. j. tam, gdzie wszelki zabieg operacyjny sam przez się jest groźny. W tych przypadkach dalej posuniętych często są już przeciwwskazania, podniesione przez samego Freunda. A przecież z natury cierpienia dostrzeganie wskazań operacyjnych w danym przypadku rozedmy należy do internisty.

Dopiero nieliczenie się ściśle z przeciwwskazaniami i uzyskanie mimoto przynajmniej względnie pomyślnych wyników popchnęły sprawę naprzód.

Po raz pierwszy dokonał chondrotomii z powodu rozedmy płuc Hildebrandt w r. 1906.

1) Chory, l. 46, oprócz duszności z powodu rozedmy płuc miał już bardzo wybitne objawy wtórne: niedomogę sercową, bolesność i powiększenie wątroby, puchlinę brzuszną. Pojemność oddechowa (capacitas vitalis) płuc, określona spirometrem, wynosiła 800 cm^3. Hildebrandt wyciął w znieczuleniu miejscowem po $1^1/_2$ cm z chrząstek żeber II i III na razie tylko po prawej stronie. Wycięte chrząstki przedstawiały zmiany, odpowiadające postaci Freundowskiej, były twardsze, żółtawe, ze złogami wapiennymi, rozwłóknione. Po krótkotrwałej poprawie duszność u chorego powróciła; zmusiło to Hildebrandta do wykonania podobnego zabiegu po stronie lewej. Tym razem wycięto kawałki chrząstek z żeber II, III i IV. Chrząstki te, również jak prawe, okazały się zmienione. W chwili uwolnienia żeber, t. j. przecięcia ostatniego połączenia usuwanych chrząstek z otoczeniem, żebra odpowiednio do swego napiętego wdechowego ustawienia wykonywały ruch elastyczny, uwolniony koniec zbliżał się ku linii środkowej i opuszczał na dół. Ostateczny wynik był zadowalniający. Chory odzyskał swobodny oddech i czuł się dobrze. Sinica znikła. Pozostały bicie serca, bolesność wątroby, puchlina brzuszna. Pomiar spirometryczny wykazał obecnie pojemność oddechową 1400. Pomiary obwodu klatki piersiowej na wysokości sutków przy wydechu i wdechu z 95—97 cm. przed operacyą, wzrosły po operacyi do 95—102, t. j. różnica wahania oddechowego wzrosła z 2 do 7 cm. Obwód przy wydechu nie uległ więc zmianie, a tylko wzmogła się amplituda ruchu oddechowego.

2) Drugi przypadek, ogłoszony przez Mohra w roku 1907, był operowany dwurazowo z odstępem 6 tygodniowym przez Bramanna i Haaslera. Chory l. 46. Po stronie prawej usunięto część chrząstek żebra II i III, po lewej II, III, IV, V. Wycięto kawałki chrząstek wraz z przylegającemi częściami kostnemi żeber. Zaraz po uwolnieniu żeber wykonywały one ruch sprężysty ku wewnątrz i w dół. O zmianach w chrząstkach wzmianki niema. Wynik operacyi pomyślny. Różnica obwodu klatki przy wdechu i wydechu dosięgła liczby prawidłowej (5 cm.). Granice płuc od przodu nie uległy zmianie, od tyłu podniosły się z XII kręgu na XI. Nieżyt oskrzeli zmniejszył się. Chory oddycha swobodniej.

3) Trzeci przypadek, operowany przez Seidla w 1907, uważany jest przez niego za typową »wczesną operacyę«. Chory l. 50, z powodu wzmagającej się duszności zmuszony zaniechać pracy, udał się do szpitala w celu uzyskania orzeczenia, pozwalającego na emeryturę. Seidel dokonał tylko z jednej (prawej) strony chondrotomii żeber I—V, przyczem podnosi techniczną wykonalność wycięcia chrząstki I żebra bez przepiłowania obojczyka. Chrząstki makroskopowo i mikroskopowo przedstawiały opisane przez Freunda zmiany. Żebra przy uwolnieniu wykonywały ruch sprężysty ku linii środkowej i w dół. Wynik operacyi bardzo pomyślny. Pojemność oddechowa płuc z 2000 wzrosła po zabiegu do 2700 cm^3; granice płuc pozostały od przodu niezmienione (na VII żebrze), od tyłu podniosły się z XII na XI krąg. Chory wraca do pracy, może bez duszności wchodzić na III piętro, bez duszności przebiega 300 metrów.

4) Czwarty przypadek, operowany i ogłoszony przez Stiedę w r. 1907, dotyczył chorego l. 51; zabieg wykonano jednorazowo na obu stronach; wycięto chrząstki II, III i IV żebra; chrząstki były zmienione. Ruchu elastycznego uwolnionych końców żeber ku wewnątrz i w dół nie zauważono. Wynik pomyślny, zarówno co do czynności, jak i co do dających się stwierdzić zmian na lepsze. Granice płuc od przodu podniosły się z VIII żebra do VI międzyżebra, a od tyłu »z XII kręgu do poziomu XI żebra«. Przesuwalność dolnej granicy o 1 cm. od tyłu i przodu. Rozszerzalność obwodu klatki piersiowej na poziomie sutków z 1 cm. przeszła na 3 cm. (z $^1/_2$ na 2 pod pachami). Pojawiło się małe stłumienie sercowe.

5) Piąty przypadek operował Ślęk w r. 1908. Chory l. 55; silna duszność, sinica, obrzęki, białko w moczu. Zabieg jednorazowy dwustronny. Wycięto chrząstki II, III i IV żebra; chrząstki przedstawiały zmiany, opisane przez Freunda. Po uwolnieniu żeber końce ich, pchane siłą sprężystą, odsunęły się k u z e w n ą t r z i na dół. Przebieg pooperacyjny powikłany znacznem wzmożeniem się nieżytu oskrzeli, co wywołało zarówno duszność i męczący kaszel, jak i osłabienie czynności serca. Odpowiednimi środkami opanowano to powikłanie, a dalszy przebieg pooperacyjny był gładki. Wynik pomyślny. Zarówno duszność, jak sinica, obrzęki i białkomocz znikły. Rozszerzalność obwodu na poziomie sutków wzmogła się z $2^1/_2$ do 4 cm. Chory wraca do pracy.

6) W tymże roku operował Stich mężczyznę 44-letniego, od 3 prawie lat cierpiącego na znaczną duszność i silny kaszel z obfitą plwociną; chory mógł ujść zaledwie parę kroków i był niezdolny do pracy. Znaczne wychudzenie, sinica; klatka piersiowa beczkowata, jej rozszerzalność zaledwie kilka milimetrów. Granice płuc obniżone, prawie nieruchome. Pojemność oddechowa 1600 $cm.^3$.

Operacya I w uśpieniu mieszanką Billrotha. Resekcya części chrząstek I—V żebra po stronie prawej z usunięciem tylnej ochrzęstnej. Żebra po uwolnieniu wykonały ruch sprężysty ku wewnątrz i w dół, a więc przeszły z ustawienia oddechowego ku wydechowemu. Zmian w chrząstkach nie zauważono. Po operacyi na razie znaczna poprawa, potem znów pogorszenie wskutek obostrzenia nieżytu oskrzeli. Sam chory żąda operacyi po drugiej stronie. Operacya II zupełnie taka sama, jak pierwsza, — po stronie lewej. Przebieg również pomyślny. Badanie po $2^1/_2$ miesiącach wyka-

zało: ruchomość płuc wzmogła się, rozszerzalność z paru milimetrów doszła do 5 cm., a pojemność oddechowa wzrosła do 2000—2500 cm. Chory niema duszności, może chodzić, zamierza wrócić do pracy, jako murarz.

7) Również w 1908 r. operował z powodu silnej rozedmy Cohn mężczyznę 45-letniego. Nieruchomość granic płuc, silne rozszerzenie serca, zastój w żyłach obwodowych, Pojemność oddechowa 1500. Operacya jednostronna (prawa). Resekcya II—V żebra na granicy kości i chrząstek po 3 cm. z usunięciem tylnej okostnej i ochrzęstnej. Wynik zarówno bezpośredni, jak i późniejszy — bardzo pomyślny. Pomiarów brak. W wyciętych chrząstkach stwierdzono zmiany, opisane przez Freunda.

8) W r. 1909 ogłosił Gottstein swój przypadek, dotyczący chorej 56-letniej. Od lat 25 cierpi ona na kaszel i wzmagającą się duszność. W ostatnich czasach znaczne pogorszenie. Chora może tylko siedzieć, nie może się położyć. Operacya jednostronna po stronie prawej. Usunięto kawałki chrząstek II i III żebra i częściowo chrząstkę I żebra, przyczem naderwano opłucną. Wynik pomyślny, szczególnie wyraźny przy ponownem badaniu chorej po pół roku. Rozszerzalność obwodu klatki piersiowej 2 cm. ponad sutkami wzmogła się do 6 cm., pojemność oddechowa z 2000 na 2500 cm.^{3}. Znaczne widoczne uruchomienie klatki piersiowej, oddychanie łatwiejsze; możność dłuższego chodzenia, a nawet wchodzenia na schody.

Procz tego znajduje się jeszcze w piśmiennictwie: wzmianka o 5 przypadkach V. d. Veldena, operowanych z powodu sztywnego rozszerzenia klatki piersiowej — bez szczegółów[1]), oraz przypadki w piśmiennictwie angielskiem (Goodmann-Wachsmann), francuskiem (Lambret) i włoskiem (Borgherini i Grimaldi), których szczegóły nie były mi dostępne.

W ciągu r. szkolnego 1908/9 operował prof. Kader w klinice krakowskiej 2 przypadki rozedmy płuc. Żaden z tych przypadków nie przedstawiał cech typu Freunda i za wskazanie operacyjne uznał prof. Kader tylko znaczne ograniczenie ruchomości klatki piersiowej i, co za tem idzie, upośledzenie wydatności każdego ruchu oddechowego. Oba przypadki dotyczyły ludzi w średnim wieku, u których na pierwszy plan występowała duszność i brak tchu, zwłaszcza przy ruchach. Ze strony serca nie było w żadnym z tych przypadków zmian pierwotnych, któreby mogły być przyczyną tego stanu, natomiast ze strony płuc były objawy kliniczne, cechujące rozedmę znacznego stopnia; obniżenie dolnych granic, ich nieruchomość, zmiany odgłosu opukowego, objawy przewlekłego rozległego nieżytu oskrzeli. U pierwszego chorego kształt klatki piersiowej nie przedstawiał nic swoistego, u drugiego był wybitnie beczkowaty.

Świadome odstępstwo od zasad Freunda w wyborze przypadków do operacyi rozszerzył prof. Kader i na sposób postępowania operacyjnego. Zamiast chondrotomii paru górnych żeber, wykonano resekcyę części kostnych. Dążąc do jak największego uruchomienia klatki piersiowej, wydłużono linie resekcyi i wycięto w pierwszym przypadku żebra II—V, w drugim od II do X. Resekcyi dokonywano nie z małych poprzecznych cięć, przebiegających ponad każdem resekowanem żebrem, ale z cięć dużych podłużnych, idących ponad wszystkiemi żebrami, przeznaczonemi do wycięcia. Wyniki operacyi były pomyślne, co widać z następujących wyciągów historyi chorób:

1) Chory 49-letni, robotnik rolny. Z powodu duszności przy każdym silniejszym ruchu nie może już od $1^1/_2$ roku pracować. Częsty kaszel z utrudnionem wykrztuszaniem plwociny. Wybitna sinica twarzy i błon śluzowych. Mały (wielkości orzecha włoskiego) wól węziny gruczołu tarczowego (struma isthmi), nie mogący mieć żadnego wpływu na oddychanie. Miażdżyca tętnic obwodowych.

W znieczuleniu lędźwiowem tropakokainą (0,08) naprzód wycięto wola, poczem dokonano na żebrach zabiegu dwustronnego. Po stronie lewej wycięto kawałki chrząstek z żeber II—V, po prawej kawałki kostne odpowiednich żeber, długości po $2-2^1/_2$ cm. W chrząstkach nie było zmian Freundowskich. Żebra w chwili uwolnienia nie wykonywały wogóle żadnego ruchu. Części chrząstkowe po jednej, a kostne po drugiej wycięto dla porównania warunków technicznych jednego i drugiego postępowania; łatwiejszem i umożliwiającem dokonanie resekcyi każdego żebra na większej przestrzeni — okazało się wycięcie kości żebra.

Już zaraz po przeniesieniu na salę chorych z sali operacyjnej podaje chory, że mu lżej oddychać. W pierwszych dniach po operacyi silne wzmożenie się nieżytu oskrzeli z gorączką i dusznością. Podano środki wykrztuśne i sercowe. Powikłanie pomyślnie minęło i dalszy przebieg pooperacyjny gładki. Rany zagoiły się doraźnie. Wynik pomyślny; zarówno przy opuszczaniu kliniki, jak w 10 tygodni później, badanie chorego stwierdziło znaczną poprawę stanu podmiotowego i zmniejszenie się duszności, zupełnie jednak duszność nie ustąpiła. Granice płuc nie uległy zmianie, natomiast przesuwalność ich dolnego brzegu z $^1/_2$ cm. wzrosła do całej szerokości żebra. Obwód klatki piersiowej na poziomie sutków wynosił przed operayą 85, po operacyi 86 cm., a więc powiększył się o 1 cm. Również powiększenie obwodu (o 2 cm) wystąpiło na obwodzie pod pachami (86—88). Rozszerzalność obwodu klatki piersiowej, mierzona na poziomie sutków przy silnym wdechu, wzrosła z 2 cm. na 3.

Ponowne badanie chorego w 14 miesięcy po zabiegu wykazało: duszność tylko nieznaczna. Chory powrócił do lżejszych zajęć około domu. Twarz blada, ale sinicy nie widać. Oddechów na minutę 28. Rozszerzalność klatki piersiowej na poziomie sutków $3^1/_2$ cm. Natomiast poprzednio stwierdzane pooperacyjne rozszerzenie obwodu klatki piersiowej zmalało na poziomie pod pachami do $86^1/_2$ cm., na poziomie sutków do 84 cm. Pomiary spirometryczne przed operacyą nie były robione; wykonane teraz wykazują pojemność oddechową 2000, powietrze oddechowe 300—400 cm.^{3}.

2) Górnik, 32-letni, od lat 20 ma kaszel i trudność oddychania, która tak się wzmogła w ostatnich latach, że musiał porzucić pracę. Klatka piersiowa wybitnie beczkowata, szyja krótka. Widoczny udział mięśni szyjnych w oddychaniu. Oddechów na minutę 24. Sinica. Drżenie oczu (nystagmus). Częsty męczący kaszel z bardzo trudnem wykrztuszaniem plwociny.

Zabieg obustronny w znieczuleniu lędźwiowem (trop. 0.11). Wycięto z obu stron kawałki żeber od II – VI w częściach wyłącznie kostnych tuż przy przejściu w chrząstki, po $2^1/_2$ cm. Przy uwolnieniu żadnych ruchów żeber nie zauważono. Wieczorem w dzień operacyi dostrzeżono po stronie lewej duży krwiak w obrębie zaszytej rany. Szwy zdjęto, krwiak usunięto, okłuto krwawiącą gałązkę międzyżebrową. Ranę z powrotem zaszyto; mały sączek z gazy w dolnym końcu rany. Dalszy przebieg gojenia się gładki.

Znaczne zmniejszenie duszności, które chory zaraz po operacyi zauważył, ustąpiło niebawem miejsca pogorszeniu wskutek obostrzenia się nieżytu oskrzeli, co trwało około tygodnia. Gorączka, wyraźna trudność w wydalaniu zalegającej plwociny, plwocina gęsta, ropiasta, cuchnąca. Poda-

[1]) Tenże v. d Velden ogłosił ostatnio monografię p. t. »Der starr dilatierte Thorax«, Stuttgart 1910. Oprócz wspomnianych wyżej opisuje 5 dalszych swoich przypadków i daje ocenę współczesnego stanu sprawy. V. stoi ściśle na gruncie wskazań Freunda. (Dopisek w korekcie).

wano środki wykrztuśne, sercowe, wdychanie pary, tlen. Powikłanie pomyślnie minęło.

Zabieg nie dał spodziewanego wyniku. Wobec duszności wprawdzie mniejszej, ale jeszcze bardzo uciążliwej, zgodził się chory na ponowny zabieg operacyjny w 9 tygodni po pierwszym.

W planie zabiegu uwzględnił prof. Kader dodatkowo szczegół następujący. Ponieważ duszność wzmagała się po jedzeniu, a zwłaszcza w większej ilości, wskutek tego, że wypełniony żołądek, nawet zupełnie prawidłowo, jak w naszym przypadku działający, unosi przeponę i tamuje jej ruchomość przy oddechu, przeto można było przypuszczać, że przyśpieszenie opróżniania się żołądka poza ramy fizyologiczne może na duszność wywrzeć wpływ korzystny. Ponieważ chory z powodu niezamożności zmuszony jest odżywiać się pokarmami o mniejszej wartości odżywczej, lecz w dużych na raz ilościach, okoliczność ta bardziej jeszcze zyskiwała na znaczeniu.

Dla przyspieszania odpływu treści żołądka do jelit wykonał prof. Kader naprzód gastroenterostomię tylną zaokrężniczą z przeciwrobaczkowem ustawieniem pętli jelita cienkiego (gastroenterostomia retrocolica posterior antiperistaltica modo Kader). Wykonano otwór łączący długości około 7 cm. Następnie dokonano dalszego uruchomienia ściany klatki piersiowej. Tym razem wycięto chrząstki żebrowe na przestrzeni około 2 - $2^1/_2$ cm. z każdego z żeber od VII—X ze strony prawej, t. j. od dolnego końca pierwotnej linii operacyjnej do brzegu łuku żebrowego. Wycięte chrząstki wyglądały zupełnie prawidłowo. Przebieg pooperacyjny pomyślny, oprócz nieznacznego ropienia w ranie na żebrach. Wynik ostateczny dobry. Duszność znacznie mniejsza, powracająca tylko jeszcze przy silniejszych i szybszych ruchach. Wzmaganie się duszności po jedzeniu ustąpiło zupełnie, w czem wyraził się dodatni wpływ gastroenterostomii.

Obwód klatki piersiowej, mierzony w stanie spokojnego wydechu na poziomie wyrostka mieczykowatego, wynosił przed pierwszą operacyą 88 cm., po pierwszej $87^1/_2$, po drugiej 85 cm. Rozszerzalność klatki piersiowej na tymże poziomie z $2^1/_2$ cm. wzrosła do $4^1/_2$ cm.

Pomiary spirometryczne, dokonane w zakładzie fizyologicznym prof. Cybulskiego i pod jego kierunkiem, wykazały pojemność oddechową przed pierwszą operacyą 2100 cm^3, po drugiej operacyi 2600. Ilość powietrza oddechowego z 200—300 cm. przed operacyą, wzrosła po operacyi do 350—400 $cm.^3$.

Liczba operowanych, a zwłaszcza liczba ściślej zbadanych i opisanych przypadków jest, jak widzimy, bardzo nieznaczna; mimo to już obecnie upoważniają one do wniosków ogólniejszego znaczenia.

Przedewszystkiem należy stwierdzić, że we wszystkich przypadkach uzyskano wynik pomyślny, niezależnie od tego, jaką postać rozedmy poddawano leczeniu operacyjnemu, i że sam zabieg nie wystawia chorego na poważniejsze niebezpieczeństwo, a więc opłaca się w każdym razie przez ulgę, którą chorym przynosi. Wyniki były pomyślne pomimo, że nie zawsze trzymano się warunku, by w danym przypadku był rozpoznany ściśle Freundowski typ rozedmy płuc i odbiegano nieraz od wskazań przez Freunda podawanych.

W przypadkach klinicznie czystego Freundowskiego typu należałoby oczekiwać zawsze zmian w usuwanych chrząstkach, tymczasem znaleziono je przy operacyi tylko w 5 przypadkach. Usiłowań rozpoznania ich przed zabiegiem, czy to za pomocą obmacywania, czy też nakłuwania (akidopeirastyki), nie spotykamy u żadnego z autorów-operatorów.

Jeżelibyśmy dalej za konieczny warunek pomyślnego wyniku przyjęli sztywne ustawienie klatki piersiowej w położeniu wdechowem, to żebra po naruszeniu ich ciągłości przez operacyę, musiałyby zawsze w chwili przecięcia odbywać ruch sprężysty i przechodzić ze stanu wdechowego podniesienia do wydechowego opuszczenia. Wolny odśrodkowy koniec żebra musiałby zawsze mieć skłonność do ustawiania się w powstałej przez resekcyę przerwie, ku wewnątrz i w dół. Tą bowiem drogą przy »sztywnem rozszerzeniu klatki piersiowej« powinnoby nastawać zmniejszenie jej pojemności i, co za tem idzie, zmniejszenie napięcia płuc. Równolegle z tem opadaniem uwolnionych końców żeber ku wewnątrz i w dół przy operacyi, powinienby obwód klatki piersiowej po operacyi być mniejszy, niż przed operacyą.

Przegląd przypadków operowanych nie daje pod tym względem bynajmniej jednolitego obrazu. Sprężyste ustawianie się wolnych końców żeber w dół i ku wewnątrz spostrzegano tylko 4 razy, a raz jeden spostrzeżono nawet cofnięcie się końca żebra ku zewnątrz i w dół; w opisie innych przypadków na szczegół ten nie zwracano uwagi; w naszych przypadkach nie było wcale tego objawu.

Co do pomiarów obwodu, dokonywano ich ściśle zaledwie w 4 przypadkach i w tych raz jeden stwierdzono pooperacyjne zwiększanie się obwodu (nasz pierwszy przypadek), 2 razy obwód pozostał bez zmiany, a zmniejszył się tylko raz jeden, (nasz drugi przypadek). Natomiast we wszystkich przypadkach zgodnie stwierdzono pooperacyjne zwiększenie się rozszerzalności obwodu przy ruchach oddechowych (np. z 2 cm. na 7, z $2^1/_2$ na 4, z 1 na 3), w naszych przypadkach w jednym z 2 na $3^1/_2$, w drugim z $2^1/_2$ na $4^1/_2$ cm., — jako wyraźny skutek uruchomienia klatki piersiowej. Również we wszystkich przypadkach, gdzie robiono pomiary spirometryczne, stwierdzono wzrost zarówno pojemności oddechowej, jak powietrza oddechowego.

Pomyślny skutek operacyi, uzyskany nietylko w przypadkach rozedmy płuc typu Freundowskiego i nietylko w przypadkach, operowanych ściśle podług metody i w rozmiarach, podanych przez Freunda, nasuwa mimowoli myśl, czy nie należy rozszerzyć pierwotnych wskazań Freunda zarówno na przypadki z dalej posuniętemi zmianami w postaci Freundowskiej, jak i na pewne przypadki rozedmy płuc wogóle. Przedewszystkiem chodziłoby mi o to, czy nie można zasady operacyjnego uruchomienia klatki piersiowej i wzmożenia przez to wydatności ruchów oddechowych zastosować w przypadkach rozedmy płuc pierwotnie pęcherzykowej.

Nie uważam za wskazane kusić się o operacyjne leczenie rozedmy płuc u osób w podeszłym wieku, ze staremi dalej posuniętemi zmianami nietylko w płucach, ale i w zależności od zmian płuc, także i w innych narządach. Rokowanie każdego wogóle zabiegu u chorych w tym stanie przedstawia się zbyt poważnie. Sądzę natomiast, że u ludzi młodszych i w wieku średnim, nie przekraczającym około 50 lat, leczenie rozedmy pierwotnej płuc przez operacyjne uruchomienie klatki piersiowej może dać wyniki dodatnie.

Przy rozedmie płuc pochodzenia płucnego brak tchu

i duszność powstaje wskutek tego, że zmniejsza się amplituda każdego oddechu i mniejsza ilość powietrza do płuc się dostaje. To zmniejszenie się amplitudy polega na tem, że płuco na stałe pozostaje w pewnym stopniu wdechowego rozszerzenia i nie może być przez wydech prawidłowo zmniejszone. A więc występuje upośledzenie wydechowej fazy każdego ruchu oddechowego, pomimo iż pozornie cierpią i skarżą się chorzy na utrudniony wdech. Jeżeli ułatwimy wydech przez uruchomienie ściany klatki piersiowej, możemy powiększyć amplitudę każdego oddechu i poprawić warunki wentylacyi płuc. W związku z tem zmniejszać się może skutek niedostatecznej wentylacyi — uczucie duszności.

Ograniczona ruchomość oddechowa klatki piersiowej przy rozedmie płuc jest objawem znanym oddawna. Wyniki operacyjnego uruchomienia klatki, wskazują zdaje się na to, że istnieją typy unieruchomienia w ustawieniu zarówno wdechowem, jak i wydechowem. Do takich należeć będą przypadki, gdzie po operacyjnem uruchomieniu klatki piersiowej nastąpiło powiększenie się obwodu. Dopiero dalsze szczegółowe badania na obfitszym materyale będą mogły sprawę tę wyświetlić.

Na razie nasuwają się nam wskazania operacyjne dla przypadków rozedmy płuc o wybitnych objawach podmiotowych, (duszność, trudność oddechu), u osób, jak powiedziałem, nie przekraczających lat około 50. Za główne i bezpośrednie wskazanie operacyjne uważać należy unieruchomienie czynnościowe klatki piersiowej.

Wiemy, że prawidłowa rozszerzalność klatki piersiowej przy silnym wdechu i wydechu, mierzona w płaszczyźnie poziomej na wysokości sutków, powinna wynosić około 5 cm. Dotychczasowe spostrzeżenia przemawiają zdaje się za tem, że obniżenie tej liczby do 2 cm., a tem bardziej poniżej 2 cm., należy uważać za wskazanie do operacyjnego uruchomienia klatki piersiowej.

Również cenne wskazówki co do ruchomości klatki piersiowej, a właściwie co do wydatności ruchów oddechowych, dają pomiary spirometryczne. Prawidłowa pojemność oddechowa płuc (capacitas vitalis), t. j. ilość powietrza, którą po najgłębszym wdechu można przez najgłębszy wydech z płuc wydalić, wynosi 3500—3700 cm.^{3} (Landois). Liczba ta obniża się przy rozedmie równolegle ze stopniowem obniżeniem wydatności ruchów oddechowych. Dotychczasowe doświadczenia przemawiają za tem, że wskazania do zabiegu operacyjnego występują w tych przypadkach, gdzie pojemność oddechowa płuc spadła poniżej 2000 cm.^{3}.

Zapomocą spirometru możemy również określić ilość powietrza wprowadzanego do płuc i wydalanego przy spokojnem oddychaniu, t. j. tak zwane »powietrze oddechowe«.

Prawidłowo wynosi ono około 500. Przy nieruchomości klatki piersiowej liczba ta spada i dojść może, jak dowodzi jeden nasz przypadek, do 200 cm.^{3}. Znaczne obniżenie ilości powietrza oddechowego również stanowi wskazanie do zabiegu. Cyfry granicznej na podstawie doświadczeń dotąd zebranych podać nie mogę.

Zapomocą metod powyższych uzyskujemy wskazówki, że ruchy oddechowe klatki piersiowej są ograniczone i mało wydatne tak, że pożądane być może ich rozszerzenie, powiększenie ich wydatności przez nadanie klatce piersiowej większej ruchomości.

Na drodze operacyjnej da się uruchomienie osiągnąć przez naruszenie ciągłości żeber albo w obrębie ich części chrząstkowych, albo kostnych. Który z tych sposobów uzyska przewagę, trudno na razie przewidzieć. Za chondrotomią przemawia okoliczność, że po wycięciu chrząstek żebrowych odrodzenie tkanki chrząstkowej z pozostałej ochrzęstnej następuje bardzo trudno, albo wcale nie następuje, jak to stwierdzono z okazyi dokonywanej w ostatnich latach t. zw. kardyolizy (Brauer). Za wycinaniem części kostnych przemawiać może prostsza technika i również nieznaczne odradzanie się kości w razie, jeżeli się przy operacyi usunie przednią okostną żebra, a pozostawi tylko tylną, oraz jeżeli przebieg będzie aseptyczny, t. j. bez ropienia, dającego bodziec do rozrostu tkanki kostnej z pozostawionej okostnej. Przytem kostnej części żebra można wyciąć więcej i uzyskać większe uruchomienie.

Ważniejszą zdaje się być sprawa rozległości dokonywanych resekcyi. Mianowicie wycinanie części czy to chrząstkowych, czy kostnych z dwu, trzech lub czterech żeber, jak to przeważnie dotychczas robiono, daje klatce piersiowej ruchomość mniejszą, niż zaprojektowane i wykonane przez prof. Kadera wycięcie kawałków żeber od II do łuku żebrowego w linii sutkowej, a więc do żebra X włącznie. W rzeczy samej, wycięcie kawałków z paru tylko górnych żeber pozostawia nietkniętą tę przeszkodę do ruchu całej połowy klatki piersiowej, jaką stanowią sąsiednie górne i dolne, nieoperowane żebra. Żebra operowane są w uzyskanej ruchomości ograniczone przez napięcie części miękkich, wiążących je z żebrami nietkniętemi i co najwyżej możliwe jest odcinkowe (segmentalne) uruchomienie operowanej połowy klatki, największe w środku wysokości operowanego odcinka, t. j. największą ruchomość uzyskują żebra, leżące najdalej od żeber nienaruszonych. Natomiast uruchomienie będzie, rzecz prosta, o wiele większe, jeżeli z całej wysokości przedniej powierzchni klatki piersiowej zostaną usunięte kawałki żeber. Można bowiem wyobrazić sobie, że łuki żebrowe oprócz prawidłowego stawu przy kręgosłupie otrzymują nowy sztuczny staw w pobliżu mostka. Wskutek tego może się zwiększyć ten składnik oddechowego wzrastania pojemności klatki piersiowej, który powstaje wskutek przejścia płaszczyzny, w której leży żebro przy wydechu, pochyłej od linii środkowej na dół i ku zewnątrz, do płaszczyzny bardziej poziomej. Wreszcie uruchomienie klatki piersiowej aż do łuku żebrowego zmniejsza napięcie przepony i może ułatwiać jej bierny udział w ruchach oddechowych ściany brzusznej, mianowicie umożliwiać może głębsze wpuklanie się kopuły przepony do klatki piersiowej.

Nasuwa się teraz pytanie, czy operować tylko jednostronnie, czy też dwustronnie, oraz czy z obu stron odrazu. Jednostronne operacye okazywały się niewystarczające. W tych przypadkach, gdzie ze względu na stan ogólny chorego dokonano na razie operacyi jednostronnie, musiano po kilku tygodniach operować po drugiej stronie i dopiero wtedy uzyskiwano wynik zadowalniający. Czy wobec większego uruchomienia klatki piersiowej przy sposobie prof. Kadera nie będzie wystarczać operacya jednostronna, ale obejmująca żebra II—X, na razie przewidzieć się nie da. Można jednak przypuszczać, że tylko dwustronny a dwurazowy zabieg w całej pełni da to, czego się po uruchomieniu klatki piersiowej można spodziewać.

Obustronny jednoczasowy zabieg uważam za przeciwwskazany. Z 4 w ten sposób operowanych chorych 3 przebyło po operacyi mniej lub bardziej groźne pogorszenia sprawy nieżytowej w oskrzelach. Jestto rzeczą zrozumiałą wobec odruchowego (ból) zatamowania ruchów wykrztuśnych. Prócz tego warunki wykrztuszania z płuc, które po uruchomieniu klatki piersiowej ulegają na razie mniejszemu napięciu, zapadnięciu się i zaciśnięciu dróg wyprowadzających w obrębie drobnych oskrzeli, stają się mniej pomyślne, mechanicznie trudniejsze i to może wywoływać zaleganie wydzieliny. Przewidzieć, jakie skutki takie zaleganie może wywołać, czy ograniczy się do oskrzeli, czy wywoła zapalenie płuc, jest trudno, szczególnie wobec upośledzonej przez cierpienie główne czynności serca. Wobec tego należy ograniczać się na razie do zabiegu jednostronnego, po drugiej zaś stronie może zabieg być wykonany po 5—6 tygodniach.

Technika operacyjna nie jest trudna, chociaż znacznie trudniejsza, niż technika typowych resekcyi żeber przy sprawach ropnych w opłucnej. Tam leży pod tylną okostną żebra zapalnie zgrubiała opłucna, łatwo razem z okostną dająca się oddzielić od żebra; nieumyślne naddarcie jej wywołuje conajmniej przedwczesne wylanie się wysięku i daje obraz »mniej ładnego« operowania. Tu sprawa przedstawia się inaczej. Tylna okostna żebra wraz z prawidłową opłucną stanowią warstewkę cienką, przeświecającą, przez którą widoczne są ruchy płuca. Nienaruszenie tej warstewki przy oddzielaniu jej od tylnej powierzchni żebra jest zawsze możliwe, ale wymaga operowania ostrożnego i, co bardzo ważne, narzędziem o odpowiedniem wygięciu. To samo można powiedzieć o wycinaniu chrząstek żebrowych z tym dodatkiem, że można tu sobie zadanie ułatwić, zbierając chrząstkę warstwowo od przodu za pomocą łyżkowatych ostrych kleszczy (Luera). Skaleczenia opłucnej i wywołania przez to odmy piersiowej należy unikać; przypadek Gottsteina poucza nas jednak, że jednostronna odma nie jest i w tych przypadkach zbyt poważnem powikłaniem; należy tylko przez spieszne zatkanie otworu nie dopuścić do zupełnego zapadnięcia się płuca. Na wypadek wystąpienia w tym razie groźniejszych objawów, byłoby pożądanem mieć pod ręką gotowy do użytku aparat typu Brauera do wytwarzania ciśnienia wzmożonego wewnątrz płuca (Ueberdruckapparat).

Zgodnie z propozycyą Königa (jun.) dla przypadków kardyolizy, należy i tu, o ile usuwamy kostne części żeber, resekować je nie podokostnie, ale razem z przednią okostną; ma to zapobiegać powstawaniu na nowo tkanki kostnej. Technicznie chyba najłatwiej jest wykonać to w ten sposób, że po zwykłej podokostnej resekcyi żebra usuwamy zapomocą szczypczyków i nożyczek te pozostałe w związku z miękkiemi częściami resztki okostnej, które odpowiadają przedniej okostnej powłoce żebra. Silić się o usunięcie tylnej okostnej jest technicznie bardzo trudne, a nie konieczne.

Ponieważ z każdego żebra należy wyciąć niewielki kawałek — około 2—3 cm — niema potrzeby prowadzić osobnego cięcia skórnego nad każdem żebrem. Wystarczający dostęp daje cięcie podłużne lub trochę skośne ku zewnątrz i w dół, przebiegające mniej lub więcej równolegle do mostka ponad żebrami, przeznaczonemi do resekcyi.

Sprawa znieczulenia nabiera w przypadkach operacyi rozedmy płuc o tyle poważniejszego znaczenia, że zarówno chloroform, jak i eter, są przeciwskazane przy osłabionej czynności serca, zastoinowych zmianach w nerkach, oraz nieżycie oskrzeli. Dotychczas operowano w tych przypadkach przewanie w znieczuleniu miejscowem podług Schleicha. Jest to jednak postępowanie kłopotliwe i długotrwałe, a przedewszystkiem nie zapewniające zupełnego znieczulenia okostnej. W najważniejszym okresie operacyjnym, wymagającym spokojnego zachowania się chorego, t. j. przy oddzielaniu tylnej okostnej, bolesność jest właśnie największa. Oba nasze przypadki operowano w znieczuleniu lędźwiowem tropakokainą, które i w tych przypadkach, zarówno jak i przy tylu innych zabiegach na klatce piersiowej, okazało się zupełnie wystarczającem. Dawka w jednym z naszych przypadków wynosiła 0.08, w drugim 0.11 tropakokainy w rozczynie 2%.

Wreszcie parę słów o przeciwwskazaniach do zabiegu. Wyżej nadmieniłem, że nie uważam za właściwe kusić się o operacyjne leczenie chorych w wieku podeszłym ze staremi zmianami w płucach i z daleko posuniętemi zmianami w innych narządach na tle zastoinowem. Nie należy jednak w przypadku skądinąd odpowiednim nadawać istnieniu wtórnych zmian w narządach znaczenia rozstrzygającego przeciwwskazania, ponieważ po zabiegu operacyjnym niejednokrotnie spostrzegano ich zmniejszanie się, (np. obrzęków, białkomoczu), a nawet znikanie.

Piśmiennictwo. 1) Blauel. Zur Technik der Cardiolysis. Centralbl. f. Chir. 1907. N 33. — 2) Cohn. Zur Operation des Lungenemphysems. Deutsche med. Woch. 1908 N. 10. — 3) Freund. Zusammenhang gewisser Lungenkrankheiten mit primären Rippenknorpelanomalien. Erlangen 1859. — 4) Freund. Thoraxanomalien als Prädispos. zur Lungenphthise u. Emphysem. Therap. d. Gegenwart. 1902 styczeń. — 5) Freund. Beiträge zur Behandlung der tuberc. Lungenspitzenphthise und des alveolären Emphysems durch operative Mobilisation des in der oberen Apertur stenosierten und des starr dilatierten Thorax. Münch. med. Woch. 1907. N. 48. — 6) Golubow. Zur Aetiologie d. Lungenemphysems. Deutsche med. Wochenschr. 1903 N. 40—41. — 7) Gottstein. Ein Fall von operiertem Lungenemphysem. Berl. klin. Woch. 1909. M. 16. — 8) Küttner. W sprawie kardyolizy — przemówienie w dyskusyi na Zjeździe Chirurgów w Berlinie 1907 (Verhandl. d. deut. Ges. f. Chir. 1907. Część I. str. 13). — 9) König (jun.). Zur Technik der Kardiolysis. Centralbl. f. Chirurg. 1907 N. 27. — 10) Mohr. Zur Patholog. und Therapie des alveolären Lungenemphysems. Berlin. klin. Woch. 1907 N. 27. — 11) Müller. Streszczenie zbiorowe w Centralblatt f. die Grenzgeb. d. Med. u. Chir. 1908 N. 9. — 12) Pässler u. Seidel: Beitrag zur Patholog. u. Therapie des alveol. Lungenemphys. Münch. med. Woch. 1907. N. 38. — 13) Rath. Ein Beitrag zur Freundschen Thoraxoperation bei Lungenemphysem. Deut. Zeitschr. für Chirurg. T. 99 str. 403. — 14) Ślęk. Przegląd lekarski 1908 N. 29, 30. — 15) Stich. Deut. med. Wochenschr. 1908. N. 49. — 16) Stieda. Über die chirurg. Behandlung gewisser Fälle v. Lungenemphysem. Münch. med. Woch. 1908 N. 48. — 17) Welz. — Operative Behandlung d. Lungenemphysems bei starrem. Thorax. Zeitschr. f. aerztl. Fortbild. 1909. 19 (ref. Ctb. f. Chir. 1910. N. 4). — 18) v. d. Velden. Zur Emphysemoperation. Münch. med. Woch. 1908. N. 44 str. 2301. — 19) Zesas. Zur Pathologie und chirurg. Ther. des alveolären Lungenemphysems. Deut. Zeitschr. f. Chir. T. 103 str. 516. Cytuje bez bliższych szczegółów przypadki: Goodmanna, Wachsmanna, Lambreta, Borgherini, Grimaldi.

Z kliniki chirurgicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego.
(Dyrektor Prof. Dr. B. Kader).

W sprawie wpływu przetoki żołądkowo-jelitowej (gastroenterostomii) na czynnościową sprawność żołądka w przypadkach niezłośliwych zwężeń odźwiernika.

Podał
Dr Józef Nüssenfeld
asystent kliniki

Kiedy w r. 1881 Wölfler ogłosił po raz pierwszy sposób wykonywania sztucznej przetoki żołądkowo-jelitowej, t. zw. gastroenterostomii, nadmienił już wówczas przewidująco, że istnienie tego nowego połączenia między żołądkiem a jelitem cienkiem wywoływać musi zmiany czynnościowe w żołądku, zmiany, na razie dokładnie wprawdzie jeszcze nieznane, z czasem zapewne jednak dające się wykazać.

Już od samego początku stosowania gastroenterostomii sprawa ta rzeczywiście była przedmiotem licznych badań już to klinicznych, już to doświadczalnych. Rozpatrując odnoszące się do tego piśmiennictwo, stwierdzić można, że tak spostrzeżenia kliniczne, jakoteż i specyalne doświadczenia dążyły do uzyskania pewnych wskazówek w dwu kierunkach:

I) Jaki jest wpływ gastroenterostomii na czynność ruchową żołądka?

II) Czy i ewentualnie jaki jest wpływ tego zabiegu na chemizm trawienia żołądkowego?

Co do wyników badań w sprawie wpływu istniejącej przetoki żołądkowo-jelitowej na ruchową sprawność żołądka daje się stwierdzić znaczna różnica zdań rozmaitych autorów: jedni twierdzili, że po założeniu przetoki żołądkowo-jelitowej pokarmy znacznie szybciej dostają się do dolnych odcinków przewodu pokarmowego (Kreuzer, Sahli), aniżeli w warunkach fizyologicznych, inni zaś (Kausch) utrzymywali, że czas ten odpowiada stosunkom prawidłowym, lub nawet jest dłuższy. Nawet nowsze badania, przeprowadzone zapomocą prześwietlań promieniami Röntgena już to na ludziach z przetoką żołądkowo-jelitową, już to na operowanych zwierzętach, nie wyświetliły tej sprawy zgodnie, gdyż jedni wykazywali, że przy istniejącej drożności odźwiernika treść pokarmowa przesuwa się dalej jedynie przez odźwiernik, a przetoka jest bezcelową (Kelling, Cannon), inni zaś twierdzili, że pokarmy przechodzą jedynie przetoką żołądkowo-jelitową. Dopiero w najnowszych czasach wykazał Payr przyczynę tej zasadniczej różnicy zapatrywań. Zdaniem Payra chodzi nie o sam fakt istnienia przetoki żołądkowo-jelitowej, lecz o przyczynę jej wytworzenia, o wskazanie do jej wytworzenia, słowem o stan odźwiernika; inną jest bowiem droga pokarmów przy zwężeniu (wzgl. niedrożności) odźwiernika czy to stałem, anatomicznem (np. przy zwężeniu bliznowatem), czy to czasowem (np. skurczowem), a inną przy drożności odźwiernika mniej lub więcej zachowanej. To zapatrywanie swoje opiera Payr w części na doświadczeniach Cannona, Shoemakera, Kellinga, poczęści na spostrzeżeniach klinicznych (Neuhaus), opartych w przeważnej części na prześwietlaniu promieniami Röntgena. Na podstawie tych doświadczeń i spostrzeżeń twierdzi Payr, że tylko przy niedrożności odźwiernika, powstałej czyto przez skurcz (pylorospasmus), czy wskutek bliznowatych zaciągnień (np. w następstwie owrzodzeń), pokarmy obierają drogę przetoki, która też w całej swej szerokości utrzymuje się, w razie drożności zaś odźwiernika, czyto już od początku istniejącej — np. gdy założono przetokę żołądkowo-jelitową w przypadku niedomogi i rozszerzenia żołądka, — czyto przywróconej po zabiegu — np. wskutek ustępowania skurczeń odźwiernika — przetoka zmniejsza się coraz bardziej, aż wreszcie staje się niedrożną.

Pamiętając podawane przez różnych autorów teorye (Neuhaus), dotyczące przyczyny tego zniesienia drożności przetoki przy przywróconej lub od początku istniejącej drożności odźwiernika, Payr, podobnie jak dawniej Tavel, proponuje nawet operacyjne wyłączenie odźwiernika, jako warunek utrzymania drożności przetoki, — co znacznie wcześniej polecał Eiselsberg, jakkolwiek z innych wskazań.

W każdym razie jest rzeczą pewną, że w tych przypadkach, gdzie do wytworzenia przetoki żołądkowo-jelitowej były wskazaniem zwężenia odźwiernika, przetoka ta, stwarzając nową drogę dla pokarmów, przyspiesza opróżnienie się żołądka, znosi zaleganie treści i, co za tem idzie, usuwa objawy przez to zaleganie wywołane.

Dalsze badania w tej sprawie doprowadziły do wniosku, że istnienie przetoki żołądkowo-jelitowej nie pozostaje również bez wpływu na drugą ważną czynność żołądka, t. j. na chemizm trawienia żołądkowego. Przeważna część autorów zgodnie stwierdza, że chemizm żołądka ulega zmianie po założeniu przetoki żołądkowo-jelitowej; różnią się jednak sposobem tłómaczenia tych zmian, tych odstępstw od typu, który uchodził za prawidłowy. Jösslin i Rosenberg stwierdzają wybitne zaburzenia wessania; zdaniem ich upośledzenie wessania w tem ma swą przyczynę, że przez przetokę dostaje się naraz do jelita cienkiego ilość pokarmów znaczniejsza, aniżeli w prawidłowych warunkach; tutaj ulega zobojętnieniu nie cała ich ilość i w niedostatecznej mierze, nie spełnia się więc warunek konieczny do wessania; podobnie ma się rzecz z tłuszczami, które, zdaniem Rosenberga, nie ulegają przejściu w stan zawiesiny w zasadowej treści jelita, gdyż treść ta zostaje zobojętniona przez spływający przetoką kwaśny sok żołądkowy. Rosenheim, Kaensche, Mintz i i. są tego zdania, że istnienie przetoki żołądkowo-jelitowej o tyle wpływa na zmianę chemizmu żołądkowego, że przetoka, przyspieszając opróżnianie się żołądka, jest przyczyną obniżenia się wzmożonej poprzednio kwaśności.

Omawiając wpływ przetoki żołądkowo-jelitowej na chemizm trawienia żołądkowego, niepodobna nie uwzględnić wyników doświadczeń Katzensteina; badacz ten przeprowadził doświadczenia na 7 psach, u których wytworzył przetokę żołądkowo-jelitową i to częścią przednią (antecolica anter.), częścią tylną (retrocol. post.). — Badacz ten stwierdził, że trawienie żołądkowe ulega wybitnej zmianie, wywołanej zmienionym składem treści żołądkowej; we wszystkich bowiem przypadkach zauważył obecność żółci i soku trzustkowego w żołądku; zjawienie się zaś tych składników w żołądku wpływa w znacznym stopniu na treść żołądkową i to w dwojakim kierunku. Z jednej strony zetknięcie się żółci i soku trzustkowego, oddziałujących zasadowo, z pepsyną, niszczy jej działanie, z drugiej zaś strony zasadowa żółć i sok trzustkowy zobojętniają kwaśną wydzielinę gruczołów błony śluzowej żołądka, tak że stopień kwaśności soku żołądkowego zostaje wybitnie obniżony

a nawet treść żołądkowa w niektórych przypadkach przybiera odczyn zasadowy. Nietylko jednak chemicznym jest wpływ zasadowej żółci i soku trzustkowego na kwaśny sok żołądkowy; Katzenstein wykazuje bowiem, że samo pojawienie się żółci i soku trzustkowego w żołądku zmniejsza na drodze odruchowej sprawność wydzielniczą gruczołów błony śluzowej żołądka; i ten właśnie czynnik uważa Katzenstein za zasadnicze mający znaczenie w leczeniu wrzodu żołądka przez zakładanie przetoki żołądkowo-jelitowej, w przeciwieństwie do innych badaczy, którzy znaczenie gastroenterostomii upatrywali w przyspieszeniu opróżniania się żołądka i obniżaniu na tej drodze wzmożonej poprzednio kwaśności.

Inni badacze zgadzają się z Katzensteinem co do tego, że istnieniu przetoki żołądkowo-jelitowej towarzyszy obecność żółci i soku trzustkowego w żołądku (Kausch, Kelling, Neuhaus); różnica między zapatrywaniami poszczególnych autorów jest ta, że jedni utrzymują, iż obecność tych wydzielin w żołądku jest objawem nieustępującym od wykonania gastroenterostomii, inni zaś (Neuhaus), że objaw ten występuje nie zawsze, nie we wszystkich przypadkach, a w tych przypadkach, gdzie zrazu istniał, z biegiem czasu znika. To znikanie żółci w żołądku w niektórych przypadkach po pewnym czasie tłómaczy Neuhaus zgodnie ze swoją teoryą o czasowem tylko istnieniu drożności przetoki. Zdaniem jego przetoka utrzymuje się tylko w czasie niedrożności odźwiernika, a gdy ta niedrożność (np. w razie czasowego skurczu odźwiernika) ustępuje, przetoka zaczyna się zacieśniać, a z czasem nawet się zamyka, równo zaś z nastaniem jej niedrożności znika także i żółć wraz z sokiem trzustkowym z żołądka.

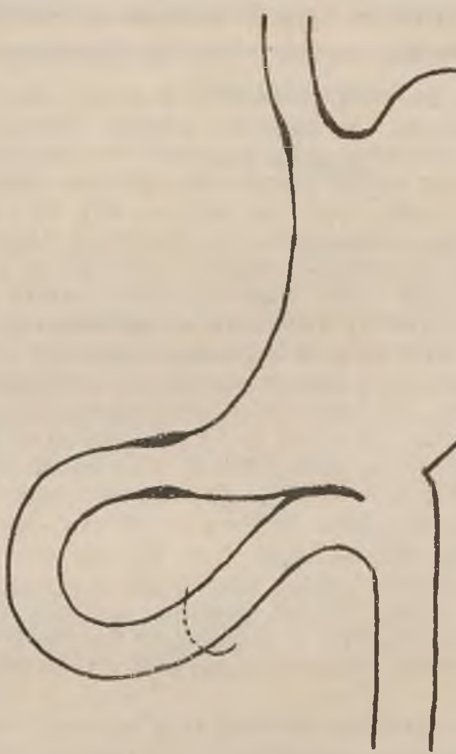
Tak więc jakość wpływu przetoki żołądkowo-jelitowej na trawienie żołądkowe jest jeszcze przedmiotem roztrząsań, opartych na coraz to nowych spostrzeżeniach, a sprawa ta budzi żywe zajęcie klinicystów z tego względu, że może ona nie być obojętną przy wyborze sposobu chirurgicznego leczenia wrzodu żołądka.

Wobec doniosłości tej sprawy podjąłem w krakowskiej klinice chirurgicznej badania treści żołądkowej u chorych, operowanych z powodu niezłośliwego zwężenia odźwiernika, u których zabieg polegał na założeniu przetoki żołądkowo-jelitowej tylnej (gastroenterostomia posterior antiperistaltica) sposobem prof. Kadera.

Od r. 1899 w niektórych przypadkach, od r. 1902 zaś systematycznie stosowana przez prof. Kadera modyfikacya gastroenterostomii polega na następującem: Zakłada się przetokę w najniżej położonej okolicy żołądka antyperystaltyczną, szeroką na 6—9 cm., z krótką pętlą jelita doprowadzającego. Z prawego brzegu przetoki przy jelicie doprowadzającem tworzy się t. zw. ostrogę w świetle przetoki, stanowiącą rodzaj wentyla, który, sterczące do światła przetoki, zmniejsza je i przez to ma na celu zapobiedz wpływaniu treści (żółci i soku trzustkowego) z odcinka doprowadzającego do żołądka. Równocześnie zaś ostroga ta ma ułatwiać przedostawanie się treści już to z żołądka do odcinka doprowadzającego, już to z pętli doprowadzającej wprost do odcinka odprowadzającego. (Patrz rys.).

Badania moje, przeprowadzone w 14 przypadkach, tyczyły się głównie odczynu treści, obecności wolnego kwasu solnego i obecności żółci. Nie mogłem stwierdzić stanu w dłuższy czas po operacyi, t. zw. wyniku ostatecznego (»Spätresultate« autorów niemieckich), gdyż chorzy nasi mimo kilkakrotnych wezwań listownych nie zjawiali się (znaczna liczba zamiejscowych). Z tej to przyczyny badania te przeprowadzałem przeważnie w krótki stosunkowo czas po zabiegu (t. zw. wyniki wczesne, »Frühresultate« autorów niemieckich), a termin ten w przeważnej liczbie przypadków waha się w granicach od 16 dni do $3^1/_2$ miesięcy; w jednym przypadku upłynął termin 3-letni, w jednym 2-letni, w jednym 7-miesięczny.

Badania moje dotyczyły treści wydobywanych na czczo, po śniadaniu próbnem, po obiedzie próbnym; technika badań, oparta na powszechnie używanych odczynach, nie wymaga dokładniejszego opisu. Również nie ma powodu przytaczać tu historyi chorób, a wystarczy nadmienić, że w 11



W świetle przetoki żołądkowo-jelitowej widoczna klapa, która przeszkadza żółci w przedostaniu się do żołądka, z drugiej zaś strony, odchylając się ku dołowi, zacieśnia dostęp do doprowadzającej pętli i przez to ułatwia treści żołądkowej dostanie się wprost do pętli odprowadzającej.

przypadkach chodziło o zwężenie odźwiernika przyrody łagodnej, bliznowate, w dwu przypadkach o rozszerzenie żołądka na tle niedomogi, w jednym zaś o skurcz odźwiernika (pylorospasmus).

Uwzględniając wyniki naszych badań należy zaznaczyć, co następuje:

a) We wszystkich przypadkach stwierdzono kwaśne oddziaływanie treści.

b) Zabarwienie wydobytej treści było prawidłowe. W jednym tylko przypadku zabarwienie wskazywało na obecność żółci; dokładniejsze badanie jednak w tym kierunku wykazało obecność żółci w 6 przypadkach, atoli w małej ilości, tak, że próba wypadała niezbyt wyraźnie, nigdy zaś nie wywoływała nieprawidłowego zabarwienia treści żołądkowej, ani też zmiany w odczynie na słabo kwaśny lub zasadowy.

c) Wolny kwas solny stwierdzono w 11 przypadkach wyraźny i przy kilkakrotnych próbach, w 2 zaś przypadkach próba wypadała w jedne dni dodatnio, w in-

ne ujemnie; w jednym przypadku próba co do wolnego HCl była wprawdzie ujemna, produkta jednak trawienia świadczyły o obecności kwasu solnego związanego. Przypadki te, w których obecność wolnego HCl była niezawsze stałą, godne są zaznaczenia z tego względu, że wtedy gdy wolnego HCl nie było, stwierdzano obecność żółci.

d) Obecność żółci wśród badanych 14 przypadków stwierdzono, jak wspomniałem, w 6 przypadkach; w 3 przypadkach obecność żółci była objawem stałym, z tego w 2 przypadkach obecności jej w żołądku towarzyszyły wymioty, a do tych przypadków wrócę jeszcze poniżej.

W innych 3 przypadkach była obecność żółci objawem niestałym. We wszystkich jednak przypadkach, w których stwierdzono obecność żółci, treść żołądkowa oddziaływała wybitnie kwaśnie.

Z przypadków, w których stwierdzono żółć w treści żołądkowej, zasługują na wzmiankę trzy następujące:

1) Chorą 32-letnią poddano z powodu długoletnich objawów niedomogi i rozszerzenia żołądka zabiegowi, polegającemu na założeniu przetoki żołądkowo-jelitowej sposobem, używanym zwykle w krakowskiej klinice. Mimo operacyi przykre objawy (wymioty) utrzymywały się i były po 3-letniem trwaniu wskazaniem do powtórnej laparotomii, w czasie której stwierdzono drożność przetoki na 4 palce; przyczyną objawów były prawdopodobnie zrosty dokoła przetoki, które wywołały utworzenie się stożkowatego uchyłka i pociągały cały żołądek, wywołując wymioty i bóle.

2) Chory 21-letni, operowany z powodu objawów zwężenia odźwiernika. Przy laparotomii stwierdzono skurcz zwieracza odźwiernika (sphincter pylori) ze znacznym przerostem mięśnia i z tego powodu powstałą niedrożność odźwiernika, który był drożny zaledwo dla opuszki palca. Pooperacyjne badania wykazały: HCl wolny obecny, żółci brak, innym zaś razem HCl wolnego brak, żółć obecna. Przypuszczalnie więc skurcz odźwiernika zaczął ustępować, gdy jednak jeszcze wracał, działała przetoka, założona w czasie operacyi, a przez nią żółć w małej ilości dostawała się do żołądka, w razie zaś drożności odźwiernika żółci w żołądku nie było.

3) Chora 36-letnia, operowana z powodu objawów zwężenia odźwiernika. Laparotomia wykazała zwężenie bliznowate. Założono przetokę żołądkowo-jelitową, różniącą się o tyle od innych w klinice zakładanych, że nie była antyperystaltyczną [1]). Chora mimo zabiegu nie doznała ulgi, wymioty utrzymywały się nadal. W 7 miesięcy po zabiegu zgłosiła się na klinikę. Tutaj dokonane badanie treści wykazało: odczyn kwaśny, wolny HCl obecny, żółć obecna wybitnie. Z powodu utrzymujących się obfitych wymiotów żółciowych wykonano laparotomię, przy której stwierdzono drożność przetoki żołądkowo-jelitowej i obecność zrostów, mogących pociągać żołądek; rozluźniono zrosty, a nadto usunięto pęcherzyk żółciowy, ponieważ znaleziono w nim 2 małe kamyczki. Mimo jednak rozluźnienia zrostów i usunięcia pęcherzyka żółciowego, wymioty żółciowe utrzymywały się i były przyczyną ponownej operacyi, dokonanej w 3 miesiące później. Założono poniżej dawnej przetoki enteroanastomozę, a nadto drugą przetokę żołądkowo-jelitową przednią wraz z enteroanastomozą między pętlą doprowadzającą i odprowadzającą. Po trzecim dopiero zabiegu objawy zaczęły się zmniejszać. Obecnie, wedle otrzymanych informacyi, $1\frac{1}{2}$ roku po ostatniej operacyi, wymioty występują tylko od czasu do czasu, głównie po wysiłku fizycznym, lecz bywają znacznie słabsze.

Takie więc są wyniki badań, przeprowadzone na naszym materyale. Wyniki te różnią się od wyników badań innych autorów. Gdy inni uważają żółć za stały składnik, zawsze znajdowany w żołądku po gastroenterostomii, a znikający w pewnych tylko przypadkach i to dopiero w długi czas po zabiegu (1—2 lat), to w przeważnej części naszych przypadków już w kilka tygodni po zabiegu nie znajdowaliśmy żółci w żołądku. Niektórzy, zwłaszcza Neuhaus, uważają za przyczynę znikania żółci z żołądka zamykanie się, względnie ścieśnianie się przetoki; w naszych przypadkach mieliśmy sposobność stwierdzić, że przetoka utrzymuje się w całej swej szerokości, a mimo to w przeważnej części przypadków żółć nie pojawiała się w żołądku, a odczyn treści żołądkowej był zawsze wybitnie kwaśny z powodu obecności wolnego kwasu solnego; stopień kwaśności, w porównaniu ze stanem przedoperacyjnem, był obniżony [2]).

Mimo więc założenia i istnienia przetoki żołądkowo-jelitowej, trawienie żołądkowe w naszych przypadkach nie uległo zboczeniu od typu prawidłowego, (jak o tem świadczą produkta trawienia), a równocześnie ruchowa sprawność poprawiała się znacznie, tak, że w przypadkach wybitnego zalegania treści przed zabiegiem, po gastroenterostomii tylko z trudnością uzyskiwano treść, np. w 3 godziny po próbnym obiedzie, w ilości zaledwo do rozbioru wystarczającej (po śniadaniu około 4—50 cm³, po obiedzie około 100 cm³).

Wyniki zabiegów, dokonanych w klinice krakowskiej, są więc o tyle pomyślne, że wskutek zachowania kwaśnego odczynu treści żołądkowej, wolnego kwasu solnego, trawienie żołądkowe pozostaje nieupośledzone, a nadto brak żółci w żołądku, mimo istnienia przetoki żołądkowo jelitowej, usuwa możliwość potrzeby dodatkowego zabiegu (np. wyłączenia odźwiernika).

Jakkolwiek bowiem obecność żółci i soku trzustkowego w żołądku w przeważnej części przypadków bywa nieźle znoszona, zwłaszcza gdy żółci niewiele, (Katzenstein, Hildebrand, Ledderhose), to jednak nie jest ona obojętna. Wiemy bowiem, że trypsyna, jeden ze składników soku trzustkowego, znajdując się w kwaśnem środowisku (jakiem jest treść żołądka), traci w znacznej części swój wpływ trawienny, a znów pepsyna treści żołądkowej pod wpływem zasadowego oddziaływania wydzielin wątroby i trzustki zupełnie niszczeje, tak, że obydwa te fermenty wywierają wzajem wpływ ujemny na siebie, co dla trawienia obojętnem być nie może. Z drugiej strony znane są przypadki, w których żółć w żołądku źle bywała znoszona i wywoływała objawy, zmuszające do dodatkowego zabiegu, jak to było także w jednym z naszych przypadków. Niektórzy autorowie (König jun., Katzenstein) przypisują cofaniu się treści zasadowej do żołądka ważne znaczenie, a nawet działanie lecznicze w przypadkach wrzodu na tle wzmożonej kwaśności; z przyczyny jednak trwałych zaburzeń trawienia

---

[1]) Zabieg wykonany został na prowincyi bez fachowej asysty.

[2]) Na szczegół ten zwracał uwagę prof. Kader w r. 1907 na Zjeździe przyrodn. i lekarzy we Lwowie. W czasie dyskusyi nad jego wykładem twierdzono, że po założeniu przetoki żołądkowo-jelitowej nastaje zobojętnienie treści żołądkowej, natomiast prof. Kader, na podstawie dotychczasowych doświadczeń, utrzymywał, że zobojętnienie jest objawem wyjątkowym, w większości zaś przypadków jest tylko obniżenie stopnia kwaśności, jako wyraz usunięcia zalegania treści w żołądku; ta różnica zdań była przyczyną podjęcia niniejszych prób kontrolnych.

wskutek stałego dopływu zasadowych soków do żołądka, wpływ niezawsze jest korzystny.

Prof. Kader, lecząc wrzody żołądka otwarte (ulcus floridum) lub krwawiące zapomocą gastroenterostomii, postępuje inaczej: W przypadku istniejącego owrzodzenia wprowadza mianowicie prof. Kader przez nos, przełyk i żołądek cienki i miękki drenik do ramienia odprowadzającego pętli użytej do anastomozy, na głębokość 30—50 cm.[3]), i odżywia chorego bezpośrednio niemal po operacyi przez dren, przez co zapobiega stykaniu się ścian żołądka, w szczególności zaś wrzodu, z pokarmami, i usuwa wzgl. zmniejsza następowe kurczenie się ścian żołądka, co przyczynia się do szybszego gojenia się wrzodu. Z drugiej strony wyłączając czasowo zapomocą drenu, wprowadzonego przez żołądek do odprowadzającej pętli jelita, żołądek z jego czynności — ruchowych i wydzielniczych, — unika się tym sposobem potrzeby alkalizowania soku żołądkowego zapomocą żółci i wydzieliny trzustki i nie upośledza temsamem trawienia żołądkowego na przyszłość.

Stwierdziwszy różnicę wyników badań naszych i innych autorów, stajemy przed wnioskiem, że różnica ta pozostaje w związku przyczynowym z powyżej pokrótce opisanym sposobem zakładania przetoki żołądkowo-jelitowej, używanym przez prof. Kadera, a odmiennym od innych sposobów. Przetoka bowiem antyperystaltyczna, szeroka i utworzona w najniżej położonej okolicy żołądka, przyczynia się wybitnie do szybkiego opróżnienia się żołądka w tych wypadkach, gdzie zaleganie treści w żołądku było wskazaniem do zabiegu. Ostroga, stercząc do światła przetoki, zmniejsza je i utrudnia dostęp do światła żołądka żółci, przechodzącej koło otworu. Wobec tego, że w żołądku panuje wyższe ciśnienie, aniżeli w odpowiedniej pętli jelita, nie zdoła żółć, znajdująca się pod niższem ciśnieniem w jelicie doprowadzającem, unieść tej ostrogi ku światłu żołądka, tembardziej, że pętla jelita doprowadzającego jest bardzo krótka. Z drugiej zaś strony treść z żołądka, przedostająca się przez przetokę, odchyla klapę (ostrogę) ku dołowi, i zamykając dostęp do pętli doprowadzającej, wpada łatwo do odcinka odprowadzającego. (Patrz rys.).

Wyniki badań, przeprowadzonych przezemnie na chorych z kliniki krakowskiej, u których z powodu zwężenia odźwiernika przyrody niezłośliwej wykonano gastroenterostomię sposobem Kadera, są więc następujące:

1) Szybkie opróżnianie się żołądka, i to w krótki czas po zabiegu.

2) Wybitnie kwaśny odczyn treści z powodu obecności wolnego kwasu solnego, przy równoczesnem obniżeniu stopnia kwaśności i ilości kwasu solnego w porównaniu ze stanem przedoperacyjnym.

3) Brak żółci w żołądku w przeważnej części przypadków, w innych zaś tylko małe jej ilości.

4) Utrzymanie się przetoki żołądkowo-jelitowej w całej jej szerokości.

5) Zachowanie prawidłowego trawienia żołądkowego.

6) W przypadkach wrzodu otwartego możność wyłączenia żołądka zapomocą drenu z czynności trawiennych.

---

[3]) Technikę tego postępowania i uzyskane wyniki przedstawiał prof. Kader w krak. Tow. lek.; mówił o nich także na Zjazdach chirurg. we Lwowie w r. 1907 i Krakowie r. 1908.

Piśmiennictwo. 1) Grundzach-Mintz: Medycyna 1893. 2 Hartmann-Soupault: Presse med. 1899. Nr. 14. 3) Kaenschke Deutsch. med. Woch. 1892 Nr. 49. 4) Kausch: Mittheil. aus d Grenzgeb. d. Med. u. Chir. 1899 Bnd. 4. 5) Katzenstein: Deutsch. med. Woch. 1907 Nr. 3 4. 6) Kelling: Langenb. Arch. 1900 S. 310. 7) Neuhaus: Ergebnisse funktion. Magenunters. bei Gastroenterostomierten. Samml. klin. Vortr. v. Volkmann. 1908 Nr. 486. 8) Obaliński-Jaworski 1889. 9) Pawłow: Die Arbeit d. Verdauungsdrüsen. 1898. 10) Pamiętnik XV Zjazd. chir. Polsk. 1908. 11) Pers: Ref. Centralbl. f. Chir. 1909. S. 1414. 12) Payr: Langenb. Arch. 1910. 93 Bd. Heft 2. 13) Rosenheim: Berl. klin. Wochenschr. 1894. N. 50. 14) Würz: Deutsch. med. Wochenschr. 1908. Nr. 24. S. 1055.

Z oddziału chirurgicznego szpitala św Łazarza w Krakowie. (Prym Prof. Dr M. Rutkowski).

Przypadek całkowitego wycięcia pęcherza z przeszczepieniem moczowodów do powłok brzusznych.

Podał

Dr T. Pisarski.

Do niedawnych czasów należały nowotwory pęcherza moczowego do rzędu tych chorób, wobec których chirurg wołał trzymać się zasady »noli me tangere«. A i dzisiaj jeszcze są chirurdzy i urologowie, którzy się tej zasady trzymają, twierdząc, że chorzy tej kategoryi dłużej żyją i lepiej się czują bez, niż po operacyi. Przyczyną tego jest ta okoliczność, że całkowite wycięcie pęcherza moczowego z następowem wszczepieniem moczowodów bądź do kiszki grubej, bądź do pochwy, bądź w skórę, jest zabiegiem bardzo ciężkim, znoszonym źle przez chorych; jeżeli chorzy ten zabieg zniosą, to zazwyczaj giną po pewnym czasie wskutek ropnego zapalenia miedniczek nerkowych z następowem przejściem sprawy zapalnej na miąższ nerek (pyelonephritis), lub przerzutów nowotworowych w gruczołach chłonnych. Albert Ashton Berg (Ref. w Jahresbericht üb. d. Fortschr. auf dem Geb. der Chir.) oblicza na podstawie znacznego materyału operacyjnego śmiertelność po tym zabiegu na 56·5%.

Przypadek nasz dotyczy chorego, liczącego 62 lat, z zawodu stolarza. Cierpi on od roku na częste oddawanie moczu połączone z wielkiem parciem. Z początku rzadziej, obecnie oddaje mocz parę razy na godzinę. Od czasu do czasu pojawiała się w moczu krew; obecnie każdy oddany mocz jest krwawy. Przed 40 laty przechodził chory trypra, w dziecięctwie dur brzuszny. Apetyt ma dobry, stolec regularny. Poza przypadłościami ze strony pęcherza innych niema. Ostatnimi czasy miał schudnąć i znacznie opaść ze sił.

Budowa ciała i odżywienie dobre. Skóra różowa. Tętno regularne, dobrze napięte. Granice płuc obniżone; odgłos opukowy wszędzie jawny; oddech pęcherzykowy, wydech nieco przedłużony. Stłumienia sercowego niema; tony czyste, głuche. Brzuch prawidłowo wysklepiony, niebolesny; narządy brzuszne bez zmian. Okolica pęcherza moczowego tkliwa.

Mocz kwaśny, zawiera małą ilość białka. Pod drobnowidem liczne komórki nabłonkowe z pęcherza, krwinki czerwone i białe. Cystoskopia: błona śluzowa pęcherza silnie nastrzykana, żywo czerwona, obrysy naczyń zatarte; po lewej stronie na dnie pęcherza guz brodawkowaty, przechodzący na boczną lewą ścianę. Ujścia obu moczowodów przykryte guzem. Guz ma wielkość cytryny, kształt niere-

gularny; na podstawie obrazu cystoskopowego nie można ocenić, czy jest uszypułowany, czy też ma podstawę szeroką; w przybrzeżnych częściach ma budowę groniastą część środkowa w postaci długich brodawek.



Operacyi dokonano dnia 6/VI 1910 w uśpieniu chloroformowem. Po otwarciu pęcherza znaleziono guz, zajmujący dno, ujście pęcherza i lewą boczną ścianę. Pęcherz wycięto w całości. Moczowody odcięto tuż przy ujściu do pęcherza i wydzielono je z poza otrzewnej. Na wewnątrz od górnego przedniego kolca biodrowego, po obu stronach brzucha wycięto czworoboczne płatki skóry, z których utworzono brodawki; w szczyt tych brodawek, po przeprowadzeniu moczowodów przez ścianę brzuszną, wszczepiono ujścia moczowodów. Ranę powłok brzusznych w linii środkowej zaszyto, w dolnej części wyprowadzono dren i setony. Do cewki moczowej włożono cewnik na stałe.

Badanie histologiczne wyciętego guza stwierdziło utkanie raka.

Gojenie przebiegało prawidłowo i dnia 17/IX 1910 opuszcza chory oddział chirurgiczny. Rana po cięciu brzusznem w całości zagojona. Na wysokości górnych przednich kolców biodrowych po obu stronach brzucha brodawki, utworzone z płatków skórnych; ze szczytów brodawek wydziela się okresowo mocz. Operowany wychodzi z pasem, obejmującym oba moczowody i odprowadzającym mocz z moczowodów do zbiornika umocowanego do pasa.

Dnia 17/X 1910 r., a więc w niecałe cztery miesiące po pierwszej operacyi, zgłosił się chory na oddział chirurgiczny z powodu guza, który spostrzegł w dolnej części brzucha. Badanie przedmiotowe stwierdza ponad spojeniem łonowem guz wielkości średniej pomarańczy twardy, guzowaty, nieprzesuwalny i niebolesny.

W parę dni wycięto ten guz; badanie histologiczne wykazało utkanie rakowe. Ranę wysetonowano.

W przypadku powyższym badanie kliniczne pozwoliło tylko do pewnego stopnia rozpoznać przed operacyą nowotwór złośliwy; przemawiały za tem dane wywiadowe, że chory miał znacznie schudnąć i obraz cystoskopowy; często bowiem owe groniaste obrazy dają nowotwory złośliwe. Rozpoznanie pewnem jednak być nie mogło, gdyż wszystkie te cechy, jak krwawienie, częste oddawanie moczu, obraz cystoskopowy, a nawet wyniszczenie ustroju (wskutek ciągłego krwawienia) mogą posiadać nowotwory łagodne. Chory pozostaje nadal na oddziale, a dalsze spostrzeganie wykaże, czy uda się u niego uzyskać wyleczenie doszczętne.

Z oddziału chirurgicznego szpitala św. Łazarza w Krakowie (Prym. Prof. Dr Rutkowski).

Przypadek prawdziwego rozrostu sutka męskiego.

(Gynaecomastia vera).

Podała

Dr. Ada Markowa.

W patologii gruczołu sutkowego męskiego zboczeniem stosunkowo dość rzadko napotykanem jest t. zw. od czasów Galena »gynaecomastia«. Jakkolwiek Schuchardt pod tą nazwą nagromadził dużą ilość przypadków powiększenia jednostronnego, lub obustronnego sutka u mężczyzn, to jednak, ponieważ nie we wszystkich tych przypadkach przeprowadzono rozstrzygające w tej sprawie badanie histologiczne, przypadki te nie dadzą się podciągnąć pod rubrykę



»gynaecomastia vera«, którą ściśle rozróżniamy od »gynaecomastia spuria«. Przez tę drugą nazwę rozumiemy pozorny rozrost gruczołu sutkowego męzkiego, będący skutkiem bądźto nagromadzenia się tkanki tłuszczowej w obrębie sutka w tkance podskórnej, bądźto sprawy zapalnej lub nowotworowej. »Gynaecomastia vera« zaś polega, jak to wykazały badania Virchowa, na powiększeniu i rozroście samego gruczołu sutkowego. W przeroście tym biorą udział

wszystkie tkanki, stanowiące sutek, z przewagą tkanki łącznej, przyczem zawsze stwierdzić należy, czy rozrost ten tkanki gruczołowej cechuje się budową groniastą, jak u kobiety; szczególnie bowiem tych przypadków, któreby się groniastą budową gruczołu odznaczały, opisano dotychczas niewiele.

Przypadek z oddziału chirurgicznego szpitala św. Łazarza, jaki poniżej podajemy, ciekawy jest z tego względu, że chodzi tu właśnie o rozrost sutka męskiego prawdziwy, że rozrost ten jest obustronny i wreszcie, że kojarzy się z całym szeregiem cech, nadających danemu osobnikowi piętno zwyrodnienia zarówno cielesnego, jak i intelektualnego.

Chory L. T., lat 17, uczeń gimnazyalny, zgłasza się na oddział dla poddania się operacyi stulejki.

Badanie przedmiotowe. Osobnik na swój wiek mały, 145 cm.; budowa kości wątła; czaszka duża; guzy kości czołowej wystają. Obfita podściółka tłuszczowa, szczególnie na biodrach i udach. Na klatce piersiowej po obu stronach w prawidłowem miejscu położone dwa dobrze wykształcone sutki. Na sutkach tych mało tkanki tłuszczowej podskórnej, natomiost wyczuwa się doskonale zrazikową budowę gruczołu mlecznego, bujnie rozwiniętego. Każdy sutek kończy się brodawką, 12 mm. szeroką, w około której biegnie obwódka w promieniu 2 cm. Odległość od jednego brzegu obwódki do drugiego wraz z brodawką wynosi 52 mm. Na obwódce znajdują się liczne gruczoły Montgomeryego; zabarwienie jej jest brunatne. Wymiary sutka: od podstawy do szczytu 16 cm., wymiar poprzeczny 14 cm, obwód 36 cm.; wymiary te po obu stronach są jednakie. Oba sutki zwisają. Treści z gruczołów wyciągnąć nie można.

Klatka piersiowa prawidłowo wysklepiona, odgłos opukowy wszędzie jawny, oddech pęcherzykowy. Wymiary serca prawidłowe, tony czyste.

Owłosienie na wzgórku łonowym przypomina kształtem takież owłosienie u kobiety. Prącie małe, jak u 7-letniego chłopca; napletek długi o wązkim otworku, nieprzepuszczającym żołędzi. Jądra nieco mniejsze, niżby to odpowiadało wiekowi; w okolicy głowy najądrza czuć przez skórę moszny twarde zgrubienia, pozostające w związku z najądrzem, wielkości średniego ziarnka fasoli.

Wywiady pouczają, że nieprawidłowo duże piersi spostrzeżono u chłopca w 10. roku życia; miały one szybko powstać i powiększać się. Przez pierwsze trzy lata były jędrne, następnie poczęły zwisać. Urazu nie było nigdy.

D. 27. III 1909. wykonano w uśpieniu chloroformem plastyczną operacyę stulejki, a równocześnie wycięto z prawego sutka kawałek zrazika w celu zbadania histologicznego. Badanie drobnowidowe tego kawałka gruczołu wykazało, iż składa on się z tkanki łącznej włóknistej, zawierającej przewody gruczołowe, wysłane nabłonkiem kilkowarstwowym.

Przypadek powyższy jest zatem doskonałym typem prawdziwego obustronnego rozrostu sutka mężkiego.

Co do innych cech patologicznych, kojarzących się u danego osobnika z prawdziwym rozrostem sutków, to w pierwszym rzędzie podnieść musimy zbiór znamion, jakie obejmujemy pod nazwą feminizmu. Wysoki głos, skóra blada i miękka, owłosienie wzgórka łonowego, jak u kobiety, obszerna miednica (dist. spinalis 24 cm., cristalis 29 cm. trochanterica 31 cm., Baudelocque 21 cm.).

W sferze intelektualnej stwierdzają wywiady słabą pamięć, lenistwo i tępotę umysłową, ogólną skłonność do bezmyślnego próżnowania, obojętność na najbliższe otoczenie, popęd do dokuczania innym, brak bardziej złożonych kompleksów uczuciowych, jak przywiązanie, poczucie honoru, ambicyi, wrażliwość na piękno i t. d. Popędu płciowego nie objawia w żadnym kierunku.

Zaznaczyć tu musimy, że niektórzy autorowie, jak Langer, tłómaczą sobie prawdziwy rozrost sutków męskich jako »mastitis pubescentium virilis«, która albo nie cofnęła się zupełnie, albo nawet rozwinęła się dalej. W tym sensie tłómaczy sobie Langer ginekomastyę, jako przerost i rozrost gruczołu sutkowego, leżący jeszcze w granicach fizyologicznych. W każdym razie ścisła granica między temi zjawiskami nie jest jeszcze ustalona.

Niektórzy autorowie, jak Blomfield i Lendet, stwierdzają przerost gruczołu sutkowego u osobników męskich, dotkniętych gruźlicą. Spostrzeżenie to wymaga dalszych badań.

Z oddziału chirurgicznego prof. Rutkowskiego w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

Mnogie desmoidy powłok brzusznych.

Podała

Dr Korabczyńska.

Chora M. N. l. 25, zgłosiła się na oddział chirurgiczny dnia 23/VIII 1910 celem operacyi guzów w powłokach brzusznych.

Przed 2 laty zauważyła chora ponad pępkiem po stronie lewej guz niebolesny, twardy. Wkrótce potem miał się utworzyć podobny guz ponad spojeniem łonowem. Guzy te rosły powoli, stale. Przed 5 miesiącami powstał guz trzeci po stronie prawej na wysokości pępka. W ostatnich miesiącach guzy te zaczęły szybko się powiększać. Chora rodziła raz przed 3 laty, obecnie IV miesiąc ciąży. Dotąd nigdy nie chorowała.

Chora o budowie i odżywieniu dobrem. Płuca i serce bez zmian. Narządy jamy brzusznej prawidłowe. Gruczoły pachwinowe i pachowe niepowiększone. Cechy ciąży z końca IV miesiąca.

Przez powłoki brzuszne wypuklają się 3 guzy w części środkowej: jeden po lewej stronie pępka na przebiegu mięśnia prostego, tuż przy łuku żebrowym, wielkości średniej męskiej pięści; drugi guz tej samej wielkości ponad spojeniem łonowem, bez związku z kością; trzeci guz wielkości jaja kurzego na wysokości pępka, wewnętrzny jego brzeg oddalony na 2 palce od linii środkowej. Skóra nad nimi niezmieniona, przesuwalna.

Wszystkie te guzy miały wspólne cechy. Były kształtu owalnego, o osi długiej biegnącej równolegle z przebiegiem mięśni prostych brzucha. Przy ruchach oddechowych nie zmieniały swego położenia; obmacując również nie można było wykazać łączności z narządami wewnętrznymi jamy brzusznej. Guzy te były twarde, elastyczne, o powierzchni gładkiej, osadzone na szerokich podstawach, nieruchome, podczas kurczenia się powłok brzusznych niknące częściowo pod powierzchnią, niebolesne, ostro ograniczone.

Prawie zupełny brak poruszalności guzów, częściowe wygładzanie się powłok nad nimi podczas skurczu, wskazywały, że nowotwory te nie są usadowione wyłącznie w tkance podskórnej, że natomiast muszą być w związku z głębszemi warstwami, z powięzią mięśni prostych lub z samymi mięśniami. Czy zaś dochodziły do otrzewnej, tego badaniem nie można było rozstrzygnąć. Badanie chorej przemawiało również za tem, że guzy te są pierwotne

Na podstawie wywiadów i cech guzów rozpoznano: mnogie desmoidy. Uderzającą była właśnie w tym przypadku mnogość nowotworów.

Etyologia ciemna. Możnaby tu przyjąć etyologię urazową w myśl Herzoga i Volkmanna; przemawiałaby w tym przypadku za tem ta okoliczność, że chora już raz przechodziła ciążę; teorya ta jednak wogóle nie dość jest uzasadniona.

Dnia 26 sierpnia br. przystąpił prof. Rutkowski do usunięcia guzów: Cięcie długości 15 cm po stronie lewej pępka nad guzem od łuku żebrowego wprost ku dołowi. Po przecięciu skóry i przedniej pochewki lewego mięśnia prostego wyłonił się guz gładki, twardy, ponad którym były rozciągnięte włókna mięśnia prostego. Otrzewna łatwo daje się odsunąć od tylnej ściany guza, który wycięto. Po wycięciu guza powstał ubytek w mięśniu prostym; — pozostały brzeg zewnętrzny mięśnia podminowano, przesunięto ku linii środkowej i kilkoma szwami katgutowymi połączono z resztą wewnętrznego brzegu mięśnia. Ranę pochewki przedniej mięśnia zeszyto szwami katgutowymi węzełkowymi, poczem założono szew skórny jedwabny.

Dla usunięcia guza nad spojeniem łonowem ponowne cięcie w linii środkowej, około 15 cm długie, aż do spojenia łonowego. Po przecięciu skóry i tkanki podskórnej i odsunięciu jej ku stronie lewej i prawej, przecięto pochewkę mięśnia prawego i lewego 4 cm od linii środkowej i wypreparowano guz wielkości sporej pięści o cechach tychsamych, jak guz poprzedni, zrośnięty ściśle z pochewką mięśni prostych, bez związku ze spojeniem łonowem; otrzewnę udało się z łatwością oddzielić. Po wycięciu guza połączono pozostałe części mięśni prostych szwami katgutowymi, takimi też szwami połączono brzegi pochewek mięśni. Skórne szwy, jedwabne.

Guza trzeciego, położonego na wysokości pępka po stronie prawej, nie wycinano z powodu zbyt znacznego napięcia powłok, powstałego przez zeszycie ubytków, wytworzonych wycięciem poprzednich guzów.

Guz w podżebrzu lewem wykazał ścisłą łączność z mięśniem prostym, guz zaś nad spojeniem łonowem był od boków zrośnięty z oboma mięśniami prostymi, rozwijając się w linii środkowej brzucha.

Dla uzupełnienia całości obrazu klinicznego należałoby nadmienić, że przebieg pooperacyjny tego przypadku był bez zaburzeń. Rana zagoiła się doraźnie. Chora nie chciała się poddać powtórnie zabiegowi operacyjnemu dla usunięcia guza trzeciego. Opuściła oddział dn. 9 września br.

Oba wycięte guzy były owalne, twarde, o przekroju gładkim, w górnych warstwach przeświecającym. Na powierzchni przekroju, zabarwionej różowo, widać liczne smugi białawe włókien łącznotkankowych, przebiegające w różnych kierunkach i krzyżujące się. Ognisk zwyrodniałych gołem okiem nie znaleziono.

Badanie drobnowidowe wykonano w Zakładzie anatomii patologicznej (Prof. Dr Gliński) dla stwierdzenia nowotworu w ogólnych rysach. Szczegółowego badania nie robiono.

Badanie wykazało wogóle utkanie włókniaków, o budowie nie zupełnie jednolitej w rozmaitych częściach. Włókna tkanki łącznej ułożone przeważnie w sploty, są jednak nierównomiernej grubości; w wielu miejscach zauważa się znaczne rozluźnienie tkanki łącznej. Ilość komórek w rozmaitych częściach tych guzów jest różna; w częściach z włóknami grubszemi komórki są przeważnie nieliczne, z małą ilością protoplazmy; w częściach z włóknami cieńszemi — komórek jest na ogół więcej i tutaj są one większe, soczystsze, z większą ilością protoplazmy; komórki te wogóle mają kształt wydłużony, wrzecionowaty. Prócz tego wśród utkania guza rozsiane są pojedynczo nieliczne komórki limfoidalne. Obraz mikroskopowy odpowiada wogóle włókniakom.

Budowa t. zw. desmoidów powłok jamy brzusznej nie bywa jednolita. Przy dokładniejszem badaniu spotyka się nieraz ogniska mięsakowe. Guzy te miewają też czasem w całości budowę mięsaków i te mają się częściej zdarzać u mężczyzn. Zresztą nowotwory tego rodzaju występują częściej u kobiet, bo w 87·1%, z tych zaś częściej u kobiet, które rodziły, bo w 94·3%.

Wczesna operacya jest wskazana, ponieważ, jak wykazał Pfeifer, Leopold, desmoidy mogą ulegać zwyrodnieniu złośliwemu, niezależnie zaś od tego są szkodliwe przez swój rozrost. Guzy te występują przeważnie pojedynczo, mogą zaś dochodzić wielkich rozmiarów, utrudniając przez to zabieg operacyjny (Schultz, Schau).

W przypadku naszym z cech klinicznych, charakterystycznych dla tych nowotworów, stwierdza się wystąpienie ich u chorej, która już rodziła; dalej stosunkowo młody wiek chorej, — guzy takie zdarzają się najczęściej w trzecim dziesiątku lat i to w pierwszej połowie — chora miała lat 25, — wzrost powolny, w naszym przypadku bez dolegliwości; czas trwania 1—3 lat; siedziba, jak najczęściej bywa przy tych nowotworach, w przebiegu mięśni prostych; właściwości fizyczne nowotworu, wreszcie obraz mikroskopowy, stwierdzający budowę włókniaków.

Odbiega zaś w tym ogólnym obrazie od zwykłego typu pierwotne wystąpienie mnogich guzów. Uderzającą jest jeszcze ta okoliczność, że guzy te wystąpiły w jednym i tymsamym przypadku pod względem swej siedziby równocześnie w miejscach najczęstszego i najrzadszego występowania. Mianowicie dwa guzy górne, trzymające się przebiegu mięśni prostych, odpowiadały siedzibie najczęstszej. Guz zaś nad spojeniem łonowem zajął miejsce, odpowiadające najrzadszej siedzibie desmoidów jamy brzusznej, bo w linii środkowej brzucha; z boków był wprawdzie wrośnięty w mięśnie proste, stało się to jednak najprawdopodobniej następowo przez wzrost guza.

Wyniki odkażania pola operacyjnego nastojem jodowym [1]).

Opracował

Dr G. Zaremba,

prymaryusz szpitala w Husiatynie.

Sposób odkażania skóry przed operacyą, do niedawna powszechnie używany w chirurgii i zapewne dziś jeszcze przez wielu chirurgów używany, polegający na długotrwa-

[1]) Odczyt przygotowany na XVI. Zjazd chirurgów polskich w Warszawie, który, z powodu odpadnięcia tematu ogólnego o aseptyce operacyjnej z porządku dziennego Zjazdu, prelegent w tej drodze podaje do wiadomości ogółu.

łem myciu mydłem i wodą, potem alkoholem, eterem lub benzyną, w końcu na wycieraniu sublimatem lub innym jakimś środkiem odkażającym, jest niezawodnie bardzo złożony, dla chorego rażący i nieprzyjemny, niejednokrotnie i dotkliwie bolesny, a przy tem wszystkiem pochłania wiele czasu. Każdy z nas zaś niezawodnie przypomni sobie również liczne przypadki ze swojej praktyki operacyjnej, że mimo tego skomplikowanego sposobu odkażania skóry, wykonywanego z jak największą skrupulatnością, zdarzały się zakażenia, i to bardzo niemiłe, z długotrwałem ropieniem szwów i rozejściem się rany, którą zagoić doraźnie było naszem pierwotnem najgorętszem pragnieniem.

To też wszelkie próby uproszczenia naszego dotychczasowego odkażania pola operacyjnego, tak, żeby mimo uproszczenia wynik był dodatni, należy z zadowoleniem powitać.

Przeczytawszy w roku 1908 publikacyę Grossicha o jego sposobie odkażania wyłącznie jodyną, postanowiłem z zachowaniem na początek wszelkiej ostrożności i z początkowem niedowierzaniem tę metodę wypróbować.

Początkowo stosowałem ją tylko przy drobnych operacyach, jako to przy wyłuszczaniu kaszaków i maleńkich gruczolaków, przy powierzchownych ropniach, zanokcicach i ropowicach, nie mając odwagi stosować jej także przy większych operacyach, przed któremi wolałem się na razie posługiwać starą, wypróbowaną metodą.

Wyniki były dobre, zakażenia nie było żadnego, wszystko, gdzie to było możliwe poza sprawami od początku ropnemi, goiło się rzeczywiście doraźnie.

Dopiero z początkiem zeszłego roku niezamierzony przypadek popchnął mnie do większej odwagi. Był to chory z przetokami około stawu łokciowego, które miałem zamiar tylko rozciąć i wyskrobać. W odkażeniu przedoperacyjnem, sądząc, że to będzie mały zabieg, ograniczyłem się tylko do wytarcia skóry benzynoformem, którego stale używam zamiast eteru do odtłuszczania skóry, i do następnego pojodynowania pola operacyjnego. W toku operacyi okazała się potrzeba pierwotnie przezemnie niezamierzonej resekcyi całego stawu łokciowego. Wynik, z obawą przezemnie oczekiwany, był nadspodziewanie dobry. Nie było żadnego zakażenia, gojenie odbywało się bez wszelkich powikłań i chory, w krótkim czasie wyleczony, opuścił szpital.

Odtąd już bez wyjątku wszelkie przygotowania do operacyi, a przedewszystkiem także do większych, odbywały się w moim szpitalu sposobem Grossicha. Aseptycznych operacyi, zakrojonych na zagojenie doraźne, wykonałem odtąd do ostatniego czasu 172, a między niemi było:

11 laparotomii,
12 herniolaparotomii,
17 doszczętnych operacyi przepukliny,
3 wycięcia wola,
2 przecięcia kości (osteotomii),
3 wycięcia stawu,
16 nowotworów rakowych z wyłuszczeniem gruczołów szyjnych,
23 gruczolaków szyi,
9 odjęć kończyn,
1 wyłuszczenie stawu barkowego,
2 plastyki ścięgien,
1 wycięcie szczęki,
2 operacye Alexander-Adamsa,
1 trzebienie,
6 doszczętnych operacyi krwawnic odbytnicy,
3 plastyki pochwy i krocza.

Nadto 232 operacye septyczne:
59 operacyi z powodu gruźlicy stawów,
23 większych poranień.

Rozstrzygające dla doniosłości tej metody są naturalnie wyniki, otrzymane przy operacyach aseptycznych. Otóż we wszystkich, z dwoma wyjątkami, było zagojenie doraźne bez najmniejszego zakażenia szwu i rany. Wyjątkami tymi były: operacya plastyczna na twarzy z powodu raka skóry, którą wykonał w czasie mojej nieobecności drugi lekarz szpitala w asystencyi dwóch sióstr zakonnych, z których jedna mało asystowała przy operacyach; oraz zakażenie po doszczętnej operacyi przepukliny, które atoli wystąpiło dopiero 13. dnia, w 3 dni po wyjęciu szwów z rany zgojonej doraźnie, a wystąpiło wskutek zdjęcia opatrunku plastrowego przez samego chorego i zanieczyszczenia kanałów szwów jego brudnemi rękami: było to zresztą powierzchowne zakażenie z utworzeniem się małego ropnia. Zresztą we wszystkich przypadkach nastąpiło zagojenie doraźne bez zarzutu po wszystkich moich operacyach aseptycznych i nigdy nie miałem najmniejszego nawet zakażenia samej rany operacyjnej po tym sposobie odkażania pola operacyjnego.

Również i przy operacyach septycznych wyłącznie samo jodynowanie okazało się sposobem praktycznym. Zarówno przy ropniach, jak i ropowicach, nie zauważyłem nigdy żadnego ujemnego wpływu na dalszy przebieg gojenia.

Sposobu Grossicha używam cokolwiek odmiennie, niż go autor ten pierwotnie polecił. Poleca on nie mytą niczem skórę, ogoloną na sucho, tylko jodynować. Ja również golę skórę na sucho, a gdzie włos jest zbyt twardy lub gęsty, tam stosuję zamiast mydła zwykłą waselinę, która jako środek do golenia doskonale zastępuje przy twardym włosie zwykle używaną pianę mydlaną. Gdzie się to da ominąć, tam oczywiście golę całkiem na sucho. Następnie wycieram skórę zupełnie lekko benzynoformem, zwanym także »carboneum tetra-chloricum«, mającym te same zalety, co eter, t. j. odtłuszczającym i usuwającym brud z powierzchni skóry, lecz nie mającym jego wad; mianowicie benzynoform nie jest wcale zapalny, nie ulatnia się wcale tak, jak eter i benzyna, i jest o wiele tańszy od tamtych środków, ma przytem dosyć przyjemną woń, przypominającą cokolwiek chloroform. Potem jodynuję jednem pociągnięciem skórę, używając do tego nastoju robionego w apteczce domowej szpitalnej: 70 części czystego jodu na 1000 części alkoholu. Bezpośrednio przed samem rozpoczęciem operacyi pociągam jeszcze raz pole operacyjne jodyną. Podrażnienia skóry, jodynując nawet na mosznie, nie zauważyłem nigdy, prócz jednego przypadku, gdzie po operacyi przepukliny pachwinowej po zdjęciu opatrunku 19. dnia był naskórek zmacerowany, a mimo to sama rana zagoiła się doraźnie bez najmniejszego zakażenia. Poza tym jedynym przypadkiem, nie mającym większej doniosłości, innego, poważniejszego podrażnienia skóry ani razu nie było.

Benzynoformu używam dlatego, że chorzy w tych

stronach przychodzą do szpitala zazwyczaj z powłokami skórnemi tak brudnemi, iż pomimo kąpieli w szpitalu częstokroć brud jeszcze pozostaje, a benzynoformem daje się on w łatwy sposób bez użycia mydła usunąć zupełnie. Benzynoform, polecony niedawno przez Wederhakego, rozpuszcza z łatwością tłuszcz i usuwa brud widoczny; podobno posiada jeszcze własność wytłaczania powietrza z porów skórnych i działa również zabójczo na drobnoustroje w samej skórze się gnieżdżące. Dopiero po użyciu benzynoformu jodynuję.

Przy metodzie Grossicha używanie poprzednie mydła jest nietylko zupełnie zbyteczne, ale nawet wręcz przeciwwskazane, jak to wykazali Grossich, Walther i Touraine, albowiem mydliny wciskają się w pory skórne i głębsze warstwy skóry i wypełniają je tak dalece, że te zaułki w skórze stają się niedostępne dla używanych następnie płynów odkażających. Razem z mydlinami pozostają tam drobnoustroje ukryte, a płyn odkażający nie może przez mydło mieć do nich dostępu. Jeżeli zaś pozostawimy skórę suchą lub wytartą tylko benzynoformem, z którym jodyna doskonale się łączy, wówczas jodyna dostaje się w najmniejsze zaułki i w pory skórne do głębi i jako znakomity środek odkażający niszczy zarazki, nawet w głębi skóry pozostające.

Za niezrównaną zaletę tego sposobu odkażania skóry uważam jego prostotę i krótkość, przyczem pewność nie pozostawia nic do życzenia. Za drugą zaletę uważam to, że przy stanach zapalnych tkanek, jak n. p. przy ropowicach, zanokcicach i t. d., gdzie każdy ruch i najmniejszy ucisk na schorzałą część ciała wywołuje dotkliwy ból, można choremu w czasie przygotowania do operacyi zaoszczędzić wiele bolu i dolegliwości, nie dających się ominąć przy dawniej używanem długotrwałem myciu zapalnie schorzałych i zbolałych tkanek.

Niemniej doniosłe znaczenie ma przeprowadzone tym sposobem oględne przygotowanie skóry przed operacyą przy laparotomiach, podejmowanych wskutek spraw zapalnych, n. p. przy zapaleniu wyrostka robaczkowego lub przy zapaleniu otrzewnej. Dotychczas bowiem używane sposoby przygotowania skóry na brzuchu były połączone często z mechanicznem jej podrażnieniem. W wielu klinikach używa się w tym celu całemi wiadrami wody i płynów odkażających, nie szczędząc przytem mydła, szczotek, wiórów lub w najlepszym razie waty i gazy. W końcu dostaje się chory na stół operacyjny ze skórą zaczerwienioną i pozbawioną naskórka, a nie da się zaprzeczyć, że takie podrażnienie skóry mogło dać nieraz powód do wtórnego zakażenia. A jakże często może się przytrafić, że w czasie takiego mycia może ropniak jajowodu, ciąża zewnątrzmaciczna lub ropień okołokątniczy, napięty i źle otorbiony, pęknąć i zakazić jamę otrzewną! Ponieważ nieraz nie wiemy, jak daleko sprawy zapalne w jamie brzusznej się rozprzestrzeniają, należałoby unikać, by mechanicznem czyszczeniem powłok brzusznych nie rozszerzać przypadkiem dalej zapalenia otrzewnej.

Ma wreszcie ten oględny sposób odkażania skóry i tę zaletę, że nie działa ujemnie na stan psychiczny chorego. Słyszymy nieraz z ust samego chorego, przygotowywanego do operacyi długotrwałem i gruntownem myciem, iż przygotowanie takie, połączone nieraz z dotkliwym bólem, bywa gorsze do zniesienia, niż sam zabieg operacyjny, przebyty następnie wśród znieczulenia lub w uśpieniu.

Mam w końcu jeszcze to wrażenie, że i pooperacyjnych zapaleń płuc będziemy również mieć obecnie mniej, niż dawniej, kiedy po długotrwałem myciu i zużyciu na to kilku wiader wody i płynów odkażających, chory, trzęsąc się na całem ciele, przychodził zziębnięty na stół operacyjny, chociażby ogrzewany termoforami i lampkami elektrycznemi, na które zdobyć się może ewentualnie kilka wybranych klinik na kontynencie, lecz nie większość sal operacyjnych w mniejszych klinikach i szpitalach.

Z oddziału chorób skórnych i wenerycznych szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Zgorzel samoistna symetryczna skóry.

Podał

Dr. Eugeniusz Borzęcki

prymaryusz oddziału.

Przypadki zgorzeli, zajmującej skórę, tkankę podskórną, a względnie także i części głębsze w szerokiem słowa znaczeniu »zgorzel«, nie należą do rzadkości. Częściej spotyka je chirurg, a w pierwszym rzędzie te, których przyczyną jest zamknięcie światła tętnic czy to w następstwie opisanej przez Winiwartera i Billrotha »endarteriitis obliterans hyperplastica«, czy postaci, opisanej przez Eiselsberga jako »endarteriitis nodosa obliterans«, czy wreszcie w następstwie daleko posuniętych zmian miażdżycowych z następowymi zatorami, czy na tle kiłowem powstałych zmian na ścianie wewnętrznej tętnic, czy wreszcie przypadki zgorzeli starczej. Te postacie zgorzeli mają przyczynę jasną i najczęściej zajmuje taka zgorzel pewne części kończyn. Do częstych należy zgorzel skóry, powstała przez odleżenie, jak i druga, występująca u chorych na cukrzycę.

Przypadki jednak tak zwanej samoistnej zgorzeli skóry należą do rzadkich.

Przypadek, jaki miałem sposobność spostrzegać, sądzę, że należy zaliczyć właśnie do tej postaci i zdawało mi się, że z wielu względów zasługuje on na wzmiankę.

M. Ch. lat 16. z P., Nr. pr. 1674, przyjęta na oddział d. 12. października 1910. Rodzice chorej, dwaj bracia i siostra żyją i są zdrowi. Chorób zakaźnych chora nie przebywała; regularność jeszcze się nie pojawiła. W maju 1908 bez poprzednich zwiastunów wystąpił według opowiadania matki i chorej na skórze obu goleni obraz zmian, przypominający obecny. Nagle wśród nieznacznych bólów w goleniach wystąpiły ogniska sino zabarwione i obrzęk w okolicy miejsc zajętych; zmiany te jednak miały wystąpić niezupełnie równocześnie. Wezwany lekarz zrobił nacięcia i zakładał w pewnych odstępach czasu opatrunki. Po kilku tygodniach nastąpiło zabliźnienie. Od tego czasu dziewczynka była zupełnie zdrowa.

Dnia 11. października, a więc w przeddzień przybycia na oddział, zajęta była rano chora kopaniem ziemniaków. Po południu skarżyła się na bóle w obu goleniach; matka poleciła jej położyć się, a oglądając ją, zauważyła skórę na goleniach zaczerwienioną, a w kilku miejscach »jak gdyby palcem dotknął, zesiniałą«. Ogniska te sine powiększały się bardzo szybko, co skłoniło matkę do przywiezienia chorej do Krakowa.

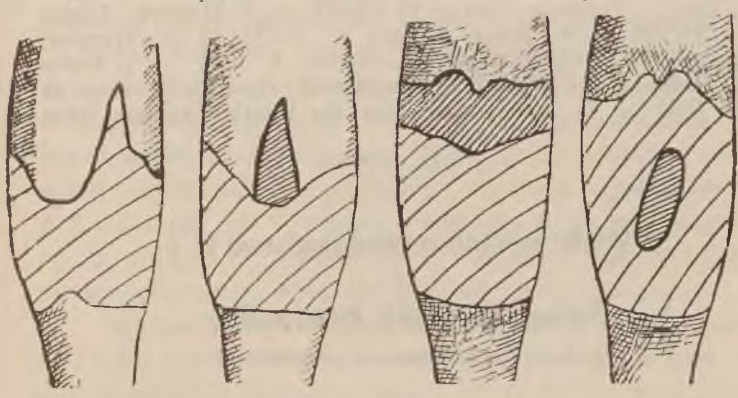
S t a n o b e c n y. Chora średniej budowy i takiegoż odżywienia. Badanie narządów wewnętrznych zmian nie wy-

kazuje, w moczu niema białka, ani cukru. Badanie układu nerwowego nie wykazało żadnych zmian. (Obszerniejsza wzmianka co do tego punktu przy końcu pracy).

Błona śluzowa jamy ustnej prawidłowa. Sutki nie rozwinięte, części rodne nie owłosione. Na skórze tułowia, kończyn górnych i ud zmian żadnych nie ma. Zmiany na skórze obu goleni przedstawiają się na pierwszy rzut oka jakby rozległe wybroczyny o brzegach ostro ciętych, nieregularnych; zajmują skórę obu goleni na całym obwodzie. Granice dolne sięgają mniej więcej od dołu 6—8 ctm. powyżej stawu skokowego, górne najwyżej wysunięte również 6-8 ctm. poniżej stawów kolanowych. Kontury tych pozornych sińców ostre, tworzą figury o brzegach bądź to wklęsłych, bądź wypukłych, to znów jakby wybiegały wypustkami.

Graficzny obraz tych zmian przedstawiają następujące rysunki:

Od przodu Od tyłu



goleń prawa lewa lewa goleń prawa

Na obwodzie opisanych ognisk sino zabarwionych skóra na szerokości 1—½ ctm. żywo zaczerwieniona. Przy dalszem badaniu spostrzega się, że skóra na udzie lewem tuż powyżej stawu kolanowego sino-zielonawo zabarwiona, lekko obrzękła, przy ucisku bolesna; podobny obraz przedstawia skóra na udzie prawem po stronie wewnętrznej. Badanie uciskiem goleni powyżej ognisk dla chorej bolesne. Jeżeli badanie miejsc zajętych sprawiało na pierwszy rzut oka wrażenie rozległych wybroczyn, to dokładniejsze badanie wykazało, że skóra w zajętych miejscach przedstawiała obraz zgorzeli suchej. Ogniska te przy dotknięciu pergaminowo twarde; poziom -- nieco niżej otaczającej je skóry; kolor sino-czarny bez żadnych odcieni; uczucie bólu przez ukłucie szpilką w obrębie skóry zajętej zniesione w nierównym stopniu, mianowicie w częściach obwodowych ukłucia bardzo płytkie bólu nie wywołują, na cokolwiek głębsze ukłucie chora oddziaływa; w częściach środkowych można zrobić wkłucie znacznie głębsze, nim chora je odczuje jako ból. Gruczoły pachwinowe nie powiększone. Ciepłota w dniu przyjęcia 37·7° C.

Przebieg dalszy opisanych zmian nie przedstawiał nic szczególniejszego. Na drugi dzień po przyjęciu chorej zauważyć można podniesienie naskórka w postaci pęcherzy, wypełnionych cieczą krwawo zabarwioną w obrębie ognisk zgorzeli. Przy stosowaniu w początku okładów z octanu glinowego, później maści borowej, zaczęły się powoli oddzielać części tkanek zgorzelinowych. I teraz można było stwierdzić, że zgorzel ta była niejednakowo głęboka. Przeważnie uległa jej sama skóra, w wielu jednak miejscach wysepkowato zajmowała zgorzel tkankę podskórną, a nawet sięgała głębiej i w tych miejscach jeszcze do dziś (15. listopada) można stwierdzić resztki nieoddzielonej tkanki, zgorzelą dotkniętej. Przez cały czas pobytu chorej w oddziale ciepłota jest przeważnie podniesiona bez żadnego typu; w jednych dniach są wzniesienia wieczorne, w innych ranne, to znów bywają dni bez podniesienia ciepłoty; od czasu do czasu występują poty.

Obecnie większa część ognisk zajętych zgorzelą pokryta żywo czerwoną ziarniną, powierzchowne ubytki pokryte naskórkiem.

Z historyi choroby, a względnie z wywiadów trzeba zwrócić uwagę na znaczenie blizn, znajdujących się bądź to w bezpośrednim sąsiedztwie ognisk zgorzeli, bądź nawet w ich obrębie. W tym celu zwróciłem się do kolegi, który miał chorą przed dwoma laty z powodu zmian na goleniach w swej opiece. Sprawa chorobowa, — tak mnie objaśniał ów kolega, — sprawiała mu trudności w rozpoznawaniu: przypomina sobie, że były ogniska zgorzeli, znaczny obrzęk wśród tkanek głębszych, co budziło przypuszczenie zapalenia ropnego głębszego (phlegmone). Zrobił nacięcia (o nich świadczy blizna o konturach ostro ciętych); przy stosowaniu odpowiednich opatrunków sprawa w ciągu kilku tygodni uległa zabliźnieniu. W notatkach swoich jako rozpoznanie kolega ten odnalazł »erysipelas gangraenosum«, dodał jednak równocześnie, że przy rozpoznaniu tem nie upiera się, gdyż obraz zmian na skórze pod względem rozpoznawczym przedstawiał mu się niejasno.

Obraz zmian powyżej opisanych przedstawia niewątpliwie zgorzel suchą skóry. Nasuwa się pytanie, czy nie była to postać zgorzelinowa róży? Okoliczność, że zgorzel wystąpiła równocześnie na obu goleniach, i w ciągu kilkunastu godzin przedstawiała obraz zmian w historyi choroby opisanych, dalej z uwagi, że od dnia przyjęcia nie posunęła się w żadnym kierunku, brak objawów zwiastunowych, — sądzę, że przemawiają przeciw takiemu rozpoznaniu. Z kolei należy wspomnieć o chorobie Raynauda (gangraena symmetrica Raynaudi). Jeżeli się uwzględni, że choroba ta nie występuje nigdy w postaci ostrej, przeciwnie ma przebieg przewlekły, na który składają się od czasu do czasu występujące stany niedokrwienia (ischaemia) z następową zamartwicą (asphyxia) miejsc zajętych, że sprawa dotyka prawie zawsze palców kończyn, małżowin uszu, to trudno nasz przypadek umieścić w ramach tej choroby. W dalszym ciągu nasuwa się pytanie, czy zmiany te nie zostały wywołane sztucznie przez użycie jakiegoś środka żrącego? Rozmiary zgorzeli, zajęcie przez nią znacznych przestrzeni skóry na obu goleniach, swobodne zachowanie się chorej, brak bólów, wywiady udzielone przez matkę, wystarczają, by przypuszczenie to usunąć. Chorób rdzenia (syringomyelia, myelitis), w przebiegu których zdarza się zgorzel skóry, u chorej nie stwierdzono.

Jedną z postaci zgorzeli skóry, zajmującej prawie zawsze części rodne, jest opisana przez Fourniera w r. 1883 »gangrène foudroyante spontanée des organes genitaux«. Przypadków tej postaci zgorzeli widziałem kilka, wszystkie z siedzibą na skórze części rodnych (worka mosznowego, prącia), wszystkie u mężczyzn, jeden tylko u dziewczynki 15-letniej, przeniesionej z oddziału chorób umysłowych. Zgorzel ogranicza się zazwyczaj do samej skóry, wyjątkowo tylko zajmuje części głębsze (ciała jamiste prącia, jądra).

Kaposi na podstawie kilku spostrzeganych przypadków wyosobnił jako jednostkę chorobową postać zgorzeli skóry, którą nazwał »zoster gangraenosus hystericus atypicus«; Neuberger nazywa ją »pemphigus neuroticus«. Opisane przez Kaposiego, a za nim i innych przypadki dotyczyły kobiet histeryczek. Postać tę niektórzy klinicyści (Jarisch) uważają za identyczną z postacią opisywaną jako »zgorzel ostra mnoga« (gangraena multiplex acuta); i tę

postać spotyka się wyłącznie prawie u kobiet histeryczek. Wielu autorów, jak Strümpell, Schimmelbusch, Colcot Fox, Forstner poddawali chore, dotknięte tą postacią przewlekłą zgorzeli (nawroty bowiem są regułą i sprawa trwa nieraz przez lata) bardzo ścisłej obserwacyi i przekonali się, że chore ich wywoływały ogniska zgorzeli przez użycie środków żrących (wapna, ługu sodowego i t. d.). Że nie zawsze jednak tak jest, dowodzi spostrzeżenie Brandweinera. U chorej jego powstawały w różnych miejscach na skórze pęcherze, wypełnione cieczą surowiczą, a w krótkim czasie na ich miejscu ogniska zgorzeli. By przekonać się, czy nie jest to wynikiem sztucznego zniszczenia skóry, pokrywał Brandweiner świeżo powstałe pęcherze szkiełkiem zegarkowem, przymocowywał je przylepcem i zakładał szczelny opatrunek. I w tych miejscach po pewnym czasie przecież pojawiła się zgorzel.

Wracając do naszego przypadku, nie udało mi się w dostępnem dla mnie piśmiennictwie odszukać przypadku, któryby wystąpieniem symetrycznem, zajęciem znacznych przestrzeni skóry, był jemu podobnym. Kilka przypadków t. zw. zgorzeli samoistnej, jakie spotkałem opisane, mają tę wspólną cechę z naszym, że zgorzel ta wystąpiła po pewnym dłuższym czy krótszym czasie w sąsiedztwie bądź to blizkiem, bądź dalszem blizny, powstałej z różnych przyczyn.

Hebra (junior) przytacza przypadek, dotyczący dziewczynki, u której w 10 miesięcy po oparzeniu skóry przedramienia, na tej samej kończynie wystąpiły ogniska zgorzeli. Bayet spostrzegał podobny przypadek po oparzeniu kwasem siarkowym. Hintner, Quinquaud, Joseph, opisują przypadki podobne; w każdym z nich wystąpiła zgorzel w sąsiedztwie blizny po oparzeniu. Wszystkie jednak przytoczone powyżej przypadki przedstawiały zgorzel jednostronną, lub wogóle porozrzucaną, nie symetryczną. Jedyny przypadek, w którym zgorzel powtórzyła się kilkakrotnie z usadowieniem symetrycznem, opisuje Bronson. Przypadek ten dotyczy dziewczyny 17-letniej, histeryczki, u której autor stwierdził ogniska zgorzelinowe, zajmujące symetrycznie stronę wyprostną goleni i okolicę kostek.

W przypadku naszym znajdują się również w obrębie i w najbliższem sąsiedztwie zgorzeli (patrz rysunki) blizny; różnica tylko ta, że ich etyologia inna.

Z uwzględnienia przytoczonych wyżej przypadków, w których zgorzel następowała u osobników w sąsiedztwie blizn, z różnych przyczyn powstałych, nasuwa się pytanie, czy i w naszym przypadku nie ma związku między zgorzelą a istniejącemi bliznami? Hebra junior, Hallopeau wypowiadają przypuszczenie, że może przyczyną tych zgorzeli jest wstępujące zapalenie nerwów (neuritis ascendens), wywołane działaniem blizny. Trudno jednak w naszym przypadku przyjąć, by takie zapalenie gałązek odpowiednich nerwów wystąpiło równocześnie symetrycznie na obu goleniach.

Wiek chorej, brak jakichkolwiek zmian w narządzie krążenia, pozwalają wyłączyć jako przyczynę zgorzeli zamknięcie światła tętnic, zaopatrujących dotknięte zgorzelą miejsca. Dodać należy, że badanie krwi w kierunku bakteryologicznym, dokonane przez Dr. Eisenberga, za co mu serdecznie dziękuję, dało wynik ujemny.

Celem upewnienia się, czy u chorej nie ma jakiegoś cierpienia układu nerwowego, przeniesiono ją dla zbadania do ambulatoryum kliniki chorób nerwowych. Według uprzejmie mi udzielonego wyniku badania, za który Prof. Piltzowi dziękuję, nie stwierdzono żadnych zaburzeń ze strony narządu nerwowego prócz nieco upośledzonego czucia w okolicy miejsc zgorzelą dotkniętych; niemniej objaśniono, że dotknięte zgorzelą miejsca nie odpowiadają ani rozgałęzieniu te miejsca zaopatrujących nerwów obwodowych, ani korzeniom nerwów.

Jak wynika z tej krótkiej notatki, nie można w naszym przypadku odszukać przyczyny, któraby tłómaczyła wystąpienie opisanej zgorzeli symetrycznej. Nasz przypadek dzieli w tym względzie los tych wszystkich przypadków, które dla braku znanej etyologii noszą nazwę »zgorzel samoistna skóry«.

Piśmiennictwo. 1) Hebra j. Archiv für Dermat. u. Syph. T. XXIV. — 2) Bayet. Tamże T. XXXII. — 3) Hintner. Tamże T. XXXVIII. — 4) Joseph. Tamże T. XXXI. 5) — Spiegler. Tamże T. LX. — 6) Brandweiner. Tamże T. LXV. — 7) Bronson. Tamże T. LXXIV. — 8) Quinquaud. Annales de derm. et syph. 1892. — 9) Jarisch-Handbuch der Hautkrankheiten 1900.

Z kliniki położniczo-ginekologicznej U. J.

Uwagi o ciąży brzusznej

z okazyi dwóch własnych przypadków [1])

napisał

Prof. Dr. Aleksander Rosner.

Ciąża zewnątrzmaciczna należy do najlepiej opracowanych przedmiotów w położnictwie i ginekologii i to tak pod względem klinicznym, jak i czysto naukowym, pracownianym.

Ale w nauce o ciąży zewnątrzmacicznej jest jeden rozdział, traktowany nawet w dużych monografiach pobieżnie, rozdział, pełen zamętu, rozbieżnych pojęć i niejasności. Mam tu na myśli t. zw. ciążę brzuszną (graviditas abdominalis). W nauce o tej ciąży spotykamy dwa pojęcia, a mianowicie ciąża brzuszna p i e r w o t n a (gr. abd. primaria) i ciąża brzuszna w t ó r n a lub n a s t ę p o w a (gr. abd. secundaria). Pierwsze określenie odnosi się do tych przypadków, w których jajko po zapłodnieniu osiedliło się (implantowało się) na błonie otrzewnej gdziekolwiek w jamie brzusznej, a nie na błonie śluzowej jajowodu lub na nabłonkach pęcherzyka Graafa. Nawiasowo wspominam, że ta postać ciąży zewnątrzmacicznej, uważana ongi za najczęstszą, jest dziś przez najpoważniejszych klinicystów i najlepszych znawców tej sprawy zakwestyonowana. Poprostu zachodzą poważne wątpliwości, czy ciąża brzuszna pierwotna u człowieka wogóle istnieje. Do sprawy tej powrócimy.

Co to jest ciąża brzuszna w t ó r n a czyli n a s t ę p o w a? Veit określa ją w ten sposób: »Ciążą brzuszną wtórną nazywamy te przypadki, w których płód w błonach, albo całkiem wolny, leży w jamie otrzewnej pomiędzy jelitami; dostaje się on tam z pierwotnego worka po jego nadżarciu (nach Usur des Fruchtsackes); rozwija się tam (t. j.

[1]) Wedle odczytu, wypowiedzianego na Zjeździe chirurgów polskich w Warszawie dnia 6. października 1910.

w otrzewnej) pewien czas, może nawet do kresu t. j. do donoszenia; warunkiem jednak jest to, żeby łożysko pozostało w żywem, stałem połączeniu z tkanką matczyną w miejscu pierwotnego przyczepienia«, to znaczy, że w razie, jeśli zaczęło się od ciąży jajowodowej, łożysko pozostaje w jajowodzie, płód zaś leży w jamie otrzewnej, połączony z tem łożyskiem za pośrednictwem pępowiny.

Prócz tych dwóch zasadniczych rodzajów ciąży brzusznej (gr. abd. primaria i gr. abd. secundaria) mogą jednak istnieć i inne, dla których nie ma w nauce pojęć, co najlepiej dowodzi, do jakiego stopnia rozdział ten jest jeszcze nieopracowany.

I tak wydarza się, że całe jaje (nie tylko płód) dostaje się n. p. z jajowodu z powodu jego pęknięcia do jamy brzusznej. Jaje to (przypuśćmy 5-miesięczne) obumiera, pozostaje jednak przez czas dłuższy w jamie brzusznej; tam otacza się zrostami, podczas gdy miejsce pierwotne osiedlenia się jaja, t. j. jajowód, wraca powoli do stanu prawidłowego, rany jego goją się i t. d. Jeśli po miesiącach lub nawet latach operujemy taką chorą, to nie możemy żadną miarą zaliczyć takiego przypadku do ciąży jajowodowych. Klinicznie nie jest to ciąża jajowodowa, tylko brzuszna; ale wedle dopiero co przytoczonych określeń ciąży brzusznej pierwotnej i następowej, nie jest ani jedną, ani drugą.

Teoretycznie pomyśleć jednak możemy i inne zdarzenie. Jajko bardzo młode, — rozwijające się gdzieś koło ujścia brzusznego jajowodu, zostaje poronione do jamy otrzewnej: tam osiedla się powtórnie i dalej się rozwija. I to nie jest już klinicznie ani anatomicznie ciąża jajowodowa, tylko ciąża brzuszna, nie podpadająca jednak pod żadne z przytoczonych powyżej określeń; nie jest to ani ciąża brzuszna pierwotna, ani następowa.

Wobec tego, że wszystkie wyżej przytoczone rodzaje ciąży brzusznej rzeczywiście wydarzyć się mogą, a pod wszelakim względem są do siebie niepodobne, i to tak co do genezy i anatomicznego obrazu, jak i co do klinicznego przebiegu, przeto zachodzi konieczna potrzeba stworzenia nowego podziału ciąży brzusznych.

Sądzę, że następujący podział może się okazać praktycznym:

1) ciąża brzuszna pierwotna, — obejmuje przypadki osiedlenia się zapłodnionego jaja na błonie otrzewnej;

2) ciąża zewnątrzmaciczna z następowym brzusznym rozwojem płodu obejmuje te przypadki, które według określenia Veita noszą miano »ciąża brzuszna następowa«. Wyraz »zewnątrzmaciczna« zastąpi się pojęciem ściślejszem »jajowodowa«, »jajnikowa«, po stwierdzeniu, gdzie jest siedziba łożyska. Zachodzi tu sprzeczność, gdyż pomiędzy ciąże brzuszne zaliczamy tu przypadki, których sama nazwa mówi co innego: n. p. ciąża jajowodowa z następowym rozwojem płodu brzusznym.

Sprzeczność ta jest nietylko pozorną, jest ona istotną. Pochodzi ona, jak łatwo zrozumieć, stąd, że przypadki takie, brane z punktu widzenia klinicznego, muszą być zaliczone do ciąży brzusznych, choć genetycznie są ciążami jajowodowemi. Ale podział nasz jest czysto kliniczny.

3) Ciąża brzuszna następowa martwa. Ten dodatek »martwa« oznaczać ma to, że w tych przypadkach dostało się do otrzewnej martwe jaje.

4) Ciąża brzuszna przeszczepiona (reimplantowana), w przeciwstawieniu do poprzedniej, obejmuje te przypadki, w których przeszczepione z miejsca pierwotnej implantacyi jajko przyjmuje się na otrzewnej i rośnie dalej; jest więc żywe.

Miałem sposobność spostrzegać przypadki, należące do różnych grup. Dwa przypadki, operowane przezemnie a należące do grupy drugiej, opisał Piotrowski w 1904 roku. W obu przypadkach znaleziono płód zmumifikowany, otoczony owodnią, w jamie otrzewnej, podczas gdy łożysko leżało raz w jajowodzie bliżej końca brzusznego, raz wśród macicznej części jajowodu.

Również widziałem przypadek, który należałoby zaliczyć do trzeciej grupy, gdzie całe jaje płodowe leżało czas dłuższy w wolnej jamie brzusznej. Przypadek ten będzie wkrótce ogłoszony.

Tutaj chciałbym wspomnieć tylko krótko o dwóch w ostatnich czasach spostrzeganych przypadkach, które zaliczyćby można z pewnem prawdopodobieństwem do grupy 1-szej względnie 4-tej.

Nie są one dość dokładnie spostrzegane i badane, ażebym miał prawo twierdzić, że niewątpliwie do tych grup należą. Odnosi się to szczególnie do przypadku drugiego. Jeśli zwłaszcza zastosuję ostre krytyczne wymagania Wertha, wobec których ostało się z całej literatury światowej zaledwie kilka przypadków (Galabin, Rein), lub jeśli zgoła użyję krytycznego sposobu Veita, wobec którego nie ostał się wogóle żaden, to niewątpliwie odrzucićbym tu musiał drugi mój przypadek, jako stanowczo za słabo udokumentowany. Natomiast pierwszy wydaje mi się dość pewnym. Na Zjeździe w Freiburgu (1889) oświadczył Veit, że tylko w tych przypadkach uznać można ciążę zewnątrzmaciczną za pierwotną brzuszną, w których rozwój jaja jest niedaleko posunięty, w których nie doszło do żadnych zmian wstecznych i gdzie na pewne stwierdzić można zupełną niezawisłość obu jajowodów i obu jajników od jaja płodowego.

W r. 1904 na Zjeździe w Würzburgu zmienił Veit i znacznie zaostrzył te warunki. Żąda on teraz, żeby jaje płodowe było żywe i żeby wykazać żywy związek łożyska (względnie kosmówki) z otrzewną; naturalnie wykazanie niezawisłości jajowodów i jajnika od jaja płodowego pozostaje i nadal »conditio, sine qua non«. Dopełnienie tych, zresztą zupełnie słusznych żądań jest dla operatora rzadko kiedy możliwe. Operuje on zwykle wśród krwotoku i choćby nie wiem jak interesował się naukowemi zagadnieniami, nie myśli wówczas o niczem innem, jak o ratowaniu gasnącego życia chorej. Wykazanie, że związek między jajem, a otrzewną jest żywy, wymaga badania drobnowidowego tego kawałka otrzewnej, który był siedzibą jaja, a tylko wyjątkowo można mieć taki preparat do rozporządzenia. Dodajmy do tego, że dzięki ulepszonej technice i postępom aseptyki, chore takie dostają się coraz rzadziej na stół sekcyjny, a pojmiemy, jak trudno jest dostarczyć niczem niezachwianych naukowych dowodów, że w danym przypadku siedzibą i podłożem jajka była istotnie błona otrzewna.

Oto mój pierwszy przypadek:

H. T. l. 20 Nr. prot. gin. 104 z 1909/10. Przyjęta do kliniki dnia 9. kwietnia 1910 r. Z wywiadów wspomnę

tylko, że chora miewała regularność prawidłową, rodziła raz przed $1^1/_2$ rokiem siłami natury, jednak chorowała w połogu przez 6 tygodni. Szczegółów choroby nie umie podać.

Nie pamięta daty ostatniego peryodu; w każdym razie od paru miesięcy nie miesiączkuje, może już od czterech.

Przed 3 tygodniami miała mieć bóle w brzuchu i wtedy zgłosiła się do szpitala, gdzie ją przyjąłem i gdzie rozpoznałem ciążę zewnątrzmaciczną po stronie prawej. Dodać należy, że od przeszło 3 tygodni ma chora nieznaczne krwawienia.

W dniu przyjęcia do kliniki stwierdzono: Osoba dobrze odżywiona, raczej do otyłości skłonna; wygląda zdrowo. Narządy klatki piersiowej prawidłowe, w jamie brzusznej zwykłe opory, tylko nad prawą pachwiną bolesność.

Badanie wewnętrzne wykazuje: Macica większa od prawidłowej, zepchnięta ku lewej stronie, dość twarda. Obok macicy po stronie prawej, głęboko w miednicy guz wielkości pięści, miękki, mało ruchomy. Uważamy go za ciężarny jajowód prawy.

Dnia 13. kwietnia operacya. Znieczulenie rdzeniowe 0·08 tropakokainy. Ułożenie Trendelenburga -- laparotomia cięciem poprzecznem Pfannenstiela. Założono trójlistny wziernik brzuszny. Do trzonu macicy przyklejona sieć, która pokrywa całkowicie guz, leżący po stronie prawej. Guz ten prześwieca przez sieć blado-sinawą barwą; ma wielkość pięści i leży głęboko w miednicy. Kopuła jego jest na wysokości wchodu. Po odklejeniu sieci spostrzega się na szczycie guza dwa dość duże odbarwione skrzepy, dowód, że przed dość dawnym czasem odbyło się krwawienie do jamy brzusznej. Jajowód prawy leży nad guzem, zagina się potem ku dołowi i tyłowi, jednak nigdzie nie wchodzi w związek bezpośredni z guzem. Przy podnoszeniu jajowodu naddarto blaszkę otrzewną na granicy między krezką jajowodu (mesosalpinx) a krezką jajnika (mesovarium). Dość silne krwawienie zatrzymano kleszczykami Péana. Jajnik leży tuż nad guzem, dolny jego biegun dotyka szczytu guza, a raczej skrzepów, pokrywających guz, daje się jednak bez trudności oddzielić. Uwolniony od oblepiających dolny jego biegun starszych skrzepów, przedstawia się zupełnie prawidłowo; nigdzie niema rany, nigdzie ubytku. Koniec brzuszny jajowodu zalepiony świeżymi zlepami, nie okazuje zresztą zmian, ani bezpośredniego związku z guzem.

Guz po odsunięciu ku górze jajnika i jajowodu można dokładnie obejrzeć. Przylega on do tylnej blaszki więzadła szerokiego w dolnej jej części, a więc koło zatoki Douglasa. Pokryty jest skrzepami krwi.

Przy usiłowanem oddzieleniu pęka jaje i wypływa czysty płyn, oraz płód zupełnie świeży 2—$2^1/_2$ ctm. długości. Wśród oddzielania stwierdzić można istnienie świeżej kosmówki. Powstaje wówczas krwotok dość znaczny i okazuje się, że krwawi z tylnej blaszki więzadła szerokiego, z dna miednicy po stronie prawej. Nigdzie nie otwarto przestrzeni łącznotkankowej i na pewno nie wyłuszczono jaja z pomiędzy blaszek więzadła szerokiego. Otrzewna, od której oddzielono jaje, jest nierówna i silnie krwawi. Bezwłocznie przystępujemy do tamowania krwotoku przez okłucie szwem kapciuchowym, idącym dokoła krwawiącej powierzchni. Mimo założenia tego szwu krwawienie, choć nieznaczne, utrzymuje się. Założono szew drugi na zewnątrz od pierwszego, poczem krwotok ustał.

Ponieważ związek tej sprawy z jajowodem prawym nie był jasny, z obawy, żeby nie zostawić źródła krwotoku, usunięto jajowód prawy.

Jajowód lewy leży wśród zrostów i ma ujście brzuszne zupełnie (i oddawna) zarośnięte. Wykonano salpingostomię na tym lewym jajowodzie.

Mimo tak starannego zatamowania krwotoku wystąpiły objawy krwawienia wewnętrznego w pierwszym dniu po operacyi i wytworzył się spory opór w okolicy dawnej siedziby jaja. O ile z usadowienia wnosić można, jest to krwiak prawego więzadła szerokiego. Dnia 26. IV. 1910, a więc w 13 dni po operacyi opuszcza chora klinikę, zupełnie zdrowa.

Badanie makroskopowe jajowodu prawego wykazuje zupełnie prawidłowy stan; na szeregu skrawków drobnowidowych z różnych miejsc jajowodu nie znaleziono nic, coby przemawiało za ciążą jajowodową. Czy jajowód ten nie był siedzibą tego jajka i czy nie poronił go był do jamy brzusznej na parę tygodni przed operacyą, tego nikt nie rozstrzygnie, gdyż wówczas zmiany, któreby ciąża była wywołała w ścianie jajowodu, mogły były doszczętnie ustąpić.

Stwierdzić więc mogę, co następuje:

1) Ciąża ta była świeża i płód i całe jaje nie okazywały zmian wstecznych.

2) Oddzielenie tego jaja od otrzewnej było powodem krwotoku i to nie z poszczególnych większych naczyń, tylko z całej powierzchni. Musiał więc istnieć żywy związek między tem jajem a otrzewną.

3) Ani jajnik, ani jajowód nie były siedzibą tego jaja. Szczególnie zwracam uwagę i na to, że miejsce implantacyi na otrzewnej było odległe od strzępka jajnikowego (fimbria ovarica).

4) Jaje to nie leżało między blaszkami otrzewnej, nie był to więc rozwój śródwięzadłowy.

Oto względy, które zmuszają do rozpoznania: ciąża brzuszna pierwotna, lub w bardzo wczesnym okresie reimplantowana.

A teraz pytanie: czy to rozpoznanie jest pewne? względnie, czego mu niedostaje, o ile nie odpowiada zaostrzonym warunkom Veita? Otóż brakuje jedynie badania drobnowidowego tej blaszki otrzewnej, na której się jaje usadowiło. Nie wycięliśmy nic z tej otrzewnej, gdyż było to wobec grozy sytuacyi niemożliwe. Z otrzewnej tej podnosiła się krew; z trudem udało nam się zatrzymać to krwawienie przez okłucie, myśleć więc nie mogliśmy o wycinaniu tej otrzewnej do badań drobnowidowych. Gdyby nie ten brak, byłby to zupełnie pewny i jasny przypadek ciąży brzusznej.

Drugi przypadek jest znacznie mniej dokładnie spostrzegany. Nie mamy nawet niezbitego dowodu, że chodziło tu o ciążę zewnątrzmaciczną, gdyż jaja płodowego wcale nie widzieliśmy. Mimoto jest on ze względów klinicznych ciekawy, jak niemniej i przez to, że przedstawia pewne szczegóły, które go czynią podobnym do wyżej opisanego.

W. Z. l. prot. ginek. 909/10 l. 207, przyjęta do kliniki 17. czerwca 1910.

Przebyła trzy porody prawidłowe, ostatni przed rokiem. Ostatnia miesiączka była 17. kwietnia, a więc przed 2 miesiącami; w maju nie było jej wcale, choć zwykła była przychodzić co 4 tygodnie. Przez pierwszy tydzień czerwca krwawienie nieznaczne (mniej, niż podczas regularności). W owym to czasie przebyła chora spędzenie tasiemca.

Dnia 15. czerwca doznała gwałtownego bolu w brzuchu, a potem wymiotów i bardzo znacznego osłabienia, tak, że lekarz wstrzykiwać musiał podskórnie kamforę.

Dnia 16. VI. czuła się lepiej i nawet wstała. Nazajutrz 17-go popołudniu doznała znowu gwałtownego bolu i znowu przyszło znaczne osłabienie, które jednak tym razem nie przeszło, tylko mimo kamfory stawało się coraz większem. Wreszcie tętno w tętnicy sprychowej stało się niewyczuwalne. Wezwany kol. Prof. Braun rozpoznał krwotok do jamy brzusznej z powodu ciąży zewnątrzmacicznej i skierował chorą do kliniki.

Tu stwierdzono, co następuje: Chora nieprzytomna,

w tętnicy sprychowej nie wyczuwa się tętna. Osłuchując serce, doliczyć się można około 160 uderzeń na minutę. Oddech szybki. Powłoki skórne i widzialne błony śluzowe trupio blade.

Brzuch wzdęty; opukiwaniem stwierdza się znaczną ilość wolnego płynu w jamie brzusznej. Powoduje on stłumienie odgłosu w dolnej części brzucha, w linii środkowej sięgające na 3 palce pod pępek, a po obu bokach w okolicach lędźwiowych na wysokość 6 palców.

Badając wewnętrznie, znajduje się macicę w zgięciu ku przodowi, nieco większą, zresztą żadnego guza; natomiast przez sklepienie tylne wyczuwa się ciążący na niem płyn w jamie brzusznej.

Natychmiast przystąpiono do operacyi. Uśpienie chloroformowe; cięcie podłużne pod pępkiem. Po otwarciu otrzewnej wylewa się z brzucha ogromna ilość płynnej krwi, wśród której tu i ówdzie nieco skrzepów. Wszystko to wypływa na podłogę sali operacyjnej. Wśród tego operator wprowadza rękę do jamy brzusznej i stwierdza, że oba jajowody są cienkie. Uchwyciwszy macicę, wyciąga ją przed powłoki brzuszne, i wówczas naocznie spostrzega, że żaden z jajowodów nie jest siedzibą jaja. Jajowód prawy cienki, blady, zupełnie prawidłowy; lewy nieco grubszy, na niedużej przestrzeni zabarwiony jest sino, wskutek przeświecającej z głębi, t. j. z jego wnętrza, krwi.

Z otwartego brzusznego końca jajowodu nie wypływa jednak krew do jamy brzusznej. Oba jajniki zupełnie prawidłowe.

Obawiając się, że mimo wszystko ten jajowód był siedzibą jaja płodowego i że chodzi tu o poronienie jajowodowe, narząd ten usunięto (salpingectomia sinistra).

Tak wśród tego zabiegu, jak i po pokryciu kikuta otrzewną stwierdzono, że w jamie brzusznej krwi ciągle przybywa. Usunięto, ile być może, doszczętnie, nagromadzoną w jamie brzusznej krew i wówczas spostrzeżono, że otrzewna na dnie jamy Douglasa, częściowo na przedniej ścianie odbytnicy, okazuje ubytek o brzegach nierównych, z którego silnie i stale krwawi.

Ubytek ten jest owalny i ma mniej więcej 4 ctm. w dłuższej średnicy. Oś długa jest równoległa do kierunku odbytnicy. Stwierdza się, że nie jest to krwawienie tętnicze, ani żylne; wogóle nie można znaleść świateł naczyniowych; cała powierzchnia ranna krwawi.

Na ubytek ten założono szew katgutowy i tym uciskiem zatrzymano krwotok, poczem zamknięto jamę brzuszną. Dodam, że chora ta uleczona opuściła klinikę dnia 9. lipca.

Cały wycięty jajowód pokrajano na seryę mikroskopową. Złożyło się na nią 2761 skrawków na 131 szkiełkach. Wszystkie te skrawki przejrzano dokładnie, spodziewając się znaleść ślady siedziby jaja, tem bardziej, że w dwóch miejscach wyraźnie przeświecała z głębi krew. I rzeczywiście na szeregu skrawków od 280 do 650, a potem od 840 do 1150 znajduje się światło jajowodu wypełnione krwią i wrzecionowato rozdęte, a bliżej macicy na kilkuset skrawkach (1308 do 1380 i 1496 do 1776) spostrzega się w świetle trąbki ślady krwi, nigdzie jednak nie ma ani śladu składników jaja płodowego, ani też krwi w warstwie mięsnej jajowodu. Gdyby tu chodziło o świeże poronienie z badanej trąbki, musielibyśmy byli znaleść reszty płodowej troposfery w tkance podśluzowej i mięsnej i wylewy krwi w tychże warstwach.

Skąd wzięła się krew w jajowodzie? Mogła ona pochodzić z jamy otrzewnej i znaleść się tam wskutek pewnego rodzaju aspiracyi, albo też mogła się wylać do jajowodu z powodu jakiejś przerwy ciągłości tkanek na błonie śluzowej. To drugie przypuszczenie wydaje mi się znacznie podobniejszem do prawdy. Przemawiają za tem dwa spostrzeżenia; naprzód to, że krew znajduje się gdzieniegdzie nietylko w świetle jajowodu, ale i tkance kosmków. Widzimy to na licznych skrawkach (532—591, 896—975, 1592—1616) i przypuszczamy, że krew do światła jajowodu wylała się poprostu z tych okaleczonych kosmków. Przemawia też za tem i drugi spostrzeżony szczegół, mianowicie obecność całych pokładów nabłonka kosmkowego w krwi wypełniającej światło jajowodu. Tę domieszkę komórek nabłonkowych do krwi badano naturalnie bardzo dokładnie, chodziło bowiem o rozstrzygnięcie, czy to nie nabłonki płodowe. Otóż żadnej nie ulega wątpliwości, że były tu wyłącznie nabłonki kosmków jajowodowych, złuszczone często na sporych przestrzeniach ze ściany kosmka.

Wszystko to przemawia za urazową przyczyną krwotoku do jajowodu. Prawdopodobnie obmacywanie jej podczas operacyi było źródłem tego urazu.

Wobec tego wyniku badań histologicznych twierdzić możemy całkiem stanowczo, że jajowód lewy nie był siedzibą jaja płodowego w ostatnich kilku tygodniach przed operacyą.

Jajowodu prawego nie badano, makroskopowo jednak nie różnił się on niczem od prawidłowego, tak że i on nie był źródłem tego olbrzymiego do jamy brzusznej krwotoku. Jajniki były również zupełnie prawidłowe.

Nie znaleziono też jaja płodowego; mogło ono wypłynąć ze krwią z jamy brzusznej.

Wobec tego, że nie wykazaliśmy ani produktu, ani siedziby ciąży, nie mamy zapewne prawa twierdzić, że tu napewne była ciąża zewnątrzmaciczna, niemniej jednak prawdopodobieństwo jest ogromne. Przemawia za tem przedewszystkiem zatrzymanie miesiączki i ten ogromny krwotok wewnętrzny, dla którego trudno znaleść inną przyczynę. A przytem na otrzewnej dna zatoki Douglasa i odbytnicy znajdowała się rana, ubytek, z którego jeszcze wśród operacyi krwawi, a który nie mógł w tem najgłębszem i najtrudniej dostępnem miejscu jamy brzusznej powstać wskutek urazu. T e n u b y t e k u w a ż a m z a m i e j s c e i m p l a n t a c y i j a j a, będąc zupełnie świadomym tego, że dowodów na to nie mam.

W dyskusyi nad ciążą zamaciczną na Zjeździe w Würzburgu wypowiedział Pfannenstiel zupełnie słuszne zapatrywanie, że jeśli w przypadku krwisteku zamacicznego nie znajdzie się miejsca siedziby jaja (w jajowodzie lub jajniku) i samego jaja, nie ma się prawa twierdzić, że to nie jest ciąża zewnątrzmaciczna: »Uważam to za rzecz zupełnie możliwą, że mamy tu do czynienia z krwistekiem zamacicznym, który pokrywa wcześnie przerwaną (frühzeitig zur Erledigung gekommene) ciążę brzuszną«. »Mutatis mutandis« możemy to zastosować do naszego przypadku i to z tem większem uprawnieniem, że widzieliśmy ubytek w tkance, który za siedzibę jaja uważamy.

Czytając odpowiednie piśmiennictwo, a przedewszystkiem zastanawiając się nad nieprzejednanem stanowiskiem większości autorów, którzy istnienia pierwotnej ciąży brzusznej uznać nie chcą, odnosi się wrażenie, że to ich zapatrywanie jest dziś już nieco przestarzałe.

Nowe, wielkie odkrycia, dotyczące implantacyi jaja i pierwszych chwil jego rozwoju, (Peters, Spee) mają i dla tej sprawy doniosłe znaczenie i nie mogą być pominięte, jeśli się mówi o możliwości lub niemożliwości implantacyi i reimplantacyi jaja na otrzewnej. W czasach, kiedy sądzono, że jaje osiada na błonie śluzowej macicy, a więc bezpośrednio na jej nabłonkach, i że błona śluzowa zaczyna dokoła tego jajka bujać, podnosić swoje fałdy coraz wyżej, aż je wreszcie dokoła obejmie (decidua reflexa, seu capsularis), w czasach, kiedy jajku przypisywano rolę bierną, a błonie śluzowej rolę czynną, można było istotnie uważać

za absurdum przypuszczenie, że jajko osiąść może na otrzewnej. Ta otrzewna nie mogła przecież wytworzyć doczesnej zagiętej, bez której jaje ostać się nie mogło (wedle ówczesnych pojęć) w pierwszych okresach swojego rozwoju. Dziś jaje i błona śluzowa zamienić musiały swoje role. Okazało się, że rozwijające się, zapłodnione jaje jest agresywne, zagnieżdża się czynnie, wgryza się poprostu w błonę śluzową macicy, niszcząc po drodze jej nabłonek i powierzchowne warstwy tkanek, które temu zagnieżdżeniu stoją na przeszkodzie. A błona śluzowa zachowuje się przytem zupełnie biernie. Dawne, obrazowe przedstawienie regularności, jako cięcia inokulacyjnego, wykonanego przez naturę, zaczyna nabierać podstaw, zaczyna powracać do honorów. Ale równocześnie przeczy ono zupełnej bierności błony śluzowej; przeciwnie zdaje się nie ulegać wątpliwości, że zmiany w budowie błony śluzowej macicy, poprzedzające każdą miesiączkę i krwawienie do błony śluzowej macicy z uniesieniem i oddzieleniem górnych jej warstw są czynnością, która bardzo ułatwia jaju zagnieżdzenie się. W każdym razie zgodzić się trzeba z Pfannenstielem w zapatrywaniu, że to, co wiemy dziś o sposobie zagnieżdżania się jaja, nie pozwala nam »a priori« uważać ciąży brzusznej pierwotnej za bardzo nieprawdopodobną lub zgoła niemożliwą. Jest niewątpliwie zjawiskiem u człowieka bardzo rzadkiem, ale nie jest prawdą, jakoby dotąd nie opisano żadnego przypadku, w którymby nie uczyniono zadość wszystkim krytycznym wymogom Veita, gdyż komisyonalnie zbadany i szczegółowo opisany przypadek Galabina musi być za pierwotną ciążę brzuszną uważany. A przecież jeden przypadek dodatni wystarczy dla stwierdzenia zasady.

U zwierząt zdaje się to wydarzać częściej. Przemawiają za tem przypadki Dohrna, Kamanna i Wolffa u samicy królika. Przypadek Leiseringa u kotki zaliczony być musi do przypadków ciąży brzusznej martwej, a Waldeyera u samicy pawiana także do rzędu pierwotnych ciąży brzusznych zaliczyć się nie da.

Zupełnie odrębnie traktowaną być musi sprawa t. zw. reimplantacyi czyli powtórnego zagnieżdżenia.

Praktycznie dla kliniki niema ona wielkiego znaczenia, gdyż jest rzeczą mniej więcej obojętną, czy w danym przypadku rozwija się ciąża brzuszna pierwotnie na otrzewnej zagnieżdżona, czy też w bardzo wczesnym okresie rozwoju z jajowodu do jamy otrzewnej poroniona i tam reimplantowana.

Teoretycznie rzecz jednak przedstawia się odrębnie. Pytanie musi być tak postawione: Czy jaje, oddzielone od miejsca pierwotnego zagnieżdżenia się, może to oddzielenie od macierzystego podłoża znieść, przeżyć, przeszczepić się na otrzewną i rozwijać się dalej.

Możliwość tę przyjmuje cały szereg autorów, natomiast inni wprost temu przeczą, sądząc, że jaje bezpośrednio po oderwaniu się od pierwotnej swojej siedziby ginie, traci więc wszelką możność dalszego rozwoju.

Micholitsch opisuje przypadki, w których przypuszcza przeszczepienie się jajka z jednego miejsca jajowodu na drugie, bliższe ujścia brzusznego. Waldeyer ma snać także reimplantacyę na myśli, skoro opisując ciążę zewnątrzmaciczną u pawiana, wyraża przypuszczenie, że pierwotnie rozwinęła się ona w jajowodzie, po jego pęknięciu zaś jaje dostać się miało do »recessus ovarii«, gdzie rozwinęło się łożysko z błonami i gdzie płód doszedł do pewnego stopnia dojrzałości [1]).

Werth, który w książce Winckla (t. II. B. p. 772) wprost przeczy możności takiego przeszczepienia się jajka, wypowiada zgoła inne zdanie na Zjeździe w Würzburgu (p. 219), choć i tam w przypuszczeniach swoich jest bardzo ostrożny. Mówi on: »...to przecież nie jesteśmy w stanie możliwości reimplantacyi jajka... stanowczo odrzucić« [2]).

Możność przeszczepienia przyjmuje też Alban Doran. Przytaczając przypadek Schlegtendahla, który autor uważa za ciążę brzuszną pierwotną, i krytykując to stanowisko, pisze: »Nie wiem, dlaczegoby ten przypadek nie miał być pierwotnie ciążą jajowodowo-jajnikową, która we wczesnym okresie ciąży oddzieliła się była od pierwotnej swej siedziby« [3]).

A dodać trzeba, że w tym przypadku usadowione w okolicy śledziony jaje miało wielkość męskiej pięści i zawierało płód długości sześciu cali, który rozwojem odpowiadał trzem miesiącom ciąży.

Również i przypadek Walhera tłómaczy Alban Doran reimplantacyą. Zdaniem jego jajko we wczesnym okresie rozwoju wysunęło się widocznie z ujścia brzusznego i rozwijało się dalej aż do 30. tygodnia w jamie otrzewnej [4]).

Możność reimplantacyi przyjmują również Sittner i Jarzeff.

Wszyscy ci autorowie jednak nie starają się wytłómaczyć, w jaki sposób ta reimplantacya odbyć się może i nie odpowiadają na zarzuty wyżej przytoczone, jakoby jajko, oddzielone od podłoża, natychmiast ginęło.

Należy więc, zdaniem mojem, zastanowić się, czy to co wiemy o wczesnym okresie implantacyi jaja i warunkach jego rozwoju, uprawnia nas do przypuszczenia możliwości reimplantacyi, czy też ją czyni nieprawdopodobną lub zgoła niemożliwą.

Otóż wiemy (Peters), że dokoła ludzkiego jajka już bardzo wcześnie zaczyna bujać nabłonek kosmówki, zapuszczając wypustki swoje w głąb tkanek otaczających (trophoblast) i że naczynia krwionośne matczyne ulegają nadżarciu przez ten właśnie płodowy nabłonek, przez co jaje oblewa się dokoła krwią matki, która nie krzepnie i krąży w tych nowych tkankowych przestrzeniach. Krążenie to musi się odbywać bardzo powoli, gdyż z nadżartych bardzo małych naczyń tętniczych wlewa się krew w olbrzymie międzytkankowe koryto, ażeby opuszczając je wpłynąć do nadżartych żył małego kalibru. Ta sfera dokoła jajka wyobraża nam późniejsze krążenie łożyskowe; w skład jej wchodzą: nabłonkowy trofoblast, krążąca krew matki i tkanki matczyne; nazwano ją trofosferą.

Pewna część nabłonkowych kosmków kosmówki przerasta na wskroś całą trofosferę i wrasta w tkanki macie-

---

1) ...und in den Recessus ovarii gelangte, wo eine Placenta mit Eihäuten zur Entwickelung kam, und wo der Fötus bis zu einem gewissen Stadium der Reife gedieh.

2) ...so lässt sich die Möglichkeit der Reimplantation... mit geringerer Bestimmtheit ablehnen.

3) I do not see, why it might not have originally been a »tubo-ovarian« gestation which have become detached from its original seat early in pregnancy«.

4) There is no evidence, that the ovum might not have slipped out of the ostium at an early stage; such an event seems to me highly probable.

czyste, inne kąpią się wolno w płynącej krwi matczynej; jedne i drugie z tej krwi czerpią składniki odżywcze, które oddają rosnącemu jajku, względnie płodowi. Jajko więc ludzkie żyje we krwi; krew jest elementem, w którym ono znajduje najlepsze warunki bytu.

A teraz stwierdzić trzeba, że wśród poronienia jajowodowego wydobywa się z jajowodu nietylko jajko, ale i wielka ilość krwi. Ta krew pozostaje dłuższy czas płynną; utrzymuje ją w tym stanie częścią śródbłonek otrzewnej, przeważnie jednak nabłonek płodowy trofosfery. Działanie jego w tym kierunku jest znane i bardzo wybitne; dzięki niemu w trofosferze i w późniejszem łożysku otacza tkanki płodowe stale płynna i krążąca krew matki; wskutek tejże jego własności zatrzymane po porodzie kawałki łożyska, a po poronieniu kawałki kosmówki, są powodem wielkich krwotoków, a nowotwór z tych nabłonków wychodzący (chorionepithelioma) wszędzie, dokąd tylko się przerzuci, wywołuje krwotoki tak do tkanek, jak i na zewnątrz, tem właśnie groźne, że krew nie krzepnie, jak długo styka się z tymi płodowymi nabłonkami.

Kilka razy zrobiłem spostrzeżenie, że kiedy przeważna ilość krwi, leżącej w jamie brzusznej po poronieniu jajowodowem skrzepnie, dokoła jajka znajduje się jednak krew płynna. Rozrywając skrzepy, znajduje się wówczas niespodzianie jamę, wypełnioną płynną krwią, wśród której leży jajko.

Tak więc przyjąć musimy, że poronione z jajowodu lub jajnika jajko we wczesnym okresie rozwoju, o ile dostało się do jamy otrzewnej ze znaczniejszą ilością krwi, nie ginie tam tak rychło. Leży ono w swoim elemencie, w płynnej krwi, z której dalej czerpie pożywienie. Utrzymuje ono tę krew długo w stanie płynnym i w tych warunkach długo żyć i rozwijać się może, gdyż ilość krwi otaczającej bywa w porównaniu z powierzchnią i z objętością jaja bardzo wielką i nadto krew ta wskutek perystaltyki jelit i poruszania się chorej znajduje się w ruchu i coraz nowe porcye krwi wchodzą w zetknięcie z jajem.

Tak samo w wylanej w tkankę, ale płynnej krwi żyją komórki nabłoniaka kosmówki (chorionepithelioma malignum) i długi czas zachowują zdolność do rozmnażania się i iście nowotworową w obec tkanek matki agresywność.

A jeśli tak jest istotnie, to stanowczo więcej jest słuszności w zdaniu Wertha o możliwości reimplantacyi jaja wypowiedzianem na Zjeździe w Würzburgu w r. 1903, niż w tem, co tenże autor pisze w 1904 roku w podręczniku Veita. To ostatnie jego zdanie brzmi: »Nie mogę uważać za rzecz możliwą, żeby jajko przeżyć mogło choćby najkrótsze przerwanie tych połączeń... [1])

Czy więc ciąża brzuszna u człowieka istnieje? Czy jaje zagnieździć się może na otrzewnej? Moje dwa przypadki nie rozstrzygają tej ciągle trwającej wątpliwości, choć pierwszy z nich jest tego celu bardzo blizki.

Ale jedno powiedzieć mamy już dziś prawo. Znajomość sposobu zagnieżdżania się jajka w błonie śluzowej macicy i znajomość pierwszych okresów jego tam rozwoju, każe nam wierzyć w możliwość implantacyi i reimplantacyi na otrzewnej.

Implantacyę, co prawda, trudniej przyjąć. Nic nie wykonywa tu cięcia inokulacyjnego i żadna zmiana w budowie i unaczynieniu nie przygotowuje otrzewnej do przyjęcia jajka; ale kiedy ono, raz w błonie śluzowej zagnieżdżone, otoczy się trofosferą, wówczas ma ono zapewne taką agresywność, że przeniesione razem ze krwią na otrzewną może się tam przyjąć, może w nią wrość.

Oba moje, przytoczone tu przypadki należą zapewne do tej grupy.

Do ostatecznego rozstrzygnięcia tej spornej sprawy minie zapewne jeszcze sporo czasu, gdyż coraz więcej mamy spostrzeżeń, czynionych wśród operacyi, szczęśliwie wyleczeniem chorej zakończonych, a coraz rzadziej widujemy te zmiany na stole sekcyjnym, gdzieby można je było dokładniej zbadać.

[1]) ...kann ich... nicht für möglich halten, dass eine noch so kurz dauernde Unterbrechung dieser Verbindungen... von dem Ei überlebt werden sollte.

Z uniwersyteckiej kliniki ginekologiczno-położniczej Prof. Dra A. Rosnera w Krakowie.

W sprawie cięcia cesarskiego pozaotrzewnego

napisał
Dr Karol Morawski.

W szeregu sposobów, dążących do rozwiązania trudnej sprawy porodów przy ścieśnionych miednicach, sprawy tem ważniejszej, że rozstrzygającej często o życiu dwóch istot, należy operacya, której początek dał Frank, do najgenialniejszych pomysłów w dziedzinie położnictwa ostatniej doby. Pomysł ten, aczkolwiek niezupełnie nowy, bo poruszony już przed stu laty przez Jörga, potem Ritgena i innych, nie miał wówczas warunków powodzenia tak z powodu braków techniki operacyjnej, jak i z powodu nieznajomości zasad aseptyki.

Od lat trzech piśmiennictwo położnicze, głównie niemieckie, poruszone pracami Sellheima, przepełnione jest publikacyami, dotyczącemi cięcia cesarskiego ponadłonowego, cięcia wskróś- i zewnątrzotrzewnego (sectio caesarea trans- i extra-peritonealis), operacyi Franka-Sellheima W tak krótkim czasie operacya ta uległa licznym zmianom, wywołała niejedną dyskusyę. Jak każda nowość, spotkała się z nieufnością, w której zdaje się główną rolę odgrywało pytanie, dotyczące przyszłych ciąży i porodów u operowanych tym sposobem, z drugiej zaś strony bezsprzeczne trudności techniczne. Te trudności jednakże w rachubę wchodzić nie mogą, gdyż każde nowe postępowanie chirurgiczne wymaga wyćwiczenia, a przy danej operacyi pewna wprawa trudności te zdoła pokonać z łatwością. Sprawa przyszłych ciąży i porodów została już poniekąd pomyślnie rozwiązana, a to przez ogłoszone w ostatnich czasach przypadki Hartmanna i Sellheima. Zbyt to jeszcze mała coprawda liczba, by stąd wysnuwać stanowcze wnioski, znamy jednak z drugiej strony cały szereg porodów po cięciach Dührssenowskich, które możemy do pewnego stopnia utożsamiać z cięciem ponadłonowem, jako trafiającem na te same okolice przewodu rodnego.

Z licznych odmian cięcia ponadłonowego zamierzam tu tylko podać najważniejsze:

1. Frank pierwszy podał metodę wskróśotrzewną (transperitonealis): Cięciem poprzecznem ponad spojeniem łonowem otwiera powłoki brzuszne. Następnie nacina poprzecznie fałd pęcherzowo-maciczny na tylnej granicy pęcherza, poczem górny płat tejże otrzewnej oddziela ku górze, odsłaniając dolny odcinek macicy. Tenże sam płat otrzewnej zeszywa dalej z górnym odcinkiem otrzewnej ściennej i tym sposobem zamyka jamę otrzewną i dopiero wówczas przystępuje do otwarcia jamy macicy, co dokonywa cięciem poprzecznem w obrębie dolnego odcinka. Poród siłami natury lub też sposobem Kristellera. Tamponada jamy macicy. Szwy.

2. Fromme i Veit (I.) przecinają powłoki poprzecznie aż do otrzewnej wyłącznie, otrzewnę zaś podłużnie; również podłużnie nacinają otrzewnę na dolnym odcinku macicy. Jamę otrzewną odosobniają, zeszywając czasowo z obu stron blaszki ścienne z blaszkami dolnego odcinka. Po ukończeniu porodu szwy te usuwają, przywracając pierwotne stosunki anatomiczne.

3. Veit (II.) zeszywa po podłużnem przecięciu powłok otrzewnę ścienną z brzegami rany skórnej, potem łączy również szwem czasowym otrzewnę ścienną z otrzewną dolnego odcinka. Po porodzie usuwa wszystkie te szwy.

4. Baum operuje jak Frank, jedynie oba płaty otrzewnej łączy czasowo kleszczykami Peana. Po porodzie — »restitutio ad integrum«.

5. Sellheim II. Cięcie powłok według Pfannenstiela. Otrzewnę przecina tuż koło nasady pęcherza poprzecznie i górny płat otrzewnej ściennej przyszywa do otrzewnej fałdu pęcherzowo-macicznego, poczem dopiero tenże fałd poniżej szwu nacina poprzecznie, otrzewnę dolnego odcinka odpreparowuje ku górze i odsłonięty w ten sposób odcinek nacina podłużnie.

6. Sellheim III. Cięcie powłok jak poprzednio. Poprzeczne cięcie otrzewnej tuż nad pęcherzem; poprzeczne cięcie na fałdzie pęcherzowo-macicznym. Szew łączący dolne brzegi otrzewnej ściennej i macicznej. Odklejenie otrzewnej z dolnego odcinka. Cięcie podłużne w linii środkowej tegoż odcinka. Rozwiązanie. Dwa piętra szwów na macicy. Przytwierdzenie pęcherza do rany macicznej i sztuczne wytworzenie fałdu otrzewnej, który się łączy z płatem otrzewnej pęcherza.

7. Sellheim (I.) pierwszy operuje zewnątrzotrzewnie. Cięcie powłok według Pfannenstiela. Rozszczepienie mięśni prostych. Ostrożne odpreparowanie powięzi własnej (fascia propria) od tylnej powierzchni mięśni prostych. Pęcherz moczowy jest nieco wypełniony, by łatwiej rozpoznać jego kształty. Odpreparowuje się delikatnie otrzewnę od pęcherza zapomocą gazików, ewentualnie nożyczkami aż do szyi macicznej, następnie otrzewnę dolnego odcinka odkleja się ku górze aż do trzonu. Pęcherz moczowy cofa się poza spojenie łonowe. Cięcie podłużne w linii środkowej szyi i dolnego odcinka. Poród zapomocą ucisku według Kristellera. Szwy pojedynczemi warstwami, przyczem zwykle dwa piętra w mięśniu macicznym.

8. Sellheim. »Fistula uteroparietalis«. Operacyę tę stosuje w przypadkach zakażonych. Cięcie podłużne powłok aż do otrzewnej włącznie. Brzeg otrzewnej ściennej łączy się obustronnie szwem z raną skórną. Cięcie podłużne otrzewnej dolnego odcinka macicy. Odpreparowanie ku bokom obu tych płatów, które znów zeszywa się obustronnie z otrzewną ścienną, tak że jama otrzewnej zostaje zamknięta. Odklejenie pęcherza. Cięcie podłużne dolnego odcinka; brzegi tegoż przytwierdza się szczypczykami Peana do rany powłok. Rozwiązanie. Szczypczyki usuwa się, zastępując je szwami, tak że wytwarza się sztuczna przetoka jamy macicy przez powłoki brzuszne. Tamponada jamy macicy. — Jeśli przetoka ta samoistnie się nie goi, należy po kilku dniach zamknąć ją operacyjnie.

9. Latzko napełnia pęcherz 150 cm^3 płynu; pęcherz przesuwa na stronę prawą i odkleja go z boku od dolnego odcinka.

10. Döderlein również miernie napełnia pęcherz, który odpreparowuje ze strony prawej. Dolny odcinek macicy nacina podłużnie, nie w linii środkowej, lecz bocznie.

11. Freund zaczyna cięciem Pfannenstiela. Dwuręcznie wykręca trzon macicy, by się przekonać, w którem miejscu najłatwiej da się otrzewna odkleić. »Décollement« z powierzchni bocznej przedniej dolnego odcinka. Cięcie w linii środkowej. Dalej jak poprzednie.

12. »Laparo-kolpohysterotomia« Dührssena-Solmsa. Cięcie powłok tuż ponad i równolegle z więzadlem Pouparta tylko po jednej stronie. Odklejenie pęcherza i otrzewnej dolnego odcinka. Pęcherz przesuwa się ku linii środkowej. Następnie przez pochwę przecina się kanał pochwowo-maciczny, jak przy cięciu cesarskiem pochwowem. Ranę tę można przedłużyć ze strony brzusznej. Wydobycie płodu przez górną ranę; popłód przez pochwę. Szew rany pochwowo-macicznej przez pochwę. Szew powłok brzusznych.

13. Krönig operuje śródotrzewnie (intraperitonealis). Jamę brzuszną otwiera cięciem Pfannenstiela. Następnie poprzecznie nacina fałd pęcherzowo-maciczny i odpreparowuje szyjkę macicy od pęcherza. Małe cięcie w górnej części szyi, przez które zakłada do wnętrza palec i podciąga szyjkę silnie ku górze, poczem rozcina ją ku dołowi. Poród przy pomocy sposobu Kristellera lub kleszczy, albo też wkłada się palec do ust płodu i tak główkę wytacza. Wyciśnięcie łożyska. Szew szyjki, szew otrzewnej, przyczem otrzewnę pęcherza podciąga się tak ku górze, że cała rana maciczna pozostaje poza otrzewną (retroperitonealnie). Cewnik na stałe.

14. Henkel otwiera jamę brzuszną podłużnie, poczem wytacza trzon macicy na zewnątrz, otaczając go ciepłemi chustkami. Dalej przecina otrzewnę fałdu pęcherzowo-macicznego poprzecznie, odpreparowuje pęcherz ku dołowi i nacina dolny odcinek podłużnie. Poród przy pomocy sposobu Kristellera.

Klinika krakowska wykonuje od roku cięcie ponadłonowe z modyfikacyą Sellheima I. Niestety mały materyał ograniczył liczbę operacyi, tak że w ciągu roku szkolnego 1909/10 wykonano tylko 7 takich cięć, jakkolwiek w roku tym nie operowano ani razu sposobem klasycznym.

I. R. L. l. 38, IV-para. 1. poród — wymóżdżenie, 2-gi hebosteotomia, dziecko żywe, 3-ci przedwczesny bliźniaczy. Ostatnia miesiączka 1. II. 1909? Zgłasza się do kliniki 24 XI 1909 o g. 6 rano, bóle porodowe rozpoczęły się 23. XI. o godz. 7 wieczorem, wody odeszły 24. XI. o. g. 2 rano

Wewnętrzne badania kilkakrotnie poza kliniką. Ciepłota 37° tętno 92. Miednica: Sp. 30, Troch. 30·5. Crist. 30·5. C. e. 17·5. C. d. 11. Miednica krzywicza płaska. Płód w ułoż. czaszk. II., tętno płodu 140, równe. Ujście zewn. na małą dłoń, główka lekko przyparta, pęcherza brak, szew strzałkowy poprzecznie. Na lewej kości od wewnątrz wrąb, odcinki nieruchome, brak zgrubienia kostninowego. G. 8·30 rano pojawia się pierścień skurczowy, o g. 10·30 tętno płodu słabsze, odchodzi smołka; ujście prawie zupełnie rozwarte, główka nie schodzi do miednicy. Operacya: W uśpieniu chloroformowem cięcie w linii środkowej od spojenia do pępka przez skórę, tkankę podskórną i powięź, rozszczepienie mięśni prostych, odpreparowanie wewnętrznej ich powierzchni od otrzewnej. Pęcherz wysoko w górę podciągnięty, fałd pęcherzowo-maciczny głęboki, nisko schodzi. Odpreparowano ten fałd od pęcherza, przyczem otwarto na małej przestrzeni otrzewną, którą natychmiast zaszyto. Zdwojenie silnie z kopułą pęcherza zrośnięte, przeto część jego pozostawiono na pęcherzu, okroiwszy zdwojenie wkoło i fałd pęcherzowo-maciczny zaszyto. Odpreparowano z łatwością otrzewnę z dolnego odcinka macicy. Cięcie podłużne na tym odcinku. Urodzenie dziecka z pomocą kleszczy dość trudne. Płód 4620 gr. 54 ct. długości. w III stopniu zamartwicy (asfiksyi) docucono. Krwotok maciczny dość znaczny. Łożysko wydobyto ręcznie. Przy zakładaniu szwu spostrzeżono poprzeczne pęknięcie mięśnia macicy, powstałe przy wytaczaniu płodu. Dwa piętra szwów katgutowych na macicy. Setonik gazy jodoformowej w zagłębieniu pozapęcherzowem. Fałd otrzewnej pęcherza złączono szwem z otrzewną dolnego odcinka. Powłoki zeszyto, pozostawiając mały otwór dla setonu. Operacya trwała przeszło godzinę. W przebiegu połogu najwyższa ciepłota 37·9 w pierwszych dniach z powodu nieżytu oskrzeli. Seton podciągnięto pierwszy raz 5. dnia, usunięto 10. dnia, wtedy również wyjęto szwy skórne. Rana zgojona doraźnie. 13. dnia chora wstała. 15. wyszła z kliniki z małą ranką granulacyjną w miejscu setonu. Mocz oddawała cały czas sama. Dziecko karmione piersią matki waży przy wyjściu 5000 gram.

II. K. O., l. 33 II-para. 1. poród przed trzema laty, cięcie cesarskie klasyczne, dziecko żywe; matka karmiła przeszło rok. Ostatnia miesiączka 9. IV. 1909. Zgłasza się 17. XII. 1909 o g. 9. rano, bóle porodowe rozpoczęte 16. XII. o g. 1 popołudniu. Badana kilkakrotnie na prowincyi przez lekarza i położną podczas bólów. Ciepłota 37°, tętno 76. Miednica: Sp. 25 1/2. Crist. 25 1/4 Troch. 28·5. C. e. 17·5 C. d. 8·5. Na spojeniu łonowem od wewnątrz wyrośle kostne na 1/2 ctm. C. v. 6·5. Miednica ogólnie ścieśniona. Płód w ułożeniu pośladk. I, tętno 120. Ujście zewnętrzne przepuszcza opuszkę palca. Nad wchodem miednicy wyczuwalne kolanko. Pęcherz utrzymany. O g. 4 po południu z powodu pierścienia skurczowego cięcie pozaotrzewne. Poprzeczne cięcie sp. Pfannenstiela. Rozszczepienie mięśni prostych w linii środkowej. — Trudne odnalezienie zdwojenia z powodu blizny po cięciu cesarskiem, przytem skaleczono na wskroś pęcherz, założono nań 2-piętrowy szew katgutowy, dalej jak poprzednio. Otrzewnej nie otwarto. Wydobycie płodu za nóżkę. Popłód wydobyto ręcznie. Seton na skaleczonym odcinku pęcherza wyprowadzono na zewnątrz przez powłoki. Cewnik na stałe. Operacya trwała 50 minut. Płód żywy 2840 gr. 46 ct. długi, karmiony piersią matki, waży 39. dnia 3620 gr. W pierwszych dniach najwyższa ciepłota 37·8°. 11. dnia usunięto seton i stwierdzono małą przetokę moczową; świeży seton — codzienna zmiana opatrunku. Rana skórna 11. dnia zgojona doraźnie. 21. dnia przetoka zagoiła się, 28-go usunięto cewnik. 39-go dnia chora opuściła klinikę z raną zupełnie zagojoną.

III. L. 27 III-para, dwa wymóżdżenia. Ostatnia miesiączka 7 VI. 1909? Zgłasza się 9 II 1910 o g. 10 rano. Początek bólów 9 II g. 7 rano. Nie badana pozą kliniką. Ciepł. 36·8°, tętno 92. Miednica: Sp. 25. Cr. 28. Tr. 31. w. ext. 16 1/2 C. d. 8 1/2. C. v. 6 1/2. Miednica płaska. Płód C ułożeniu Cz. I. Tętno 140. Ujście zewnętrzne zupełnie rozwarte. Pęcherz napięty przebito, przytrzymując z zewnątrz ruchomą główkę. O g. 1 po południu pojawia się pierścień skurczowy. Główka nie ustala się. O g. 3 popołudniu pierścień doszedł do wysokości 3 palców poniżej pępka i wówczas przystąpiono do operacyi.

Odpreparowanie otrzewnej od wewnętrznej powierzchni mięśni prostych. Dla oryentacyi cewnik do pęcherza. Fałd pęcherzowo-maciczny płytki, odpreparowanie łatwe, jednakże otwarto otrzewnę na małej przestrzeni. Pęcherz cofnięto pod spojenie łonowe. Dalej, jak w poprzednich przypadkach. Wytoczenie główki kleszczami. Popłód dobyto ręcznie, krwotok z macicy dość znaczny, przypuszczalnie z powodu nieco zawczesnego terminu operacyi, gdyż dolny odcinek na całej przestrzeni nie był jeszcze należycie ścieńczały. Rany nie setonowano wcale; zeszycie wszystkich warstw. Opatrunek aseptyczny. Płód 3200 gr. 50 ct. długi, żywy. W pierwszym dniu po operacyi bóle darte w jednej kończynie dolnej, które ustąpiły po podaniu morfiny. — Bóle te są według wywiadów pochodzenia dnawego; drugiego dnia słabsze bóle, ustąpiły po podaniu salicylanu sodowego. Wiatry oddaje operowana po operacyi sama, jak również mocz. Pierwsze kilka dni gorączkuje z najwyższem wzniesieniem 2. dnia 38·6°. Prawdopodobnie wytworzył się krwiak pozapęcherzowy, który uległ wessaniu. Stolec 3. dnia. 11. dnia wyjęto szwy, rana zgojona doraźnie. Nieznaczny rozstęp skóry po stronie prawej. Chora nie ma pokarmu, wskutek tego dziecko oddano rodzinie 11. dnia. Operowana wstała 18. dnia, opuściła klinikę 23. dnia z raną zabliźnioną.

IV. M. R. l. 36 IX-para. 1 poród, wymóżdżenie, 2. i 3. siłami natury, dzieci żywe, 4. położenie miednicowe, wydobycie płodu wykonała położna, płód nieżywy. 5. 6. i 7. poród: położenie poprzeczne zaniedbane — embryotomia. 7. poród siłami natury, płód nieżywy. Ostatnia miesiączka 10. VI. 1909. Zgłasza się 1 III 1910 o g. 7 r. Bóle rozpoczęły się o g. 8 rano. Wody odeszły już o g. 2 w nocy. Raz badana poza kliniką. Ciepłota prawidłowa. Miednica: Sp. 27 1/2, Cr. 29 1/2, Tr. 32. C. ext, 16. C. d. 10 C. v. (Sp. Bylickiego) 8. Miednica płaska. Płód: II. Początek porodu. Pęcherza brak. Pozostawiono poród siłom natury. Główka nie ustala się. Od południa bóle bardzo silne. Od g. 4 po połud. słabo zaznacza się pierścień skurczowy. O g. 6 w. tony serca płodu znacznie szybsze (160) i coraz głuchsze, nieregularne. G. 6·45 wieczór cięcie zewnątrzotrzewne jak poprzednio. »Decollement« dość łatwe. Fałd pęcherzowo-maciczny dość płytki. Urodzenie dziecka, jak popłodu sposobem Kristellera. Krwotok z macicy niewielki. Zaszyto na głucho bez tamponu. Operacya trwała 45 minut. Otrzewnej nie otwarto. W połogu ciepłota najwyższa 3 dnia 38·6°. Pierwszego dnia nieznaczne wzdęcie. Wiatry odeszły 2-go dnia, stolec 3-go. 13-ego dnia wyjęto szwy. Zagojenie doraźne. 15. dnia chora wstała, 18-go opuściła klinikę wyleczona. Płód 3350 gr., 50 cm. długi po porodzie, karmiony piersią matki waży 3550 grm. przy wyjściu.

V. l. 39, IV-para. 1. poród kleszczowy, 2. położenie miednicowe, płody nieżywe. Ostatnia miesiączka w końcu lipca 1909; skąpsza znacznie. Przyjęta do kliniki w X, miesiącu ciąży. Początek bólów 24 III 1910 g. 8 rano; zrazu bóle słabe. Odejście wód 25 III g. 4·35 po południu. Poród pozostawiono siłom natury. 26 III od południa bóle silniejsze. Ciepłota do 28. III doszła tylko do 37·0. 28, III o g. 9 w. odchodzi smołka w znacznej ilości, tony serca płodu głuche. O 10 g. wiecz. cięcie zewnątrzotrzewne, jak poprzednio. »Decollement« dość trudne, fałd pęcherzowo maciczny głęboki, otwarto go na przestrzeni kilku cm., lecz zaszyto zaraz. Mięsień maciczny krwawi dość znacznie. Urodzenie główki kleszczami. Popłód dobyty ręcznie. Zaszyto na głucho bez setonu. Operacya trwała 60 minut. Pierwsze 6 dni stan podgorączkowy; 6. dnia 38·0° poczem gorączka spadła. Wiatry i mocz od pierwszego dnia oddaje operowana sama. Małe wzdęcie 2-go dnia. 3-go dnia stolec. 12. dnia wyjęto szwy. Zagojenie doraźne po porodzie. Z powodu braku pokarmu dziecko zabrano 7. dnia. Po porodzie 3800 gr. 52

ct. długie, 7. dnia waży 3580 gr. Matka wstała 14. dnia. Wyszła 18. dnia zdrowa.

VI. E. S. l. 33. VII-para. 1, 2 i 4. poród, wymóżdżenia. 3 poronienie. 5 poród kleszczowy, dziecko nieżywe. 6. hebosteotomia, dziecko żywe. Ostatniej miesiączki nie pamięta. Przyjęta na 1 dzień przed rozpoczęciem porodu. Początek bólów 1. IV g. 7 wiecz. Pęknięcie pęcherza 2. IV 1910 g. 8 w. Miednica ogólnie ścieśniona płaska: Sp. 24 Cr. 26 Tr.: 29. C, e. 17. C. d. $9^3/_4$ C. v. (Bylicki) 8. Na kości łonowej lewej zgrubienie kostninowe, odcinki ruchome. Płód w ułożeniu czaszkowem II. Główka nie ustala się, przy silnych bólach wytwarza się wysoki pierścień skurczowy. 3. IV. godz. 12·30 po północy cięcie zewnątrzotrzewne, jak poprzednio. Blizna po hebosteotomii utrudnia odnalezienie zdwojenia; otwarto mimowoli otrzewnę na małej przestrzeni i zaraz zaszyto. Pęcherz znacznie w górę podciągnięty, unaczyniony ogromnie. Krwotok z rany macicznej bardzo nieznaczny. Wytoczenie główki jedną łyżką kleszczy. Nie setonowano. Płód z zamartwicy II stopnia docucono, waży 3400 gr. 46 ct. długi; karmiony piersią matki, waży 19. dnia 3770 gr. Bezpośrednio po zabiegu 38·2°, potem stan bezgorączkowy. Pierwsze dwa dni wzdęcie, wiatry odeszły 3. dnia. Rana zgojona doraźnie. 19. dnia opuszcza operowana zakład zdrowa.

VII. B. P. l. 33. V-para. Pierwsze 3 porody siłami natury, płody omdlałe, zmarły po kilku tygodniach lub miesiącach na choroby płucne. 4. poród — wymóżdżenie. Ostatnia miesiączka 31 V 1909. Zgłasza się 4 V 1910 rano. Początek bólów 3 V. g. 8 wiecz. Pęcherz utrzymany. Miednica prawidłowa, tylko przejście z I na II krąg kości krzyżowej sterczy silnie ku przodowi. Bardzo duża główka (niestosunek porodowy). 7 V z powodu wysokiego pierścienia skurczowego cięcie zewnątrzotrzewne, jak poprzednio. Fałd pęcherzowo-maciczny płytki. Krwotok z rany macicznej bardzo nieznaczny, otrzewnej nie otwarto, nie setonowano. Płód wytoczono sposobem Kristellera, popłód również. Rana zagoiła się doraźnie. 3. dnia 38·6°, zresztą bez gorączki, operowana opuszcza zakład 17. dnia zdrowa. Płód po porodzie 3300 gr. 50 cm. dług., karmiony piersią matki, waży 17 dnia 4050 gr.

Prócz tych 7 dwa cięcia pozaotrzewne wykonane zostały w lecie r. 1909 na oddziale szpitalnym prof. Rosnera. Oba zostały wykonane ze wskazania grożącego pęknięciem macicy (wysoki pierścień skurczowy), przy miednicach płaskich, u jednej z nich poprzedziła ten poród hebosteotomia, u drugiej cięcie cesarskie klasyczne. W pierwszym przypadku przebieg operacyi i połogu zupełnie gładki, otrzewnej nie otwarto. W drugim — otwarto przypadkiem otrzewnę na małej przestrzeni. W żadnym z tych przypadków nie setonowano. Cięcia podłużne. U drugiej operowanej w połogu zapalenie zakrzepowe żył (trombophlebitis puerperalis) z typem ropniczym. Obie operowane opuściły zakład w dobrym stanie zdrowia, dzieci żywe.

Wszystkie wyżej opisane operacye z wyjątkiem pierwszej zostały wykonane sposobem I Sellheima, wszystkie więc były cięciami zewnątrzotrzewnemi, jakkolwiek tylko w 4 udało się otrzewnej nie otworzyć. W jednym przypadku otworzono ją na małej przestrzeni tylko dlatego, że wskutek hebosteotomii wytworzyła się wśród tkanki przedotrzewnej blizna ze zbitej tkanki łącznej. Można się z Freundem zgodzić na to, że operacye, w których choćby na małej przestrzeni otwarta została otrzewna, nie mogą zasługiwać na miano zewnątrzotrzewnych, lecz przypisywać tym mimowolnym, czy też umyślnym nacięciom, które natychmiast zostały zeszyte, większego znaczenia nie możemy, a to na zasadzie obserwacyi połogu u operowanych. W żadnym bowiem przypadku nie zauważyliśmy objawów podrażnienia otrzewnej, prócz może VI.; w przypadku tym było 2-dniowe dość silne wzdęcie, które jednak przy odpowiedniem leczeniu wkrótce ustąpiło, a była to właśnie ta chora, u której z powodu blizny po hebosteotomii otwarto otrzewnę na znacznej przestrzeni.

Z innych powikłań raz otwarto pęcherz i to również w przypadku, w którym zbita tkanka łączna, będąca blizną po cięciu cesarskiem klasycznem, utrudniła w wysokim stopniu odnalezienie zdwojenia otrzewnej. W przebiegu połogu wytworzyła się u tej chorej nieznaczna przetoka moczowa, którą zagojono w krótkim czasie.

Z szeregu odmian cięcia ponadłonowego wybraliśmy sposób I Sellheima, gdyż z jednej strony wydaje nam się on najprostszym, z drugiej zaś odpowiada w zupełności wytkniętemu celowi, bo w zasadzie swej unika zetknięcia z jamą otrzewnej, a przedewszystkiem, ponieważ ze względu na unaczynienie tak krwionośne, jak i chłonne, linia środkowa najwięcej nadaje się do nacięcia.

Prócz trzech pierwszych przypadków rozpoczynaliśmy operacyę cięciem poprzecznem Pfannenstiela; przy cięciu podłużnem zauważyliśmy bowiem trudności przy odszukaniu i odklejaniu zdwojenia otrzewnej. Freund w swej pracy pod tyt.: »Völlig extraperitoneale Kaiserschnitte« (Zentrbl. f. Gyn. 1909 Nr. 16) zestawia 8 czynników, przyczyniających się do pomyślnego wyniku cięcia zewnątrzotrzewnego; pierwszym z nich jest właśnie cięcie sposobem Pfannenstiela. Dalej nie napełnia Freund, podobnie jak i my, nigdy pęcherza, twierdząc, że napełniony pęcherz bynajmniej nie zsuwa otrzewnej z dolnego odcinka macicy, a ogranicza i tak już wązkie pole operacyjne; nadto napełnienie to bywa właśnie powodem nadwerężenia ścian pęcherza. Freund sączkuje rany tylko w podejrzanych i zakażonych przypadkach. My sączkowaliśmy tylko w przypadku I, a w II tylko ze względu na szew pęcherzowy. — Nie operowaliśmy nigdy sposobem Latzko-Döderleina, gdyż, odpreparowując pęcherz z boku, natrafia się na bardzo silny splot naczyń limfatycznych w tkance łącznej, należącej do tkanki przymacicznej. Naczynia te, na znacznej przestrzeni otwarte, przy manipulacyach odklejania pęcherza mogą stać się wrotami zakażenia i dać powód do nacieków ropnych w tkance przymacicznej.

Pęcherz odklejaliśmy od otrzewnej w linii środkowej, tylko w I przypadku była otrzewna tak silnie z pęcherzem zrosła, że część jej pozostawiliśmy na miejscu, tworząc okienko w fałdzie pęcherzowo-macicznym. Niemiłem powikłaniem tegoż odklejania bywają krwotoki z tylnej ściany pęcherza, która niejednokrotnie bardzo silnie bywa skruszoną. Dlatego już przy odklejaniu należy zwrócić uwagę baczną na tamowanie krwi.

We wszystkich 9 przypadkach mieliśmy pomyślne wyniki tak dla matki, jak i dla dziecka. Prócz jednego przypadku nie mieliśmy w połogu żadnych poważnych powikłań. Liczba to zapewne zbyt mała i nie wystarczająca do ostatecznego ocenienia tej operacyi; jednakowoż na ich podstawie podnieść możemy kilka czynników, których znaczenia zaprzeczyć nie można.

Pierwszym jest nie obowiązujące tu wcale, jak przy klasycznem cięciu cesarskiem, krępowanie się przypuszczeniem zakażenia, a więc u rodzących badanych kilkakrotnie i u takich, u których pęcherz dawno pękł. Drugim czynnikiem jest pozostawienie porodu siłom natury dopóty, póki

nie wystąpi bezpośrednie wskazanie do ukończenia porodu. Temu może nieraz przypisać będzie można, że kobieta, z góry przeznaczona do operacyjnego rozwiązania z powodu ścieśnienia miednicy, skutkiem znacznego dostosowania się główki płodu i rozszerzenia się stawów miednicy, urodzi siłami natury i nie będzie narażona niepotrzebnie na operacyę. — I tak zauważyłem poród siłami natury płodu ważącego 4000 gr. u kobiety z C. v. 8. Drugi taki poród widziałem u kobiety małej z miednicą, stojącą prawie na granicy ścieśnienia bezwzględnego. U obu zamierzaliśmy wykonać cięcie cesarskie. Nadto silne ścieśnienie odcinka dolnego macicy, występujące przy ciężkich porodach, sprzyja przebiegowi cięcia ponadłonowego. Im wyżej sięga pierścień skurczowy, tem większe pole dla urodzenia dziecka, a co ważniejsza, tem mniejszy krwotok. — Ważnym szczegółem, przemawiającym na korzyść cięcia pozaotrzewnego, jest cięcie Pfannenstiela, po którem nigdy nie występują rozstępy i przepukliny pooperacyjne, tak częste po cięciu cesarskiem klasycznem. Kto szył powłoki brzuszne przy cięciu cesarskiem klasycznem, ten wie, że szyje się tylko otrzewnę, powięź i skórę, mięśni zupełnie się nie znajduje, co ułatwia w wysokim stopniu powstawanie przepuklin. Dalej znamy cały szereg przypadków rozejścia się mięśnia macicznego po cięciu cesarskiem klasycznem w następnych ciążach.

Dziś jeszcze powiedzieć nie można, czy operacya, o której mowa w tej pracy, usunie w przypadkach wskazania względnego cięcie cesarskie klasyczne, ma ona jednak nad niem tę przewagę, że omija o ile możności jamę otrzewną, że cięcie maciczne przypada w części mięśnia nieczynnego i że operacya ta znacznie rozszerza zakres wskazań dla cięcia cesarskiego. — Nie jest prawdopodobnem usunięcie cięcia cesarskiego klasycznego w przypadkach ścieśnienia bezwzględnego, gdyż w tych przypadkach czekanie na wskazanie życiowe do rozwiązania jest nietylko niepotrzebne, ale błędne i operator śród operacyi wcześnie wykonanej nie może żadną miarą trapić się myślą, że operuje może niepotrzebnie. Toteż wskazanie bezwzględne pozostanie polem dla cięcia cesarskiego klasycznego. Wyjątek stanowić będą te przypadki wskazania bezwzględnego, w których chore zgłaszają się do nas już zakażone.

Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniw. Jagiell. w Krakowie pod kierunkiem Prof. Dra A. Rosnera.

O leczeniu upławów w przebiegu przewlekłego nieżytu szyi macicy.

Dr. Radwańska i **Dr. Schlank,**
asyst. zakł. fizyolog. asyst. kliniki ginek.-położn.

Pewne stany chorobowe błony śluzowej szyjki macicy i pochwy, a mianowicie przewlekłe nieżyty, są utrapieniem chorych, a nawet lekarzy. Znamy chore, które przeszły przez ręce całego szeregu ginekologów, nie polepszywszy swego stanu. Są to owi stali goście najrozmaitszych zakładów kąpielowych, jeżeli ich stosunki majątkowe na to pozwalają. U niektórych dopiero z wejściem w wiek późniejszy nastaje poprawa, o ile nie zacznie im w tym czasie dokuczać postać starcza zapalenia błony śluzowej (colpitis vetularum). Chore te skarżą się na białe i żółte upławy. Każdy z ginekologów wie, że przypadki te opierają się leczeniu tak, że nigdy nie wie się napewno, czy nieżyty błony śluzowej pochwy i macicy wyleczymy i czy ewentualnie nie nastąpi nawrót cierpienia. Nie wspominamy umyślnie o wiewiórowem zapaleniu błony śluzowej szyjki macicznej, gdyż nie tę postać mamy tu na myśli. Poza wiewiórem jest cały szereg innych przyczyn, wywołujących nieżyty i stany zapalne błony śluzowej pochwy i szyjki. Zdaniem Martina (Pathol. u. Ther. der Frauenkr. 1887 S. 182) sprawy te zostają u osób w wieku dojrzałym w ścisłym związku z życiem płciowem. Miesiączkowanie, spółkowanie, ciąża, poród i połóg, wszystko to może przyczynić się do wystąpienia spraw zapalnych nieżytowych w pochwie i szyjce. W wieku dziecięcym rolę przyczyny odgrywają sprawy zapalne w ogólnych chorobach zakaźnych, dalej mechaniczne podrażnienia, jak robaki i samogwałt. I tu pomijamy wiewióra. W wieku starczym zanik tkanek i zmiana chemizmu, a przez to i flory pochwy, przyczyniają się do rozwoju choroby. Częste sadowienie się zapalenia na błonie śluzowej szyjki jest w związku ze znacznym urazem, jakiego doznaje szyjka podczas porodu i z bliskością pochwy, przepełnionej rozmaitymi drobnoustrojami, zwłaszcza u osób, u których szyjka pękła podczas porodu wysoko i nie zamknęła się należycie w dolnych częściach. Ostre zapalenia przebiegają tak szybko, że lekarze mało się z niemi spotykają; zazwyczaj zgłaszają się chore już ze sprawą przewlekłą.

Nie będziemy się zastanawiać, czy zapalenie błony śluzowej szyjki macicy może wystąpić jako cierpienie samoistne, t. j. bez zajęcia warstwy mięsnej. Jest rzeczą wielce prawdopodobną, że sprawie nieżytowej błony śluzowej towarzyszy stale zmiana chorobowa w warstwie mięsnej. W każdym razie głównym klinicznym objawem są upławy, a ich źródłem są zmiany błony śluzowej.

Po rozpatrzeniu sposobów leczenia białych upławów przyznać należy, że dotychczasowe postępowanie nieczęsto wiedzie do pomyślnego wyniku bez względu na to, czy leczymy środkami żrącymi, przeciwgnilnymi, czy ściągającymi. Niewątpliwie w niektórych przypadkach zabiegi operacyjne (trachelorrhaphia, amput. cuneiformis, i t. d.). dają dobre wyniki, ale takie zabiegi mają swoje stałe wskazania. W większości przypadków trzeba szukać innych.

W ostatnich czasach pojawiło się w piśmiennictwie kilka prób odkażania części rodnych kobiecych zapomocą kwasu mlecznego. Z drugiej zaś strony od czasu teoryi Miecznikowa, który twierdził, że przyczyną starzenia się ustroju i przyczyną całego szeregu chorób jest samozatrucie produktami, wytwarzanymi przez bakterye gnilne w przewodzie pokarmowym i który podał nowy, na tej hypotezie oparty sposób walczenia z temi bakteryami, mianowicie przez zaszczepienie w przewodzie pokarmowym pożytecznych, bo wytwarzających kwas mleczny bakteryi w miejsce szkodliwych, — od tego czasu mimowoli nasuwała się myśl, czy walki bakteryi pożytecznych ze szkodliwemi nie dałoby się wyzyskać i w celu odkażania części rodnych kobiecych, oczywiście w tych przypadkach, w których są one siedzibą bakteryi chorobotwórczych. Że ustrój wyższy niezawsze

źle wychodzi na współżyciu z bakteryami, że przeciwnie są one czasami dla ustroju pożyteczne, dowodzi wśród szeregu innych przykładów choćby fakt istnienia bakteryi rozpuszczających celulozę w jelicie grubem przeżuwaczy.

Żeby myśl tę wprowadzić w czyn, trzeba było dokonać wyboru gatunku bakteryi przeznaczonych do walki, i to bakteryi pożytecznych, a zarazem posiadających siłę i energię w walce o byt. Wybraliśmy bakterye bułgarskie, t. zw. »bacillus bulgaricus Massol«, tesame bakterye, których skuteczną działalność w przewodzie pokarmowym wykazał Miecznikow, a za nim szereg innych badaczy, jak Nigoul, Brochet, Dutour, i t. d., a wybraliśmy je z wielu względów. Po pierwsze dlatego, że bakterye te na odpowiedniem podłożu wytwarzają kwas mleczny, po drugie, że wykonywane przez nas próby szczepienia tych bakteryi zwierzętom, jak królikom i świnkom morskim, wykazały zupełną ich nieszkodliwość, dalej dlatego, że bakterye bułgarskie odznaczają się wielką odpornością i siłą. Głównie zależało nam na zdolności wytwarzania kwasu mlecznego, chociaż ciekawem było także, jak zachowają się bakterye chorobotwórcze względem wprowadzonego gatunku.

Walka o byt istnieje taksamo między poszczególnymi gatunkami bakteryi, a nawet poszczególnemi grupami tychsamych gatunków, jak między jestestwami wyżej uorganizowanemi. Taksamo tam, jak i tu, zwyciężają zdolniejsze do przetrwania nieprzychylnych warunków, silniejsze i zdolniejsze do przystosowań. A nawet udaje się czasami z góry przewidzieć, który z dwóch gatunków zwycięży. Istnieją dwie ku temu prowadzące drogi: albo możemy na znajomości zdolności przystosowania danego gatunku do szczególnych warunków żywienia i rozmnażania się wprost oprzeć wniosek, że ten gatunek zdoła przetrwać inne, albo możemy doświadczalnie, wysiewając na pożywki szereg gatunków, oznaczyć, który z nich dłużej w danych warunkach potrafi żyć. Podobnie, jak jestestwa wyżej uorganizowane, są i bakterye w rozmaity sposób przystosowane do walki. Jeden gatunek może się stać dla drugiego niebezpiecznym nietylko dlatego, że znalazłszy się na tem samem podłożu lepiej umie się do niego dostosować, albo dlatego, że posiada większą zdolność rozmnażania się, ale i dlatego, że niektóre gatunki tworzą pewne substancye, np. kwas mleczny, alkohol, które to substancye tak zmieniają podłoże, że inne gatunki bakteryi już na tem samem podłożu żyć nie mogą. Inne bakterye bronią się zapomocą tak zwanego antagonizmu, którego jasno i dokładnie nie umiemy dotychczas wytłómaczyć, a który jedne gatunki bakteryi rozwijają względem drugich. Antagonizm jest bardzo rozpowszechniony w świecie bakteryi. Istnieją mikroby, które powstrzymują rozwój innych drobnoustrojów, wysianych np. na tejsamej płytce, jeszcze z odległości 3 cm. Antagonistycznie zachowują się względem siebie np. prątek sienny i bakterye kwasu mlecznego. Największą jednak z dotychczas znanych siłę zabójczą względem innych bakteryi ma prątek ropy błękitnej, którego obecność działa hamująco na rozwój np. prątka wąglikowego. Przykładów walki między bakteryami, sposobów tej walki i obrony możnaby wyliczyć bardzo wiele. Zielone wodorosty (algae) naprzykład mogą otaczającą je wodę uczynić prawie jałową, coprawda w bliżej niezbadany sposób. Tak więc już na tak nizkim stopniu rozwoju toczy się zażarta walka o byt. Wyzyskanie tej walki stało się naszem zadaniem. W jaki sposób zachowywać się będą bakterye bułgarskie, wprowadzone w środowisko bakteryi chorobotwórczych, z góry przewidzieć było trudno. W każdym razie, dając im możność wytwarzania kwasu mlecznego z podłoża, w jakie je wprowadzaliśmy, daliśmy im tem samem broń. Kwas mleczny, ustawicznie przez żywe bakterye wytwarzany, zmieniał oddziaływanie w pochwie i szyjce z zasadowego na kwaśne, ze słabo kwaśnego na silniej kwaśne, a wiadomą jest rzeczą, że zmiana stopnia kwaśności bardzo źle wpływa nawet na te gatunki bakteryi, które mogą żyć w słabo kwasnem otoczeniu.

Naszej metodzie możnaby na pierwszy rzut oka uczynić ten zarzut, że wprowadza do ustroju gatunek bakteryi, który w podobnych warunkach nigdy się nie znajdował, że bakterye, których naturalnem środowiskiem było dotychczas mleko, wprowadzamy jako gatunek pasorzytny do ustroju ludzkiego. Na ten zarzut odpowiedzią są całe szeregi podobnych przypadków, spostrzeganych niejednokrotnie w przyrodzie. Wprowadzanie więc bakteryi kwasu mlecznego do narządów rodnych nie jest już pierwszą próbą współżycia tych bakteryi z ustrojem wyższym.

Bakterye bułgarskie, używane przez nas w czystych hodowlach, bądźto bulionowych, bądź mlecznych, zostały wyhodowane z laktobacyliny Miecznikowa. Prątek bułgarski jest to mikrob, wyosobniony z kwaśnego mleka bułgarskiego przez Prof. Massola z Genewy i ucznia jego Grigoroffa (Rev. méd. de la Suisse romande 1905 p. 746). Jest on z wielu względów podobny do innych bakteryi, wytwarzających kwas mleczny, np. »bacillus Lindneri« lub »bacil. lactis acidi«. Podobnie, jak dwa wspomniane wyżej gatunki, przedstawia się prątek bułgarski jako długa, nie gruba laseczka, których 2—3, czasem więcej, łączy się razem, tworząc proste lub lekko zakrzywione nitki. Podobnie też, jak inne bakterye kwasu mlecznego, przedstawia prątek bułgarski dosyć duże wahania co do długości. Barwi się barwikami anilinowymi zasadowymi silnie, a nie odbarwia się metodą Grama. Lepiej rośnie na pożywkach mlecznych, np. na serwatce, lub agarze mlecznym; rośnie jednak i na zwyczajnym agarze, gdzie w przeciągu 48 godzin wytwarza w ciepłocie 37—45° duże białawe, okrągłe kolonie, ułożone jak gdyby współśrodkowo; rośnie też i na bulionie z cukrem. Na agarze tworzy szybko zarodniki, tak że w przeciągu kilku dni nawet w ciepłocie pokojowej na preparacie, wziętym z agaru, znajdujemy prawie wyłącznie zarodniki. Również na preparatach z hodowli agarowych częściej, aniżeli z innych pożywek, możemy znaleść postacie przerostowe, które zresztą podobnie, jak w innych gatunkach, znanych i opisanych głównie przez Hennenberga bakteryi kwasu mlecznego, są dosyć rzadkie. Lepiej, aniżeli na pożywkach stałych, rozwijają się bakterye bułgarskie na pożywkach płynnych, np. na bulionie. Buliony w miarę rozwoju bakteryi coraz bardziej mętnieją. Zmętnienie to jednak ustępuje z czasem, gdy bakterye, jak również i wskutek zakwaszenia bulionu świeżo powstałe związki, osiędą na dnie. Jeżeli taki ustały płyn po pewnym czasie lekko zakłócimy, podnoszą się z dna jak gdyby delikatne chmurki. Znamienną cechą hodowli bulionowych jest to, że naokoło naczynia na samej powierzchni płynu powstaje dosyć znacznej grubości pasek, złożony ze samych bakteryi bułgarskich, połączonych

ze sobą w dosyć znacznej długości nitki. Najodpowiedniejszą ciepłotą dla wzrostu prątków bułgarskich jest 38–45°. Znoszą jeszcze ciepłotę 50°, ale w tej ciepłocie wzrost ich i działalność zmniejsza się. Najważniejszą dla nas własnością bakteryi bułgarskich jest zachowanie się ich względem rozmaitych gatunków cukru, mianowicie zdolność tworzenia z tych połączeń kwasu mlecznego. Bakterye bułgarskie rozszczepiają, podobnie jak wszystkie prawie gatunki bakteryi mlecznych, dekstrozę, lewulozę, galaktozę, tworząc kwas mleczny i cukier trzcinowy. Pod tym względem mają, według słów Massola, znacznie przewyższać inne gatunki bakteryi mlecznych.

Nasze oznaczenia odsetka kwasu mlecznego z mleka, zaszczepionego bakteryami bułgarskiemi, wykazują, że odsetek kwasu w mleku dochodzi do 0,8%, a w bulionie z cukrem do 0,1%. Wysiane do mleka wywołują bakterye bułgarskie ścinanie się mleka w przeciągu 12 godzin w ciepł. 37°. Z innych własności należy podnieść jeszcze wielką odporność tego prątka, który nie ulega działaniu np. soku żołądkowego i w kilka dni po spożyciu bywa znajdowany w wydalinach. Na tej to własności i na energicznej zdolności wytwarzania kwasu mlecznego oparł Miecznikow swój pogląd co do skutecznej działalności tych bakteryi w sprawach gnilnych w przewodzie pokarmowym i dlatego użył bakteryi bułgarskich do wytwarzania laktobacyliny, przetworu, znanego dzisiaj w całej prawie Europie. Że prątki bułgarskie wypierają z przewodu pokarmowego inne bakterye, potwierdziły badania licznych autorów np. Rovighy, Schmitza, Singera. Z krakowskiej kliniki chorób wewwyszła w roku 1907 praca Weinerta, który wykazał, że przy systematycznem spożywaniu mleka kwaśnego zmniejsza się nadzwyczajnie ilość bakteryi w kale. Bakterye gnilne działają i rozwijają się najlepiej w odczynie zasadowym. Sama więc zmiana obecności kwaśno oddziałujących substancyi stawała się dla rozwoju ich szkodliwą. Ponieważ większość bakteryi chorobotwórczych może się rozwijać również tylko w środowisku oddziałującem zasadowo, więc zmiana oddziaływania i w naszych przypadkach mogła mieć wpływ nadzwyczaj korzystny. Pozwolimy sobie przytoczyć naprzykład powszechnie prawie przyjęte, a przez Döderleina bronione zdanie, że kwaśne oddziaływanie wydzieliny prawidłowej pochwy ma znaczenie odkażające i przeszkadza rozwojowi bakteryi chorobotwórczych. My wprowadzając do pochwy, czy też do szyjki macicznej mikroby, dla ustroju zupełnie nieszkodliwe, a wytwarzające kwas mleczny, robimy na większą skalę to samo, co natura, przychodzimy jej w pomoc w tych przypadkach, gdzie wskutek zmian chorobowych straciła tę skuteczną zdolność obrony.

Mimowoli nasuwa się porównanie między działalnością bakteryi bułgarskich w pochwie, a działalnością »prątka pochwowego« Döderleina. Podobieństwo morfologiczne, podobieństwo roli, jaką swemu prątkowi przypisuje Döderlein, jest rzeczywiście uderzające. Tak bakterya bułgarska, jak prątek Döderleina ma postać dosyć długiej laseczki, jeden i drugi rośnie dobrze na agarze cukrowym, a co najważniejsze, prątek Döderleina wytwarza kwas mleczny, wytwarza ten sam środek odkażający, dla którego wytwarzania postanowiliśmy sztucznie wprowadzać bakterye w środowisko, które w zasadzie tych bakteryi nie zawiera. Döderlein, opierając się na obfitym materyale 195 wydzielin ciężarnych, doszedł do przekonania, że wydzielinę tę należy podzielić na patologiczną i fizyologiczną. Fizyologiczna, która jest biaława i podobna do ściętego mleka, ma oddziaływanie wybitnie kwaśne, nie zawiera pod mikroskopem krwinek białych, tylko liczne nabłonki i prątek przez Döderleina opisany. Prątek Döderleina w dwojaki sposób broni przystępu do pochwy innym bakteryom; po pierwsze przez wytwarzanie kwasu mlecznego, po drugie przez swą własność bakteryobójczą względem mikrobów chorobotwórczych. O tej własności przekonał się Döderlein w ten sposób, że zaszczepiał rozmaite bakterye chorobotwórcze na pożywki, porosłe już owym prątkiem. Wszystkie te gatunki bakteryi w krótkim czasie ginęły. I w tym względzie bakterye bułgarskie są do prątka Döderleina podobne. Jeżeli na płytkę zaszczepimy jakieś inne bakterye, np. prątki sienne, a następnie w płytce zrobimy kilka rys drucikami, zamoczonymi w hodowli bakteryi bułgarskiej, to na całej płytce rozwinie się po pewnym czasie prątek sienny, a wokoło rys, wzdłuż których wyrosły bakterye bułgarskie, na znacznej przestrzeni nie będzie ani jednej kolonii prątka siennego. Taką samą próbę można przepowadzić i z innemi gatunkami bakteryi. Zachowanie się zresztą bakteryi bułgarskich w przewodzie pokarmowym, gdzie rozrastając się same, wypierają florę, która miała nad niemi prawo starszeństwa, dowiodło, że posiadają one znaczną siłę w walce o byt.

Bakterye bułgarskie wprowadzaliśmy do pochwy razem z podłożem, na którem mogły żyć i z którego mogły czerpać materyał do wytwarzania kwasu mlecznego, mianowicie albo jako hodowle mleczne, albo bulionowe z cukrem. Do doświadczeń dobieraliśmy ile możności chore, które oprócz białych upławów nie miały żadnych innych zmian chorobowych. Nie chodziło nam, przynajmniej w doświadczeniach dotychczasowych, o dokładne oznaczenie flory narządu rodnego badanych kobiet. W każdym razie staraliśmy się jednak mniej więcej zdać sobie sprawę z ilości i jakości bakteryi, zamieszkujących pochwę i dolny odcinek szyjki macicznej. W tym celu przed zastosowaniem bakteryi bułgarskich, robiliśmy w każdym przypadku szereg preparatów mikroskopowych z wydzieliny pochwy, branej w wyjałowionym wzierniku, z wydzieliny szyjki macicznej, a następnie jedną i drugą wydzielinę szczepiliśmy na agar glicerynowy z cukrem i bulion.

W ten sposób leczyliśmy 31 przypadków. Oto niektóre historye chorób:

I. H. S. l. 38. Do leczenia przyjęta 2. IV. 1910. Zamężna od lat 17. Rodziła 5 razy na czasie, siłami natury, jeden poród przedwczesny. Ostatni poród przed 7 laty. Połogi prawidłowe. Od 2 tygodni bardzo obfite białe gryzące upławy, dla których zgłasza się do kliniki.

Rozpoznanie kliniczne: Metro-endometritis cervicalis chr.

Badanie drobnowidowe wydzieliny szyi macicy i pochwy wykazało: bardzo liczne paciorkowce, gronkowce i prątki Döderleina. Brak dwoinek wiewiórowych. Oddziaływanie wydzieliny słabo kwaśne. 20, IV. na tamponie zastosowano do pochwy bakterye bułgarskie w bulionie. Leczenie powtarzano codziennie, nie przestrzykując pochwy przy zmianie tamponów żadnym środkiem odkażającym.

23. IV. 1910, Po 4 dniach chora podaje, że czuje się znacznie lepiej, upławy mniejsze, a co najważniejsza, nie gryzące. Oddziaływanie kwaśne. Leczenie to trwało do 30.

IV. 1910. t. j. 10 dni. Brak zupełny upławów, leczona czuje się zupełnie zdrowa. Badanie drobnowidowe wydzieliny szyjki i pochwy stwierdza tylko bakterye bułgarskie. Oddziaływanie wydzieliny wyraźnie kwaśne.

II. M, Br. l. 20. Nullipara, przyjęta 5. V. 1910. Od 3 lat upławy bardzo obfite.

Rozpozn. klin. Endometritis cervic.

Badanie drobnowidowe wydzieliny słabo kwaśnej: prątki Döderleina, liczne ziarenkowce. Brak dwoinek wiewiórowych. 5. V. 1910. Zastósowano do pochwy bakt. bułgarskie w bulionie z cukrem. 10. V. Leczenie to stosowano codziennie. Upławy zmniejszają się. 3. IV. 1910. M. Br. została z leczenia wypuszczona, jako zupełnie zdrowa. Badanie wydzieliny stwierdza bardzo liczne bakt. bułgarskie, ani śladu innych bakteryi. Oddziaływanie wydzieliny wybitnie kwaśne.

III. M. K. l. 30. 2. VI. 1910. Od 8 lat upławy. Zamężna od 19 lat. 2 porody siłami natury, ostatni przed 11 laty. Połogi gorączkowe. Raz poronienie w 3 m. przed 3 laty.

Rozp. klin. Endometritis cerv.

Badanie drobnowidowe wydzieliny: Oddziaływanie słabo kwaśne, gronkowce i inne ziarenkowce. Dwoinki wiewiórowej niema.

Leczenie: 2. VI. bakt. bułgarskie w bulionie. 7. VII. Codziennie stosowano do pochwy bakt. bułgarskie. Upławy mniejsze. Wydzielina kwaśniejsza. Preparat agarowy zaszczepionej wydzieliny ze szyjki macicy: ziarenkowiec ropotwórczy biały (micrococcus pyogenes albus). nieliczne bakt. bułgarskie, nieliczne gronkowce, liczne inne ziarenkowce. 15. VII. Chora uleczona; wydzielina kwaśna. Badanie hodowli wziętych z wydzieliny szyjki stwierdza ziarenkowce (micrococcus pyogenes albus), liczne bakt. bułgarskie.

IV. A. K. l. 25. 3. VI. Mężatka od 4 lat; od czasu wyjścia za mąż upławy białe. 2 razy rodziła siłami natury. Ostatni poród przed rokiem. Połogi prawidłowe. Obecnie w ciąży, w V m. k.

Rozpozn. klin. Endometr. cervic. in gravida V m.

Badanie drobnowidowe wydzieliny, oddziałującej zasadowo: liczne ziarenkowce i nabłonki pochwy. Brak dwoinki wiewiórowej. 3. VI. 1910. Bakt. bułgarskie w bulionie. 11. VI. 1910. Chora czuje się znacznie lepiej, gdyż upławy mniejsze; dużo bakt. bułgarskich, nieliczne ziarenkowce i nabłonki pochwowe. 15. VI. Uleczona. Wydzieliny brak. Badanie drobnowidowe stwierdza bardzo liczne bakt. bułgarskie, nieliczne ziarenkowce.

V. M. B. l. 21. 14. VI. Zamężna od 2 lat, 2 porody przedwczesne. Połogi prawidłowe. Od ostatniego porodu obfite, białe, gryzące upławy.

Rozpozn. klin. Endometritis cervicalis chronica.

Badanie drobnowid. wydzieliny: dwoinki i cieniutkie laseczki po 2—3 w szeregu. bliżej nieoznaczone. Oddziaływanie słabo kwaśnie. 14. VII. Bakt. bułgarskie w bulionie. 5. VII. Codziennie do pochwy bakt. bułgarskie. Upławy mniejsze. 8. VII. Upławy mniejsze. 10. VII. Preparat: dwoinki (nie wiewiórowe). 15 VII. Upławów brak, chora uleczona. Preparat: Saccharomyces albicans (hodowle agarowe).

VI. A. S. l. 18. 15. VI. Nullipara. Virgo intacta. Od tygodnia obfite upławy gryzące. Masturbacya.

Rozpozn. klin. Vaginitis post masturbationem.

Bad. drobn. Liczne ciałka ropne, gronkowce, ziarenkowce. Oddziaływanie zasadowe.

Leczenie: Prątek bułgarski w bulionie do pochwy codziennie. 17. VI. Po dwurazowem zastosowaniu znacznie zmniejszona wydzielina. Uczucie palenia ustąpiło. Oddziaływanie kwaśne. 7. VII. Upławów brak. Badanie drobnow.: bakt. bułgarskie, nieliczne nabłonki.

VII. Tl. K. l. 44. 18. VI. Multipara. Przebyty wiewiór. Od 23 lat zamężna, jeden poród kleszczowy przed 22 laty. Od kilkunastu lat upławy gryzące. Leczy się ciągle bez skutku.

Rozpozn klin Endometritis chronica cervicalis.

Bad. drobn.: Bardzo nieliczne ziarenkowce (po 4 czworaczki), bardzo liczne ciałka ropne. Oddziaływanie kwaśne. 18. VI. Bakt. bułgarskie w proszku do pochwy. 19. VI. Chora uskarża się na wielkie pieczenie. Podano znowu bakt. bułgarskie w proszku. 23. VI. Upławy i pieczenie utrzymują się. Zastosowano bakt. bułgarskie w bulionie. 29. VI. Codziennie prątki bułgarskie w bulionie Upławy znacznie zmniejszyły się. Pieczenie ustąpiło. Oddziaływanie słabo kwaśne. 8. VII. Upławy bardzo małe. 15 VII. Upławy bardzo małe. Preparaty wzięte 8. VII. na agar wykazują czystą hodowlę prątków bułgarskich. 26. VII. Zupełne uleczenie. Preparat hodowli agarowej: prątki bułgarskie nieliczne, ziarenkowce.

VIII. J. L. l. 21. mężatka.— 21. VI. Raz rodziła siłami natury przed 4 laty, od tego czasu upławy białe. Leczyła się bez skutku u wielu ginekologów.

Rozpozn. klin. Endometritis chronica cervicalis cum erosione.

Bad. drobnowid.: gronkowce, ziarenkowce; oddziaływanie słabo kwaśne. 21. VI. Leczenie: bakt. bułgarskie w bulionie. 24. VI. Codziennie wlewano do pochwy bakt. bułgarskie w bulionie. Upławy mniejsze, znacznie bledsze, widoczne gojenie się nadżerki. 7. VII. Upławy bardzo małe. Preparat z kultury agarowej zaszczepionej 5. VII. wykazuje bakt. bułgarskie. Nadżerka prawie zagojona. 25. VII. Wyleczenie, nadżerka zagojona. Preparat wzięty z pochwy: bakt. bułgarskie, nieliczne ciałka ropne, nabłonki. 25. VIII. Mimo braku wszelakiego leczenia chora nie ma upławów i czuje się zupełnie dobrze. Inteligentna ta osoba podaje, że po żadnem leczeniu nie miała się nawet w przybliżeniu tak dobrze.

IX. W. Gr. l. 36. 21. VI. Multipara. Mężatka, 2 porody siłami natury, poronienie przed 2 laty. Połogi prawidłowe. Upławy białe od 6 tygodni.

Rozpozn. klin. Endometritis chronica cervicalis cum erosione.

Bad. drobn. Liczne ziarenkowce, nabłonki, brak dwoinek wiewiórowych. 21. VI. Leczenie: bakt. bułgarskie w bulionie do pochwy. 30. VI. Codziennie to samo leczenie. Upławy mniejsze. Nadżerka bledsza. 8. VII. Upławy bardzo małe. Zaszczepiono z wydzieliny na agar. 10. VII. Upławy bardzo małe. Preparat z agaru wykazuje bakt. bułgarskie i nieliczne ziarenkowce. Nadżerka zagojona. 15. VII. Chora uważa się za uleczoną, upławów niema. Preparat z agaru: bakt. bułgarskie z zarodnikami, micrococcus pyogenes albus. 21. VII. Wyleczenie. Preparat z wydzieliny i hodowli agarowych wykazuje liczne bakt. bułgarskie i nieliczne ziarenkowce.

X. P. M. l. 29. 22. VI. Multipara. Mężatka od 10 lat. 4 razy rodziła siłami natury. Ostatni poród przed 4 laty. Od 8 lat upławy białe. Leczyła się bez skutku roznaitemi płukaniami.

Rozpozn. klin. Endometritis chronica cervicalis. Bad. drobn.: gronkowce, paciorkowce, liczne ziarenkowce. Oddziaływanie słabo kwaśne. Dwoinki wiewiórowej niema. 22. VI. Leczenie: do pochwy bakt. bałgarskie w bulionie. 30. VI. Codziennie to samo leczenie; upławy utrzymują się. 8. VII. Leczenie to samo; upławy mniejsze. Wzięto wydzielinę na agar. 10, VII. Upławy mniejsze. Preparat z agaru: bakt. bułgarskie, nieliczne ziarenkowce. 26. VIII. Leczenie codziennie to samo; upławy bardzo małe. 28. VII. Wyleczenie. Preparat z hodowli agarowej: czysta hodowla bakt. bułgarskich.

XI. K. P. l. 27. 22. VI, Multipara. 2 razy rodziła siłami natury. Ostatni poród przed 4 laty. Połogi prawidłowe. Raz poroniła przed $1^1/_2$ roku, od tego czasu upławy białe.

Rozpozn. klin. Endometritis chronica cervicalis.

Badanie drobn. Prątki Döderleina, laseczki dosyć długie. Liczne nabłonki pochwowe, oddziaływanie kwaśne. 22. VI. Do pochwy wlano bakt. bułgarskie w bulionie. 30. VI. Leczenie to samo codziennie. Upławy utrzymują się. 8. VII. Leczenie to samo, upławy mniejsze Wzięto wydzie-

linę na agar. 10. VII. Preparaty: Bardzo liczne ciałka ropne, nieliczne bakt. bułgarskie. 15. VII. Upławy mniejsze, chora czuje się znacznie lepiej; leczenia nie dokończyła.

XII. A. O. l. 36. Mężatka. 28. VI. Raz rodziła siłami natury. Połóg prawidłowy. Od 5–6 lat upławy gęste, białe.

Rozpozn. klin. Endometritis chronica cervicalis. Ruptura perinei incompleta.

Badanie drobnowidowe: Dużo nabłonków, laseczki podobne do bakteryi bułgarskich, ale mniejsze. 28. VI. Wlano do pochwy bakterye bułgarskie w bulionie. Leczenie to powtarzano codziennie. 30. VI. Upławy mniejsze. Preparat z agaru wykazuje bakterye bułgarskie. 6. VII. Upławy bardzo małe. Wzięto preparat na agar. 10. VII. Preparat: Gronkowce, drożdże, bakt. bułgarskie. 12. VII. Wyleczenie. Brak upławów.

XIII. E. G. l. 25. 28. VI. Multipara. 2 porody kleszczowe, połogi prawidłowe. Ostatni poród przed $1^1/_2$ rokiem, 1 poronienie przed 3 laty. Upławy białe od $^1/_2$ roku.

Rozpoznanie kliniczne. Endometritis cervicalis chronica.

Badanie drobnowidowe: Gronkowce, nabłonki, ciałka ropne. Oddziaływanie zasadowe. 28. VI. Wlano do pochwy bakterye bułgarskie w bulionie. Leczenie to powtarzano codziennie, 3. VII. Upławy mniejsze. Preparat: gronkowce. 8. VI. Bardzo małe upławy. 14. VII. Preparat: gronkowce. 20. VII. Upławy bardzo małe, oddziaływanie kwaśne. 28. VIJ. Chora nie ma upławów. W preparacie nie znaleziono bakteryi bułgarskich.

XIV. L. C. l. 35. 28. VI. Multipara. Upławy białe od 4 lat. Leczyła się bez skutku

Rozpoznanie kliniczne: Endometritis cervicalis chronica.

Badanie drobnowidowe: ziarenkowce, czworaczki, brak dwoinek wiewiórowych. Wydzielina słabo kwaśna. 28. VI. Wlano po raz pierwszy bakt. bułgarskie w bulionie do pochwy. Leczenie to powtarzano codziennie aż do 28. VII. Na trzeci dzień leczenia upławy mniejsze. Preparaty brane na agar w ciągu leczenia wykazywały czworniaki (sarcina flava), ziarenkowce (micrococcus pyogenes) i bakterye bułgarskie. Wydzielina kwaśna. 28. VII. Wyleczenie. Preparaty wykazywały bakterye bułgarskie, nieliczne ziarenkowce.

XV. W. K. l. 28. 2. VII. Multipara. 5 razy rodziła siłami natury. Od roku upławy. Od dwóch lat nosi krążek.

Rozpoznanie kliniczne. Retroflexio uteri libera, endometritis cervicalis chronica.

Badanie drobnowidowe: Gronkowce. Oddziaływanie kwaśne.

2. VII. Dla porównania wlano do pochwy 1% rozczynu kwasu mlecznego. Leczenie to powtarzano codziennie do 15. VII., przyczem upławy nietylko nie zmniejszały się, ale stawały się silniejsze. Początkowo sądziliśmy, że może rozczyn kwasu mlecznego za mocny, dlatego zaczęliśmy stosować rozczyn 0.25%, ale również bez skutku, wobec tego przepłukano pochwę wodą przekroploną i 16. VII. zaczęto wlewać do pochwy bakterye bułgarskie w bulionie. Po 10 dniach upławy zaczęły się zmniejszać, a w preparatach znaleziono bakterye bułgarskie. Chora z powodu braku czasu nie mogła dokończyć leczenia i w stanie znacznie polepszonym przestała chodzić do ambulatoryum klinicznego.

Jak z tego widzimy, ten sposób leczenia okazał się bardzo dobrym i w porównaniu do dotychczasowego leczenia rozmaitymi środkami odkażającymi, żrącymi lub ściągającymi jest niewątpliwie skuteczniejszy; w znacznie krótszym czasie można było osiągnąć uleczenie zupełne. Przy dotychczasowem leczeniu upławów z powodu zapalenia błony śluzowej szyi macicy, przy równoczesnem istnieniu nadżerki (erosio), konieczne było osobne specyalne leczenie nadżerki. Przy leczeniu bakteryami bułgarskiemi, jak widać z przytoczonych historyi chorób, nadżerki nie potrzeba osobno leczyć; wkrótce goją się one zupełnie.

Doświadczenia nasze przeprowadziliśmy na chorych przychodnich, które z zasady z chwilą uleczenia usuwały się z pod obserwacyi. Tylko w jednym przypadku (VIII) badał chorą prof. Rosner w parę miesięcy po skończeniu leczenia.

Dalsze badania wykazać powinny, czy zaszczepione do pochwy bakterye bułgarskie pozostają tam na stałe, czy też powoli znikają. Zapewne w najbliższej przyszłości będziemy mogli stwierdzić, czy wyleczenie, tym sposobem uzyskane, jest trwałe, czy też choroba pierwotna po pewnym czasie powraca. Dwa te pytania są z sobą w ścisłym związku, bo jeśli »cessante causa cessat effectus«, to w sposobie naszym znajdzie się może »causa incessans«, o ile bakterye bułgarskie pozostaną w częściach rodnych na stałe.

Dwa jeszcze nasuwają się pytania: Naprzód, czy bakterye bułgarskie nie mogą pójść wyżej i przeszedłszy przez jajowody wywołać zadrażnienie otrzewnej. Nic podobnego nie spostrzegaliśmy, a doświadczenia nasze na królikach, którym wstrzykiwaliśmy hodowle bulionowe tego prątka, przemawiają przeciw temu przypuszczeniu. Zwierzęta znosiły ten zabieg bez odczynu. Zresztą nie jest rzeczą prawdopodobną, żeby bakterye bułgarskie, wlane do pochwy, mogły wędrówkę tę jeszcze odbyć.

Drugie pytanie, czy ta sztuczna zmiana flory bakteryjnej nie wpłynie niekorzystnie na płodność, nie da się na razie rozstrzygnąć. Analogia bakteryi bułgarskich z bakteryą Döderleina, która w niczem płodności nie przeszkadza mimo zakwaszania wydzieliny, przemawia przeciw temu przypuszczeniu. I tę sprawę rozstrzygnie zapewne niedaleka przyszłość.

Badań naszych nie uważamy za skończone; osobno zamierzamy badać działanie tego środka na wiewióra szyjki macicznej i cewki moczowej

---

Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniw. Jagiel.
(Dyrektor Prof. Dr. Rosner).

Badania kliniczne i doświadczalne nad miażdżeniem pępowiny.

Napisał
Dr. Józef Schlank
asystent kliniki.

Zaopatrywanie pępowiny u noworodków nie osiągnęło jeszcze tej doskonałości, aby nie wydarzały się od czasu do czasu zakażenia. Dzikie narody w bardzo pierwotny sposób zaopatrują pępowinę, a mimo to przypadki śmierci z powodu zakażeń u nich należą do rzadkości; tymczasem statystyki najlepiej prowadzonych klinik wykazują od czasu do czasu zakażenia pępkowe.

Dopiero w ostatnich czasach dzięki pracom klinicznym zaprowadzono pewne ulepszenia. Przytoczę kilka danych statystycznych co do zakażeń pępkowych.

Keilmann na 400 noworodków nie miał ani jednego przypadku gorączki, ani zakażenia pępkowego.

Berend zestawił statystykę, uwzględniającą ważną okoliczność, czy noworodki były zaraz kąpane, czy nie. Na 2000 noworodków, podzielonych na dwie serye po 1000,

z których w jednej seryi kąpano noworodki, a w drugiej nie stwierdził Berend, że w obydwu seryach mniej więcej w tym samym czasie odpadają pępowiny, jednak u dzieci kąpanych choroby pępków i zakażenia wydarzają się dwa razy częściej, niż u niekąpanych, i że przypadki chorobowe u niekąpanych przebiegają o wiele łagodniej, niż u kąpanych.

Co do kąpania noworodków doszedł Mikucki na zasadzie statystyki w klinice krakowskiej za czasów Prof. Jordana do wniosku, że kąpanie noworodków przyspiesza odpadanie pępowiny, lecz przyspieszenie to nie jest tak znaczne, aby zaważyć mogło na korzyść tego lub przeciwnego postępowania. Zakażeń pochodzenia pępkowego nie spostrzegał Mikucki ani u dzieci kąpanych, ani u niekąpanych. Zaniechanie kąpieli nie wywiera złego wpływu na zdrowie dziecięcia. Ostatecznie dochodzi Mikucki do wniosku, że ze względu na to, iż kąpiele wywierają wpływ pomyślny na dzieci niedonoszone i słabowite, należałoby kąpać te dzieci; z drugiej strony należałoby unikać kąpieli w klasie niezamożnej, gdzie o czystość tej kąpieli jest dosyć trudno. Zaniechanie kąpieli nie da się jednak w tych razach tak łatwo przeprowadzić wobec zakorzenionych przyzwyczajeń.

Korybut-Daszkiewicz zaleca przedewszystkiem zachowanie czystości chirurgicznej przy opatrywaniu pępowiny i rany pępkowej i przytacza różne poglądy na sprawę kąpania noworodków w pierwszych dniach przed odpadnięciem pępowiny; sam jest zwolennikiem kąpania noworodków, żąda tylko, żeby przy stosowaniu kąpieli była przestrzegana wielka czystość.

Ahlfeld na 1584 noworodków nie miał ani jednego przypadku zakażenia pępka. Martin-Rieck spostrzegał, że na 52 przypadków w 43 zaschnięcie nastąpiło pierwszego dnia, w 8 przypadkach drugiego dnia, w 1 na trzeci dzień; nie miał on ani jednego zakażenia pępkowego. Dohrn w 28, Paul w 32, Horn w 160 przypadkach spostrzegali gojenie się pępka bez powikłań chorobowych.

Na ogół biorąc, statystyki te, dotyczące zakażeń pępowiny, nie są zastraszające, jednak nie można się niemi zadowolnić, gdyż odsetek zakażeń jest stosunkowo jeszcze dosyć duży. Łatwo wobec tego zrozumieć, że kliniki pracują ciągle nad tem, aby o ile możności zupełnie usunąć zakażenia pępkowe lub przynajmniej zmniejszyć je do minimum.

Praca niniejsza ma na celu dać krytyczny przegląd sposobów zaopatrywania pępowiny i przyczynić się częściowo do walki z zakażeniami pępkowemi.

Przytoczę rozmaite sposoby zaopatrywania pępowiny, znane mi z piśmiennictwa.

Wedle Plossa istnieją stosunki najpierwotniejsze, najwięcej zbliżone do stosunków u zwierząt, u dzikich ludów Ameryki południowej, Australii i na Wyspach Polinezyjskich. Rodząca odgryza pępowinę po urodzeniu płodu. U innych narodów dzikich matka lub siostra rodzącej przecina pępowinę zaostrzonym bambusem, a następnie podwiązuje nitką wełnianą. W Guatemali przepalają pępowinę nad płomieniem i zalewają kikut balsamem kopaiwianym. Kobiety Nowej Zelandyi nigdy nie podwiązują pępowiny tylko skręcają lub zapętlają ją na węzeł. Gdzieindziej przecinają ją znowu ostrym kamieniem lub muszlą, a kikut nacierają rozpaloną kością kangura lub też po podwiązaniu zasypują popiołem. Ludy afrykańskie po podwiązaniu pępowiny lub bez podwiązania przecinają ją nożem.

Dla zatrzymania krwotoku przykładają w niektórych krajach wapno, ocet lub okłady z ostryżu (kurkuma). Ludy Turkestanu podwiązują pępowinę w połowie jej długości. Beduinki zwykle przecinają pępowinę ostrym nożykiem, arabskim, zwanym »muss«, a następnie podwiązują nitką wełnianą, a kikut zasypują proszkiem z rozmaitych tartych ziół.

Już w starożytności Egipcyanie, Żydzi, Arabowie, Grecy, Rzymianie, podwiązywali pępowinę nitkami lnianemi, wełnianemi, lub włóknami roślinnemi, aby uniknąć upływu krwi u dziecka.

Pytanie, czy pępowinę należy podwiązywać, czy nie, roztrząsano już bardzo dawno. Według Plossa spotykamy się już u starożytnych Rzymian w dziełach Soranusa i Musciona z poleceniem podwiązywania pępowiny, a w XVI wieku Rösslin i Rueff polecają to samo w swoich książkach.

W naszych czasach cały szereg autorów, jak Ahlfeld. Olshausen, Bumm, Zweifel, Runge, Seitz, Sarvey, zalecają podwiązywać pępowinę, natomiast Schulze uważa podwiązywanie za niekonieczne, a Ziermann nawet za szkodliwe, W nowszych czasach przeciwnikiem podwiązywania pępowiny jest przedewszystkiem Keller. Według niego podwiązywanie pępowiny nietylko nie pomaga, ale przeciwnie przeszkadza mumifikacyi, co ułatwia powstawanie rozmaitych zakażeń. W 2000 przypadkach, w których niepodwiązywano pępowiny, mumifikacya następowała o wiele szybciej.

Czem należy podwiązywać pępowinę? Po części już to pytanie rozstrzygnięto w starożytności. Wtedy już używano tego samego materyału, jakiego i dziś przeważnie się używa to jest tasiemki. W najnowszych czasach Pinard i Martin polecali podwiązywać pępowinę nitkami jedwabnemi. Jednak i ten sposób znalazł zaraz przeciwników, I tak Ahlfeld sądzi, że podwiązywanie jedwabiem wywołuje powstawanie krwiaków pępowinowych, a Ballin sadzi, że pępowina podwiązana jedwabiem łatwiej ulega zakażeniu. Podwiązywanie pępowiny katgutem pierwszy zastosował Leube. Ale i ten sposób nie przyjął się w praktyce

Budin wprowadził elastyczną opaskę kauczukową która ma tę zaletę, że nie przecina pępowiny i lepiej zabezpiecza przeciw następowemu krwotokowi. Sposób ten stosowali Crédé, Weber i Leopold z bardzo dobrym skutkiem.

Cały szereg autorów jest tego zdania, że u dzieci donoszonych może nastąpić śmiertelny krwotok z pępowiny jedynie tylko przy dziedzicznej krwawiączce, niedostatecznem zamknięciu przewodu żylnego Arancyusza, dołu owalnego serca lub przewodu tętniczego Botalla.

Dla uniknięcia ewentualnego krwotoku z kikuta pępowiny, radzono zestrupiać go przez przypalenie; pierwszy stosował to Martin. Był on z wyników swoich zadowolony. Ahlfeld wystąpił przeciwko temu sposobowi, uzasadniając swoje stanowisko tem, że sposobu tego nie można powierzyć położnym, gdyż poparzeń nie można uniknąć. Bocheński probował tego sposobu na 50 noworodkach w lwowskiej klinice położniczej i wypowiada przekonanie, że chociaż sposób ten daje dobre wyniki, ale techniczne trudności przy jego wykonaniu, możność sparzenia dziecka

przy operacyi i trudność, jaką sprawiałoby nałożenie powtórnej przewiązki w razie, jeżeli przy podwiązaniu cienką nitką przecięło się naczynia pępkowe, nie rokują sposobowi Martina możności wejścia w powszechne użycie.

Przyspieszenie mumifikacyi i odpadnięcia pępowiny oraz zagojenia się rany ma się osiągnąć po nałożeniu kleszczyków, które miażdżąc ściany naczyń, zlepiają je i uniemożliwiają następowy krwotok. Pierwsi użyli tego sposobu Bar, Peau de Cerf. Nazwali oni ten sposób »forcipressure du cordon ombilical«. Metoda ta polega na tem, że po wygotowaniu kleszczyków zakłada się je na granicy skóry i pępowiny, a nad nimi odcina się pępowinę. Kleszczyki zostawia się na 24—36 godzin. Aby zaś uniknąć ucisku na delikatne powłoki brzuszne, podkłada się pod kleszczyki gazę lub watę. Po użyciu tego sposobu goi się pępek na 4. lub 5. dzień.

Porak podał podobne kleszczyki, które nazwał »omphalotrib«; jednakże łączył on ten sposób z następowym szwem kikuta pępowiny.

Dickensen radził dla otrzymania bezwzględnie aseptycznego przebiegu, po podwiązaniu pępowiny zupełnie krótko obszyć poszczególne naczynia lub po założeniu podwiązek na naczynia i po odświeżeniu brzegów skóry, zeszyć ją nad pępkiem. Jednak metoda ta nie mogła znaleźć zwolenników już z tego względu, że tego zabiegu niemożna powierzyć położnym, a powtóre nie jest on dla dziecka obojętny.

Pietraszkiewicz zaleca codzienne pędzlowanie pępowiny jodyną, a następnie zawijanie jej w watę higroskopijną i kąpiel codziennie. W 81 przypadkach osiągnięto dobre wyniki. Pępowina odpadała średnio po upływie pięciu dni. Gojenie się pępka bez powikłań.

Wspomnę jeszcze o sposobie zaopatrywania pępowiny sposobem Kakuszkina z instytutu położniczego w Petersburgu. Zakłada on po ustaniu tętna w pępowinie kleszczyki Kochera jak najbliżej skóry i odcina powyżej, zostawiając kikut długości 2—2$^{1}/_{2}$ cm. Kikut pokrywa watą. Na 1150 przypadków pozostawiał on kleszczyki od 5 minut do 3 godzin i w pracy swojej nadmienia, że u płodów o bardzo małej lub bardzo dużej wadze dłużej je pozostawiał, niż u dzieci o średniej wadze. W 15 przypadkach po zdjęciu, musiał Kakuszkin powtórnie założyć kleszczyki z powodu krwawienia, a w 5 przypadkach musiał założyć podwiązkę. Zakażeń pępka było« przy tym sposobie zaopatrywania znacznie mniej, niż przy innych metodach. Pępek średnio na 5—7 dzień był zagojony.

Gauss, asystent prof.Kröniga z Freiburga w Bryzgowii chcąc wprowadzić jak najściślejszą aseptykę przy podwiązywaniu pępowiny, zaczął używać zamiast podwiązywania pępowiny, klamer, miażdżących naczynia pępowinowe. Sposób ten, jak już wspomniałem, stosowano już przedtem, tylko Gauss ulepszył go o tyle, że gdy kleszczyki zostawiano od 25—36 godzin i czasem pomimo najstaranniejszej opieki nie można było uniknąć tu i owdzie odleżyny na delikatnej skórze noworodków, to klamra Gaussa bardzo silnie miażdży pępowinę, tak że dziesięciominutowy ucisk wystarcza do zabezpieczenia noworodka przed następowym krwotokiem. Po zdjęciu klamry zakłada się aseptyczny opatrunek i zdejmuje się go dopiero po 6—8 dniach. Dopóki pępek nie jest zupełnie zagojony, nie kąpie się dziecka.

Będąc parę tygodni we Freiburgu, przypatrzyłem się wynikom tego sposobu; nie widziałem absolutnie żadnego krwawienia następowego w tych kilkudziesięciu przypadkach, które tam widziałem. Sposób użycia klamer jest następujący: Po urodzeniu się dziecka przecina się pępowinę między dwoma kleszczykami Péana, założonemi tymczasowo, a następnie na granicy skóry i pępowiny zakłada się umyślnie do tego zastosowaną klamrę na dziesięć minut i bezpośrednio ponad nią obcina się pępowinę. Po dziesięciu minutach zdejmuje się klamrę i zakłada się aseptyczny opatrunek.

Zachęcony szybszem i ładniejszem gojeniem się pępowiny i uwzględniając bezpieczeństwo aseptyczne, zacząłem sposób ten stosować w klinice krakowskiej. Początkowo zakładałem klamrę sam; obecnie położne zakładowe bez pomocy lekarza zaopatrują w ten sposób pępowinę w każdym przypadku.

Od r. 1907 do 1910 zaopatrzyliśmy w ten sposób 657 pępowin. Krwotoku następowego absolutnie nie mieliśmy żadnego i wogóle na podstawie tych 657 spostrzeżeń uważać musimy ten sposób za bardzo dobry i przytem teoretycznie usprawiedliwiony. Wiadomo, że niebezpieczeństwo zakażenia i gnicia pępowiny trwa dopóty, dopóki ona nie wyschnie. Wszelkimi więc sposobami starano się wyschnięcie to przyspieszyć, (wata higroskopijna, dermatol, gips, i t. d.) Tymczasem klamra wyciska z pępowiny sporo wody, przez co po zdjęciu klamry, a więc 10 minut po urodzeniu się dziecka, mamy pępowinę, acz jeszcze nie suchą, ale znacznie mniej wody zawierającą, niż w tymże okresie czasu przy innych sposobach jej opatrywania.

Według moich własnych licznych badań zawiera pępowina w 4 godziny po porodzie od 87—92$^0/_0$ wody. Naturalnie ilość ta jest mniejsza, niż bezpośrednio po porodzie, gdyż pępowina schnie. Różnica wynosić może 2$^0/_0$ lub może więcej. W oznaczeniu tem są bardzo nieznaczne błędy, gdyż podczas ważenia pępowina traci przez parowanie wodę, czyli schnie. Wskutek tego ten sam kawałek pępowiny, ważony w kilka minut później po raz drugi, waży już mniej, rozumie się o tysiączne części grama.

Do doświadczeń nad szybkością utraty wody użyto trzech pępowin, które oznaczono poniżej I, II, III.

Każdą z tych pępowin badano sześć razy, co w tekście poniżej uwidoczniono literami A—F.

W pierwszym z tych sześciu kawałków (A) oznaczono naprzód całkowitą ilość wody w 4 godziny po porodzie, poczem miażdżono kawałek ten takim samym przyrządem, jakiego używaliśmy u dzieci, tylko dwa razy szerszym, przez co mogliśmy do doświadczeń brać dwa razy dłuższe kawałki pępowiny. Po zmiażdżeniu pozostawiano ten kawałek nad kwasem siarkowym w próżni i co pewną ilość godzin ważono dla przekonania się, jak szybko znika woda.

W drugim kawałku tejże pępowiny (B) oznaczono znowu ilość odsetkową wody i nie miażdżąc tego kawałka, pozostawiano nad kwasem siarkowym w próżni, przyczem ważono go raz po raz.

Kawałek trzeci tej samej pępowiny (C) poddano oznaczeniu odsetkowej ilości wody, poczem miażdżono go i suszono nad chlorkiem wapna, badając co parę godzin wagę.

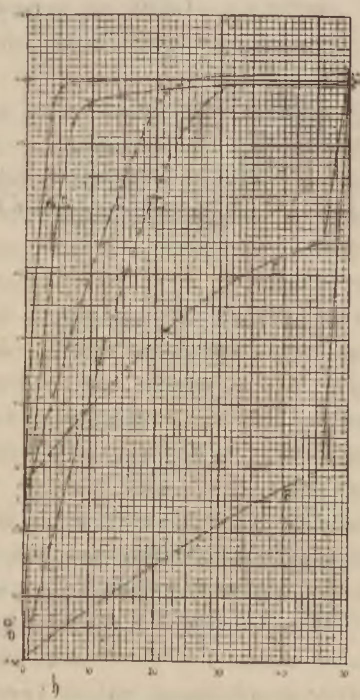
W kawałku (D) tej samej pępowiny oznaczono od-

setkową ilość wody i bez miażdżenia suszono nad chlorkiem wapna.

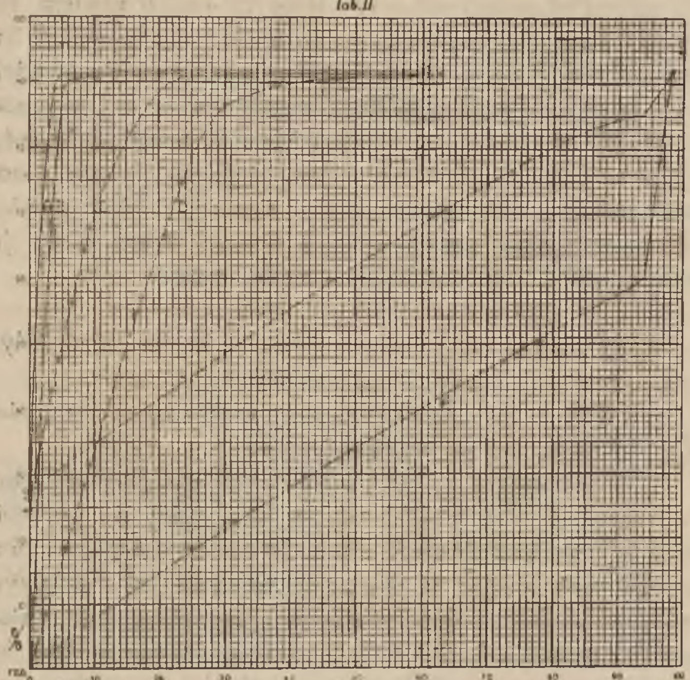
Kawałek piąty (E) po oznaczeniu odsetkowej ilości wody i miażdżono i suszono na wolnem powietrzu, kontrolując szybkość utraty wody.

W kawałku wreszcie szóstym (F) oznaczono odsetkową ilość wody bez miażdżenia suszono na wolnem powietrzu.

Tab. I.



Tab. II



Krzywe I, II, III przedstawiają wyniki tych badań Widzimy z nich, że, co łatwo zrozumieć, najszybciej schnie pępowina nad kwasem siarkowym, najwolniej na wolnem powietrzu. Liczby na linii poziomej oznaczają ilość godzin, na pionowej ilość utraconej wody. Na tablicy tej kawałki B, D, F, jako nie miażdżone, zawierają z początku pełną ilość wody, a więc linie schodzą się w punkcie O. Natomiast pępowiny A, C, i E mają już z początku znacznie zmniejszoną ilość wody wskutek zmiażdżenia. W pierwszej pępowinie kawałek stracił 20·80% wody, kawałek C 25·12% a kawałek E 27·31%.

Szybkość, z jaką schnie pępowina miażdżona i niemiażdżona, jest mniejwięcej ta sama, ponieważ jednak w chwili rozpoczęcia badania ma miażdżona pępowina znacznie mniej wody, niż nie miażdżona, przeto różnica ta utrzymuje się przez cały ciąg badania.

Pępowina niemiażdżona, schnąc na wolnem powietrzu, traci dopiero w 40 godzin tę ilość wody, jaką wycisnęła klamra przy miażdżeniu pępowiny; innemi słowy pępowina miażdżona odpowiada w chwili zdjęcia klamry pępowinie niemiażdżonej po czterdziestu godzinach. Ponieważ, jak wyżej wspomniano, szybkość schnięcia jednej i drugiej jest mniej więcej ta sama, przeto pępowina miażdżona jest całkiem sucha o 40 godzin wcześniej, niż niemiażdżona.

Tablice I, II, III uwidoczniają wyniki doświadczeń na trzech odrębnych pępowinach. Wyniki te są w przybliżeniu identyczne, tylko czas badania jest na II i III tablicy dłuższy.

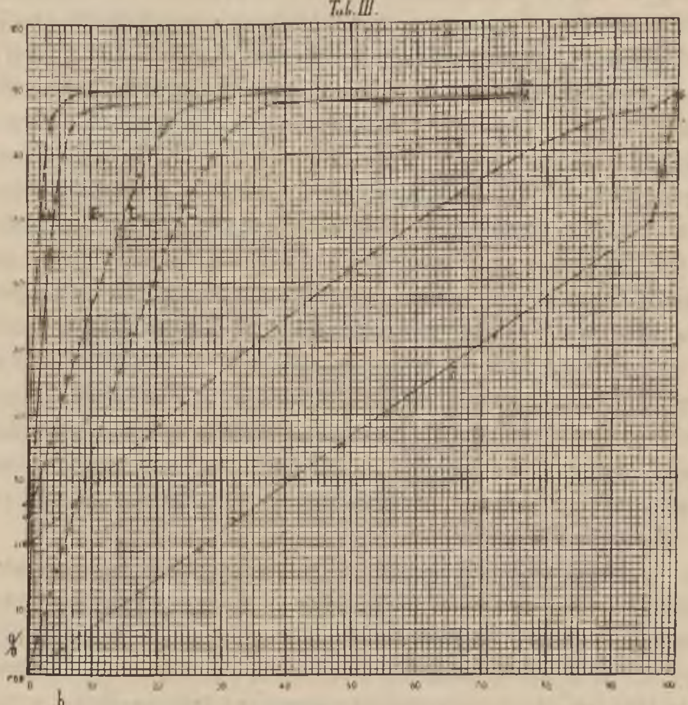
Tablica I.

Woda oznaczona po 4 godzinach w 100%

	I Pępowina	II	III
A)	90·15%	91:84%	90·13%
B)	89·61%	91 58%	88·32%
C)	91·36%	91·64%	90·19%
D)	90·04%	90·89%	98·05%
E)	91·64%	91·42%	88·59%
F)	90·70%	91·48%	87 89%

Przez wyciśnienie pępowin klamrą tracą one 25% całej wody, jak uwidoczniono na tablicy II.

Tab. III.



Tablica II.

Przez wyciśnięcie traci całej wagi w odsetkach:

	I Pępowina	II	III
A)	20·80%	24·69%	26·63%
C)	25·12%	26·37%	24·67%
E)	27 31%	27·60%	19·87%

a obliczając co do zawartości samej wody, koło 27%, jak wskazuje tablica III.

Tablica III.

Przez wyciśnięcie traci wody w odsetkach:

	I pępowina	II	III
A)	23·08%	26·68%	29·55%
C)	27·50%	28·78%	27·35%
E)	29·80%	31·00%	22·43%

Również krzywe ilustrują bardzo dobrze te obliczenia.

Przy wyciskaniu kawałków pępowiny musimy również uwzględnić pewne drobne błędy, niezależne od badającego, gdyż kawałek pępowiny, włożony do klamry, bardzo łatwo wysuwa się z niej w chwili jej zaciskania, co naturalnie przy użyciu klamry u noworodka nie dzieje się, i taka pępowina traci nieco mniej na całej wadze i rozumie się na całej zawartości wody.

Z punktu widzenia klinicznego mają wyniki te o tyle wielkie znaczenie, że, jak wiemy, gnicie pępowiny jest możliwe tylko dopóty, dopóki zawiera ona dużo wody. Doraźna utrata 20—30% wody bezpośrednio po porodzie czyni pępowinę o tyle suchą, że już z trudnością może ona uledz gniciu, zwłaszcza, że sprawa gnicia rozwinąć się może dopiero w pewną ilość godzin po zakażeniu, a w tym czasie utrata wody jest w pępowinie miażdżonej już bardzo znaczna. Utrudnia to więc w najwyższym stopniu gnicie pępowiny. Dowodem tego jest fakt, że w doświadczeniach moich pępowina miażdżona, suszona na wolnem powietrzu, naturalnie bez użycia środków przeciwgnilnych, nie gniła wcale, czego dowodem był zupełny brak charakterystycznego zapachu; natomiast pępowina niemiażdżona gniła na wolnem powietrzu łatwo, wydając przenikliwy odór.

Nie trzeba podkreślać znaczenia klinicznego tego faktu. W każdym razie pewnem jest, że zmiażdżenie pępowiny po porodzie jest ważnym czynnikiem, zapobiegającym jej zakażeniu i gniciu.

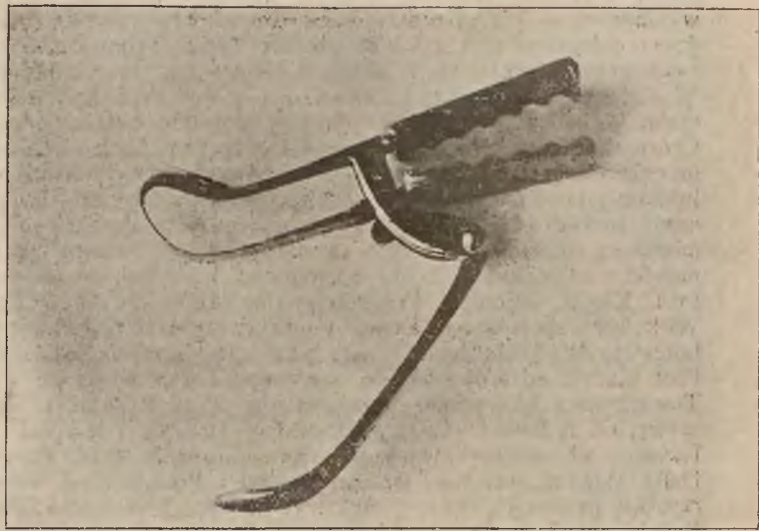
Prócz niebezpieczeństwa gnicia i zakażenia istnieje jednak dla płodu ze strony pępowiny i drugie niebezpieczeństwo, t. j. krwawienie.

Miażdżenie pępowiny uznać możemy za sposób dobry tylko wówczas, jeśli, zmniejszając jedno niebezpieczeństwo (zakażenie), nie powiększa drugiego, t. j. skłonności do krwawienia.

Na podstawie własnych spostrzeżeń (657 porodów) i licznych doświadczeń kliniki fryburskiej) przekonany jestem, że niebezpieczeństwo krwawienia przy użyciu tego sposobu nie istnieje W naszej klinice nie widzieliśmy ani jednego krwawienia następowego po zdjęciu klamry, choć używaliśmy jej bez wyjątku u wszystkich noworodków, donoszonych i niedonoszonych, a nawet omdlałych, stosując klamrę oczywiście po docuceniu.

Ponieważ jednak te ujemne spostrzeżenia, acz liczne nie dowodzą, że taki bezpośredni krwotok następowy po zdjęciu klamry wydarzyć się nie może, przeto ostrożność wymaga, żeby w razie potrzeby módz założyć podwiązkę na ten zmiażdżony kikut. Z tego powodu uważamy klamrę Gaussa za nieco ryzykowną, gdyż jest tak wązka, że zgnieciony nią kikut jest niezmiernie mały i po zdjęciu klamry nie nadaje się do ewentualnego podwiązania, poprostu znikając w fałdzie skórnym pępka.

Dlatego poleciliśmy wykonać klamrę szerszą, której rysunek tu podaję. Miażdży ona pępowinę z równą siłą,



jak Gaussowska, a pozostawia kikut mniejwięcej dwa razy dłuższy, który w razie potrzeby może być podwiązany. Oczywiście fakt, że kikut jest dłuższy, w niczem nie zmienia długości czasu jego schnięcia, ani kształtu pępka po odpadnięciu kikuta.

Piśmiennictwo: 1) Ahlfeld: Centr. f. Gyn. 1900 Nr. 13 S. 337. — 2) Babanasjantz.: Diss. St. Petersburg 1881 Ref. Centr, f. Gyn. 1885 Nr. 2, S. 23. — 3) Ballin: Centr. Bl. f. Gyn. 1900 Nr. 38. S. 988. — 4) Frommels Jahrsb. 1897 S. 1030. — 5) Bastara G.: Thése de Paris 1897 Ref. Centrbl. f. Gyn. 1898 Nr. 4, S. 110. — 6) Bauereisen: In-Dissert. Erlangen 1902. — 7) Bocheński: Przegl. lek. Nr. 48 R. 1901. — 8) Bouffe de Saint-Blaise: Revue d'obstetr. 1895 Bd. VIII. — 9) v. Budberg R.: Cntrbl f. Gyn. 1898 Nr. 47 S. 1288. 1899 Nr. 18, S. 585. i 1901 Nr. 39 S. 1080. — 10) Budin: Gez. Med. 1876 Nr. 2 i Ctrbl. f. G. 1880. S. 228. — 11) Bumm: Grundr. z. Stud. d. Geburtsh. 1905. — 12) Chomogoroff S.: Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn. 1889 Bd. XVI S. 16. — 13) Créde u. Weber: Arch. f. Gyn. Bd. 34. — 14) Korybut Daszkiewicz: Zdrowie Nr. 6, 7, 1903. — 15) Dickenson: Centrbl. f. Gyn. 1899 S. 1450. — 16) Eibel: Dissert. Freiburg. 1909. — 17) Flag: Med. News. T. 80 S. 215. — 18) Flieck: Kl. Therap. Woch. Nr. 25, 1900. — 10) Frank: Hand. f. thierärztlichen Geburtsh. IV. Aufl. Berlin 1901. — 20) Gagey u. Grené: Frommels Jahresb. 1895, S. 903. — 21) Keller: Deutsche Klinik Bd. VII 1905. — 22) Leube: Centrbl. f. Gyn. 1901, S. 862. — 23) Leopold: Ctrbl. f. Gyn. 1885 S. 77. — 24) Martin: Ctrbl. f. Gyn. 1900 S. 355, i Berl. kl. Woch. 1900. — 25) Mikucki: Przegl. lek. Nr. 36, 37. — 26) Naegele F.: Mainz 1872. — 27) Peau de Cerf: Ctrbl. f. Gyn. 1898 S. 26. — 28) Pietraszkiewicz: Czas. lek. Nr. 3 i 7. R. 1903. — 29) Pinard: Ctrbl. f. Gyn. — 30) Porak: Ctrbl. f. Gyn. 1901, S. 1239. — 31) Ploss: Das Weib: Leipzig 1887. — 32) Rieck: Ctrbl. f. Gyn. 1900 S. 753 i Monatschr. f. Geb. u. Gyn. 1900 H. 5. — 33) Runge: Die Krankheiten der ersten Lebenstage. Stuttgart 1855 i Lehrbuch der Geburtsh. — 34) Sarvey: v. Winkels Handbuch. d. Geburtsh. I. Bd. 2 H. S. 1067. — 35) Schulze: Dissert, Magdeburg 1733. — 36) Seitz: Winkels Handbuch d. Geburtsh. I Theil. 2 Bd. 1904 S. 327. — 37) Stolz: W. kl. Woch. 1900 Nr. 5. — 38) Ziermann: Die Naturgem. Geb. d. Menschen. Berlin 1817. — 39) Zweifel: Lehrbuch. d. Geburtsh. Stuttgart.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Jubileusz ćwierćwiekowej działalności Prof. Napoleona Cybulskiego na katedrze fizyologii świadczył rozmiarami, które przybrał i nastrojem, który wśród uczestników panował, jaka cześć i uznanie otaczają Jubilata i jakie jest znaczenie Jego działalności dla rozwoju ruchu naukowego u nas. Obchód jubileuszowy rozpoczęło Towarzystwo lekarskie krakowskie wręczeniem Jubilatowi na posiedzeniu w d. 30. XI. (odbywającem się

właśnie w sali wykładowej zakładu fizyologicznego) dyplomu członka honorowego, przyczem przemówił w gorących słowach Prezes Towarzystwa, r. dw. Prof. Wicherkiewicz. W dniu następnym w zwykłej godzinie wykładu fizyologii zapełniła się sala wykładowa po brzegi uczestnikami, wśród których było liczne grono delegatów ze wszystkich dzielnic Polski, Senat Uniw. Jag. i całe grono profesorów Wydziału lekarsk. krak. oraz deputacya Wydziału lek. lwowskiego z dziekanem r. dw. Prof. Kadyiem na czele. Wchodzącego Jubilata powitały gromkie oklaski i śpiew Chóru akademickiego, poczem zabrał głos Prof. Beck ze Lwowa imieniem komitetu jubileuszowego, ofiarowując od byłych uczniów Jubilata jako wyraz hołdu biust Jego, dłuta Dr Kunzeka, mający odtąd zdobić salę wykładową, a zarazem składając księgę pamiątkową, zapełnioną pracami uczniów Jubilata. Następnie przemawiali: imieniem Wydziału lekarskiego krakowskiego dziekan Prof. Klecki, imieniem Wszechniey Jagiellońskiej rektor Prof. Witkowski, imieniem obecnych słuchaczy Jubilata p. Przybylski. Imieniem Wydziału lekarskiego lwowskiego przemawiał r. dw. Prof. Kadyi, od Towarzystwa naukowego warszawskiego i od Towarzystwa lekarskiego warszawskiego Prof. Kryński z Warszawy, od redakcyi »Gazety lekarskiej« Doc. Dr Pruszyński ze Lwowe, od redakcyi warszawskiego »Zdrowia« Prof. Bujwid. Dalej składali życzenia: Dr Szulczewski z Poznania od Towarzystwa przyjaciół nauk i redakcyi »Nowin lekarskich«, Prof. Rencki od Towarzystwa lekarskiego lwowskiego, Prof. Ciechanowski od Towarzystwa lekarskiego wileńskiego, Związku prasy lekarskiej polskiej i redakcyi »Przeglądu lekarskiego«, wręczając zarazem jubileuszowy zeszyt naszego pisma i »Medycyny i Kroniki lekarskiej« i Dr Hercok-Radwańska imieniem obecnych współpracowników Jubilata. Przy przemówieniach wręczono Jubilatowi adresy, dyplomy członka honorowego i jubileuszowe zeszyty polskich czasopism lekarskich. Członkiem honorowym mianowały Jubilata Towarzystwa lekarskie: krakowskie, lwowskie i warszawskie, Towarzystwo przyrodników polskich im. Kopernika, Towarzystwo przyjaciół nauk w Poznaniu, a sekcye lekarska i przyrodnicza Polskiego Związku lekarzy i przyrodników w Petersburgu uchwaliły również wniosek o mianowanie Jubilata członkiem honorowym. Zeszyty jubileuszowe, poświęcone Jubilatowi, wydały prócz »Przeglądu i Czasopisma lek.«: »Gazeta lek.«, »Medycyna i Kronika lek.«, »Nowiny lek.« i »Zdrowie«. Jubilat dziękował ze wzruszeniem i właściwą sobie skromnością za życzenia. Wieczorem odbyło się w salach Towarzystwa lekarskiego zebranie koleżeńskie, na którem wśród licznych mowców przemawiali Prof. Gluziński ze Lwowa imieniem byłych uczniów Jubilata, a Prof. Popielski ze Lwowa imieniem dawnej kolonii polskiej w Petersburgu, wśród której Jubilat pracę swą naukową rozpoczynał. Ze wszystkich ziem Polski i z zagranicy nadeszły liczne serdeczne telegramy i pisma gratulacyjne.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Rok XLIX. Kraków, dnia 10. grudnia 1910. Nr 50.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

O podskórnych gruczołach limfatycznych klatki piersiowej w gruźlicy płuc.

Podał

Doc. Dr E. Żebrowski.

(Rzecz przedstawiona na posiedzeniu kijowskiego Towarzystwa przyrodniczo-lekarskiego 11. III. 1910).

(Ciąg dalszy).

III. A. R. 29 lat, włościanin z gub. wileńskiej. Począwszy od 1904 r. co rok przyjeżdża na 2 letnie miesiące do Pohulanki w celu leczenia się kumysem. W r. 1904 stwierdzono u tego chorego zajęcie obydwu szczytów: nizkie ustawienie, przytłumienie, wdech zaostrzony, wydech słyszalny, podczas kaszlu nieliczne drobnobańkowe rzężenia. Okazało się, że sprawa chorobowa niema skłonności do postępowania naprzód. Kumys oraz higieniczne zachowanie się w 1904, 1905, 1906, 1907 i 1908 sprowadzały poprawę ogólnego stanu: waga wzrastała (7—10 f. w ciągu sezonu), sił choremu przybywało, pod koniec leczenia stawał się on zupełnie zdolnym do pracy, objawy ze strony płuc jednak w ciągu tego czasu pozostawały bez zmiany, nie można było zauważyć poprawy nawet pod koniec leczenia. Począwszy od r. 1906, t. j. od chwili, kiedy zacząłem zwracać uwagę na powiększenie bocznych gruczołów piersiowych, niejednokrotnie badałem w tym kierunku i A. K., jednakowoż do r. 1909 za każdym razem przy badaniu gruczoły te nie okazywały się powiększone. W r. 1909 chory przyjechał na sezon (7. VII.) z następującymi objawami: Wychudnięcie znacznego stopnia (w. $153^1/_2$ f., w ciągu minionych sezonów na początku leczenia waga = $160-170^1/_2$ f.). Ciepłota dochodzi do 38·5° C. Stan płuc: po stronie prawej od przodu z góry do 2. żebra, z boku do 4. żebra, z tyłu powyżej grzebienia łopatki i w górnej $^1/_3$ przestrzeni międzyłopatkowej przytłumienie, wdech oskrzelowy, liczne drobnobańkowe dźwięczne rzężenia. Nad płucem lewem na całej przestrzeni z przodu, boku i tyłu stłumienie, wdech słaby nieoznaczony, wydech miejscami chuchający (o charakterze oskrzelowym), na całej przestrzeni liczne dźwięczne drobno i średnio bańkowe wilgotne rzężenia. Na bocznej powierzchni klatki piersiowej można wymacać w środkowej linii pachowej w V. międzyżebrzu duży (wielkości fasoli) zbity gruczoł, gruczoł ten jest widoczny przy bocznem oświetleniu; po stronie lewej w tej samej linii w IV. międzyżebrzu stwierdzono również jeden gruczoł wielkości ziarna grochu. Po miesiącu (8. VIII.) chory opuścił Pohulankę w stanie pewnej poprawy ogólnego stanu (w. $158^1/_2$ f.), objawy jednak ze strony płuc pozostały bez zmiany, gruczoły również nie uległy zmianie. Ten przypadek jest wprost przeciwieństwem obu poprzednich: tu można było stwierdzić powiększenie się bocznych gruczołów piersiowych zależnie od pogorszenia się sprawy chorobowej.

IV. P. S. 30 lat, kupiec; do Pohulanki przybył 17. VIII. 1907; skarży się na osłabienie, łatwe męczenie się, ból w różnych okolicach ciała, oraz na uczucie bądź to gorąca, bądź zimna.

Stan obecny: Odżywienie podupadłe, ciepłota prawidłowa (mierzona co 3 godziny w ciągu 3 dni). Tętno 80, miarowe, słabo napięte, tętnice promieniowe i ramieniowe cokolwiek twarde, zlekka pokręcone. Lewa granica serca dochodzi prawie do linii sutkowej; drugi ton nad aortą cokolwiek zaakcentowany. W płucach w obydwu szczytach wydech słabo słyszalny. Boczne gruczoły piersiowe nie powiększone. Odruchy kolanowe znacznie wzmożone, wyraźna dermografia. W moczu zmian niema. Wobec powyższych objawów przypuszczałem przedwczesne początkowe stwardnienie (sclerosis praecox) i przepisałem dyetę mleczną i roślinną, zmywanie całego ciała oraz przetwory jodu.

W następnym roku przybył chory 23. X. 1908 z temi samemi skargami i objawami. Przepisano mu kefir, zmywanie całego ciała oraz lecytynę w pigułkach, co dość dobrze wpłynęło na ogólny stan chorego i usunęło prawie wszystkie objawy podmiotowe. Przy badaniu w dniu 19. VII. zauważyłem ze zdziwieniem na lewej bocznej powierzchni klatki piersiowej dość duży (wielkość fasoli) gruczoł, który znajdował się na typowem miejscu w IV międzyżebrzu w środkowej linii pachowej. Spostrzeżenie to było pubudką do dokładnego zbadania lewego płuca i w pobliżu tylnej linii pachowej w okolicy 5. żebra znalazłem lekkie tarcie opłucne na bardzo małej przestrzeni. Po 4 dniach 23. VII. można już było wyczuć ręką tarcie opłucnej na całej bocznej powierzchni nad lewem płucem, z tyłu zaś w przestrzeni międzyłopatkowej oraz w dolnych częściach poniżej łopatki. Ciepłota około 37·6° C. Do poprzedniego leczenia dodano spokój i okłady ogrzewające ze spirytusu. Po trzech dniach (13. VIII.) tarcie opłucne zupełnie ustąpiło. W lewym szczycie słychać ostry wydech. Lewy boczny gruczoł niewidoczny i niemacalny.

W następnym roku (1909) chory przybył 19. VIII., skarżąc się na zawroty głowy, brak apetytu i oświadczył, że na wiosnę miał niewielki krwotok z gardła, po którym w ciągu 2 dni odpluwał krwawo zabarwioną plwocinę. Ciepłota prawidłowa. W szczycie lewym wydech zaostrzony. Gruczoły boczne niemacalne.

Przypadek ten zasługuje rzeczywiście ze wszech miar na uwagę. Powiększony gruczoł zwrócił uwagę na odpowiednie płuco i pomógł sprawę właściwie rozpoznać. Ciekawa jest ta równoległość sprawy na opłucnej i powiększenia odpowiedniego gruczołu: powiększenie gruczołu zeszło się ze zjawieniem się sprawy na opłucnej, z chwilą zaś zakończenia sprawy na opłucnej gruczołu nie można już było wymacać.

Spostrzeganie kliniczne wskazuje więc na niewątpliwy związek pomiędzy powiększeniem bocznych gruczołów piersiowych, a sprawą chorobową płuc i opłucnej. A miano-

wicie wskazuje ono, że w pewnych przypadkach daje się zauważyć równoległość tych dwu objawów. Gruczoły powiększają się przy nasileniu (przyp. III.) oraz powstawaniu (przyp. IV.) spraw chorobowych w klatce piersiowej; zmniejszają się zaś przy uspokajaniu się sprawy (przyp. I. i II.). Na to, że powiększenie bocznych gruczołów piersiowych i natężenie sprawy chorobowej przebiegają równolegle do siebie, wskazują także dane statystyczne: powiększenie gruczołów częściej zdarza się w gruźlicy postępującej (22·4%), niż w gruźlicy utajonej (14·2%); przytem gruczoły te są większe częściej w gruźlicy postępującej (69·5%), małe zaś gruczoły naodwrót częściej się zdarzają w gruźlicy utajonej (54·2%).

Badanie anatomo-patologiczne w zupełności potwierdza ten związek między powiększeniem bocznych gruczołów piersiowych, a sprawą chorobową w klatce piersiowej, i jednocześnie wyjaśnia istotę sprawy chorobowej, wywołującej powiększenie gruczołów. Choremu, który znajduje się w szpitalnej klinice terapeutycznej, a u którego znaleziono zmiany gruźlicze płuca prawego, wycięto (11. II. 1910) znacznie powiększony (widoczny gołem okiem) prawy boczny gruczoł piersiowy. Gruczoł ten był wielkości ziarna fasoli, zbity; na przekroju zawierał miejscami punkcikowate białawe ogniska. Połowę tego gruczołu zaszczepiono 2 świnkom morskim: jednej do jamy otrzewnej, drugiej pod skórę prawej pachwiny, drugą zaś połowę gruczołu utrwalono i obrobiono według Altmanna, a następnie zbadano pod mikroskopem. Preparaty, zabarwione hematoksyliną i eozyną, przedstawiały się w następujący sposób: Wśród resztek tkanki limfoidalnej rozrzucone liczne różnej wielkości i nieregularnej postaci ogniska, składające się z dużych komórek śródbłonkowych z pęcherzykowatem, stosunkowo niewielkiem jądrem; w wielu miejscach ogniska te zlewają się ze sobą, tworząc duże skupienia komórkowe. W skupieniach tych części środkowe są zserowaciałe, wokoło zaś leżą w niewielkiej stosunkowo ilości komórki nabłonkowate, wśród których nierzadko spotyka się wielojądrzaste twory olbrzymie z typowem obwodowem ułożeniem jąder. Co się tyczy mniejszych ognisk, to te są przeważnie okrągłe, środek zaś ich zajmuje twór olbrzymi, otoczony grubą warstwą komórek śródbłonkowych. Barwiąc skrawki metodę Ziehl-Neelsena można znaleść w niektórych komórkach olbrzymich typowe laseczniki gruźlicze. Preparaty te oglądał także Prof. Wł. Wysokowicz. Świnki morskie, zaszczepione cząstkami gruczołu, zabito 19. III.; u obydwu znaleziono znamienne dla gruźlicy zmiany w wątrobie, śledzionie i płucach; w preparatach roztartych z treści znacznie powiększonych i zserowaciałych gruczołów pachwinowych znaleziono typowe laseczniki gruźlicze.

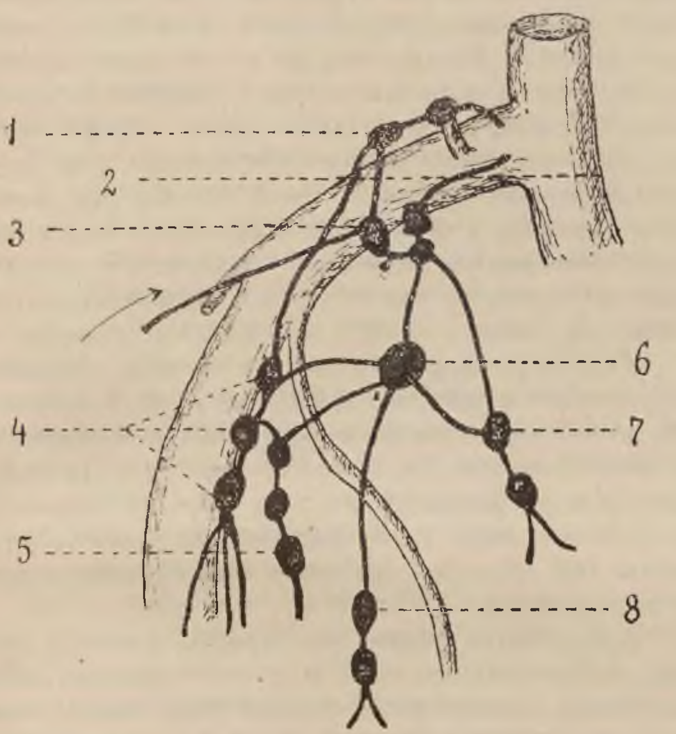
Badanie anatomopatologiczne ostatecznie rozstrzyga pytanie co do związku pomiędzy sprawą gruźliczą w klatce piersiowej, a powiększeniem zewnętrznych gruczołów piersiowych. Związek ten jest prosty i niewątpliwy: tu i tam mamy jednakową sprawę chorobową. Czynnik, wywołujący sprawę chorobową, przedostaje się, w niektórych przynajmniej przypadkach, z wnętrza klatki piersiowej do powierzchownie położonego gruczołu. Powstaje więc pytanie, jaką drogą może się to odbywać. Rozstrzygnięcie tego pytania jest nadzwyczaj zajmujące ze względu na to, że opisywana grupa gruczołów zajmuje wyjątkowe, jak się zdaje, miejsce w drogach, przez które możliwe jest przedostawanie się z wnętrza klatki piersiowej czynnika, wywołującego gruźlicę. Leżą one jakby na tej drodze, przez którą właśnie częściej odbywa się przenikanie. Przynajmniej w badanych przezemnie przypadkach gruźlicy płuc u osób dorosłych niewątpliwe powiększenie innych gruczołów zdarzało się bardzo rzadko: gruczoły szyjne znalazłem powiększone w 2·05%, pachowe w 1·17%, nadobojczykowe w 0·32%. Powiększenie prawie wszystkich gruczołów podskórnych znalazłem w 8 przypadkach (z 929), przy powikłaniu rzekomo-białaczkowem (2), kiłowem (2) i zołzowem (4). Co do gruczołów szyjnych, wyniki moje zgadzają się ze spostrzeżeniami Corneta[2]), który wskazuje na to w swoim podręczniku (str. 1255), że w gruźlicy płuc u osób dorosłych gruczoły te spotykamy nadzwyczaj rzadko (»auffallend selten«). Co się tyczy gruczołów pachowych, to nie mogę zgodzić się z twierdzeniem Ferneta[5]), który podaje, że powiększenie tych gruczołów znajduje się blizko w $^1/_3$ przypadków początkowej gruźlicy (autor ten nie podaje liczby spostrzeżeń). Jeżeli uwzględnimy tylko te przypadki, gdzie powiększenie jest niewątpliwe i gdzie można dokładnie wymacać zbite zaokrąglone gruczołki, to otrzymamy bardzo nieznaczny odsetek; obecność nieraz miękkich, małych kulek, które stwierdzamy przy obmacywaniu okolicy pachowej u ludzi zupełnie zdrowych, nie uprawnia jeszcze do przyjmowania ich za powiększone gruczoły.

Dla wyjaśnienia sobie drogi, którą dostaje się czynnik chorobowy do bocznych gruczołów piersiowych, konieczna jest znajomość: 1) dróg krążenia limfy w tej okolicy, 2) stosunku badanej sieci naczyń chłonnych sąsiednich narządów, zwłaszcza narządów klatki piersiowej. Anatomowie już oddawna znali to zbiorowisko gruczołów, które nas w tej chwili zajmuje. W atlasie Paulo Mascagniego (1787)[7]) gruczoł ten widnieje na XXV. tab. fig. III. pod Nr. 148. Współcześni anatomowie mówią o tym gruczole, różnie go nazywając: Poirier[11]) nazywa całą tę grupę — »l'amas inferoexterne de la chaîne thoracique« (opis na str. 1260 rys. 617, na str. 1259. Nr 5), Ockner[10]) »glandulae thoracales inferiores« (str. 145), Grossmann »glandulae thoracicae profundae« (przytocz. według Bartelsa[1]) str. 154), Bartels[1]) »glandulae pectorales« (str. 154—156). Mnie się zdaje, że najodpowiedniejszą nazwą, ze względu na położenie tych gruczołów, byłaby: »*glandulae thoracales laterales inferiores*« (dolnoboczne gruczoły piersiowe), gdyż jest to najniżej leżąca grupa gruczołów bocznej powierzchni klatki piersiowej, pierwszy rząd gruczołów, do którego dochodzą naczynia, zbierające limfę z bocznej ściany klatki piersiowej. Dalszy kierunek limfy, wypływającej z tych gruczołów, widać na następującym schemacie, poczerpniętym z pracy Poiriera.

Naczynia odprowadzające limfę z dolnych bocznych gruczołów kierują się do środkowej grupy gruczołów pachowych (»gl. centrales seu intermediae« według Grossmanna). Drogi limfatyczne, wychodzące z tej środkowej grupy gruczołów, kończą się w gruczołach podobojczykowych (»gl. infraclaviculares«); z tych zaś wychodzą liczne naczynia, które po zlaniu się ze sobą tworzą jeden pień (»truncus subclavius«), przechodzący między mięśniem podobojczykowym a żyłą podobojczykową i wpadający do tej żyły w miejscu ujścia żyły szyjnej zewnętrznej (»v. jugu-

laris externa«), t. j. w tak zwanym kącie żylnym (»angulus venosus«). Z przytoczonego wyżej schematu widać jeszcze, że dolno-boczne gruczoły piersiowe mogą mieć połączenie przez środkową grupę gruczołów pachowych z następującymi zewnętrznymi układami limfatycznymi, 1) z układem gruczołów podłopatkowych, zbierającym limfę z tylnych części klatki piersiowej, 2) z układem gruczołów piersiowych przednich (»gl. thoracales anteriores«), dokąd spływa limfa z przednich części klatki piersiowej i 3) z układem gruczołów ramieniowych, zabierających limfę z kończyny górnej. Tutaj musimy jeszcze dołączyć 4) układ limfatyczny gruczołu sutkowego, skąd biorą początek naczynia, doprowadzające limfę do gruczołów pachowych, czasem zaś wprost

Schemat I.



1. Gl. supraclaviculares. 2. Miejsce obojczyka. 3. Gl. infraclaviculares. 4. Gl. brachiales. 5. Gl. subscapulares. 6. Gl. centrales (axillares). 7. Gl. thoracales anteriores. 8. *Gl. thoracales laterales inferiores.*

do dolnobocznych gruczołów piersiowych. W danym przypadku najwięcej nas oczywiście obchodzą połączenia dolnobocznych gruczołów piersiowych z układem chłonnym narządów, leżących wgłębi klatki piersiowej, wszczególności zaś płuc. Jakikolwiek miałaby kierunek droga z płuc do zewnętrznego bocznego gruczołu, to końcowa jej część w ogromnej liczbie przypadków przejdzie przez ścianę klatki piersiowej. Teoretycznie da się pomyśleć i droga oboczna przez górny otwór klatki piersiowej (»apertura thoracis superior«), za pośrednictwem odkrytego przez Mosta[9]) (str. 18) naczynia chłonnego, łączącego gruczoły tchawiczno-oskrzelowe, t. j. płucny układ chłonny, z gruczołami nadobojczykowymi; te zaś gruczoły pośrednio przez gruczoły podobojczykowe i pachowe mogą, jak to widać z przytoczonego schematu Poiriera, łączyć się na drodze zwrotnej z obchodzącą nas grupą dolnobocznych gruczołów piersiowych. Ta jednak oboczna droga jest zanadto skombinowana i, jak się zdaje, nie jest zwykłą drogą dla przedostawania się z płuc czynnika wywołującego gruźlicę. Wskazuje na to mianowicie rzadko spotykane powiększenie gruczołów nadobojczykowych w gruźlicy płuc, które przy przechodzeniu czynnika chorobotwórczego tą drogą musiałyby ulegać powiększeniu wcześniej i częściej, niż gruczoły pachowe i dolnoboczne. Ponieważ zaś statystyka wykazuje wprost przeciwne dane, musimy więc zatrzymać się na pierwszej prostej drodze przez ścianę piersiową.

(Dok. nast.).

Z oddziału Docenta Dra med. Wł. Janowskiego w Szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie.

O barwiącej się za życia ziarnistości krwinek czerwonych (substantia granulo-reticulo-filamentosa)

jej pochodzeniu i stosunku do nakropień zasadochłonnych.

Podał

Dr Ryszard Hertz,
asystent oddziału.

(Ciąg dalszy).

Z 3 badanych przezemnie przypadków wybitnej niedokrwistości, powstałej wskutek przewlekłych k r w o t o k ó w kiszkowych, — tylko w jednym znajdowałem obfitą liczbę (5—6%) czerwonych ciałek krwi z ziarnistością barwiącą się za życia. Dalsze badanie krwi u tego 36-letniego chorego wykazało 15% hemoglobiny, 1,650.000 czerwonych ciałek krwi, 12.000 białych ciałek krwi i niewielką poikilocytozę i polichromazyę; w utrwalonym preparacie nakropionych czerwonych ciałek krwi nie znalazłem wcale. W przypadku bardzo silnego krwotoku macicznego (u Prof. Grawitza) u młodej osoby liczba czerwonych ciałek krwi z ziarnistością barwiącą się za życia, była obfita (25% hemoglobiny, 1,200.000 czerwonych ciałek krwi, 19.000 białych ciałek krwi), natomiast w preparacie utrwalonym nakropień zasadochłonnych nie znajdowałem w krwinkach wcale. W innym podobnym przypadku nie znalazłem wcale ziarnistości jednego, ani drugiego rodzaju.

W 6 badanych przypadkach niedokrwistości wskutek r a k a (niekiedy bardzo znacznej — 30—15% hemoglobiny) nie znalazłem ani razu nakropionych czerwonych ciałek krwi, ani większej liczby ciałek czerwonych z ziarnistością barwiącą się za życia.

To samo muszę powiedzieć o dwóch przypadkach b l e d n i c y.

Z licznych przypadków gruźlicy u jednego tylko chorego z dużem k r w i o p l u c i e m widziałem w utrwalonym preparacie pojedyncze nakropione czerwone ciałka krwi, liczba zaś czerwonych krwinek z ziarnistością barwiącą się za życia, nie była zwiększona.

W przypadku r o p n e g o z a p a l e n i a o p ł u c n e j (25% hemoglobiny, 2,250.000 krążków krwi, 13.500 białych krążków krwi) – wynik badania był ujemny zarówno co do krwinek czerwonych nakropionych, jak i co do zawierających ziarnistość barwiącą się za życia.

Wreszcie badałem 4 przypadki przewlekłej b i a ł a c z k i szpikowej wzgl. myeloidowej i wynik badania co do obydwóch rodzajów ziarnistości był też stale ujemny.

W końcu wspomnę, że występowanie obydwóch rodzajów ziarnistości zasadochłonnej w czerwonych krążkach krwi w przebiegu niedokrwistości urazowej było już nieraz przedmiotem badań doświadczalnych na zwierzętach.

Po częstych upustach krwi nie spostrzegał Böllke (10) u zwierząt zasadochłonnego nakropienia w czerwonych ciałkach krwi; widywał przytem tylko wybitną polichromazyę. Przeciwnie, wynik dodatni w tym kierunku osiągnęli w swych doświadczeniach Martin Kohn, Askanazy (3), Morawitz i Blumenthal (9). — Widal, Abrami i Brulé (20) nie znajdowali u królików po upustach krwi nigdy nakropionych czerwonych ciałek krwi, spostrzegali natomiast liczne czerwone krwinki z ziarnistością barwiącą się za życia.

U 4 badanych przezemnie królików, którym upuszczałem krew przez systematyczne przystawianie do ich uszów pijawek lub też wprost przez systematyczne przecinanie żyły usznej zapomoca lancetu, nie znajdowałem wcale czerwonych krążków nakropionych, natomiast krążki z ziarnistością barwiącą się za życia spotykałem w dwóch przypadkach w znacznej liczbie, w tych mianowicie, w których równocześnie stwierdzałem znaczną polichromazyę i liczne czerwone ciałka krwi z jądrami (normoblasty).

Wogóle więc tylko w dwóch przypadkach klinicznych niedokrwistości wtórnej oraz w dwóch przypadkach doświadczalnych znajdowałem we krwi w obfitej liczbie czerwone ciałka z ziarnistością barwiącą się za życia. Przyczyną niedokrwistości we wszystkich 4 przypadkach były zawsze krwotoki. Ponieważ w preparatach, branych jednocześnie do badania krwi utrwalonej, nie znajdowałem czerwonych ciałek z nakropieniami zasadochłonnemi, przeto twierdzić muszę, że obecność czerwonych ciałek krwi z ziarnistością barwiącą się za życia w badanej krwi, nie upoważnia do żadnych wniosków co do obecności w niej czerwonych ciałek z nakropieniami zasadochłonnemi, i odwrotnie, czego dowodem wyżej przytoczony przypadek gruźlicy.

Z faktu, że wogóle stosunkowo rzadko spostrzegałem we krwi czerwone ciałka z nakropieniami w przypadkach niedokrwistości, – w czem wyniki moich badań są zgodne z wynikami francuskich autorów, oraz ze spostrzeżeniami S. Kleina, o których wspominał mi osobiście,—należy wnosić, że ustalanie jakichkolwiek reguł w tej mierze jest niewłaściwe, że ukazywanie się czerwonych ciałek krwi z nakropieniami zasadochłonnemi zależy raczej od własności indywidualnych badanego osobnika. To samo stosuje się zresztą i do czerwonych ciałek krwi z ziarnistością barwiącą się za życia, których obecność pozostaje również w związku z właściwościami danego przypadku.

U zwierząt, zwłaszcza królików i świnek morskich, rzadziej u psów, już w warunkach prawidłowych spotykamy nieraz we krwi liczne ciałka polichromatyczne i czerwone krążki z ziarnistością barwiącą się za życia. Dlatego też przed każdem doświadczeniem trzeba je badać w tym kierunku co najmniej w ciągu dwóch dni z rzędu.

3) Zatrucie ołowiem.

a) Wiadomo już oddawna i uchodzi dziś za pewnik, że zatrucie ołowiem cechuje się obecnością we krwi czerwonych ciałek krwi z nakropieniem zasadochłonnem. Spostrzeżenie to, którego odkrycie zawdzięczamy Behrendowi (6) (w roku 1889) zostało potem niejednokrotnie sprawdzone i w następstwie rozszerzone o tyle [Grawitz (26)], że — jak dziś przyjmujemy — czerwone ciałka krwi z nakropieniami zasadochłonnemi znajdują się nietylko we krwi każdego osobnika z wyraźnymi objawami zatrucia ołowiem, ale mogą się zdarzać również i u takich robotników, mających do czynienia z ołowiem, u których zresztą nic jeszcze podejrzeń co do zatrucia nie nasuwa. Według Schmidta, który ma w lipskim zakładzie higienicznym codziennie sposobność badać robotników, pracujących z ołowiem, w celu stwierdzenia ewentualnego zatrucia, czerwone ciałka krwi z nakropieniami dopiero wtedy zaczynają mieć wartość rozpoznawczą, jeżeli jest ich nie mniej, niż 1 : 10.000. O przypadkach takich Schmidt mówi, że badał je z wynikiem dodatnim. Rozumie się, że u osobników wyraźnie chorych liczba ta może być większą i dochodzić do 3—30 według Schmidta, lub 5 — 90 na 10.000 według Fiessingera. We wszystkich trzydziestu klinicznie pewnych przypadkach zatrucia ołowiem otrzymał Schmidt (63) wynik badania dodatni, z pozostałych zaś (przeszło 800) niepewnych, albo wogóle wolnych od dolegliwości — w 9,2% znajdował więcej, niż 100 czerwonych ciałek krwi z nakropieniami na milion, a w 18% nie znajdował ich wcale.

Robotnicy, mający styczność z ołowiem, przysyłani przez różnych lekarzy dla zbadania krwi do Trautmanna (66), miewali często jeszcze większą liczbę czerwonych ciałek krwi z nakropieniami zasadochłonnemi. Na 233 podejrzane klinicznie przypadki, w 43,8% autor ten wprawdzie nie znajdował ciałek z nakropieniami, ale w 20,6% przypadków było ich więcej, niż 100, a w 11,2% więcej nawet, niż 200 na milion.

Agasse Lafont i Heim (1) (1908) podają również, że czerwone ciałka z nakropieniami są wyrazem ukrytego zatrucia ołowiem (présaturnisme) i poprzedzają wszystkie inne jego objawy. Według Grawitza (26) liczba czerwonych ciałek z nakropieniami zmienia się równolegle do natężenia w poszczególnym przypadku, spadając stopniowo do zera, gdy chorzy porzucają dawne zajęcie i leczą się środkami przeczyszczającymi, kąpielami i t. d.

Wręcz przeciwne zdanie wypowiada Naegeli (41), opierając się na doświadczeniach Sabrazèsa (54) i swego współpracownika Lutosławskiego (36), z których wynika, że tylko umiarkowana dawka ołowiu może wywołać wystąpienie czerwonych ciałek krwi z nakropieniami zasadochłonnemi, które znikają po dawce zbyt wysokiej i zjawiają się znowu w wielkiej liczbie w miarę poprawy stanu zdrowia badanego osobnika.

Wyniki moich doświadczeń na zwierzętach zgadzają się zupełnie z wnioskami Naegeliego. Po zbyt wysokiej dawce ołowiu nie widziałem nigdy we krwi zwierząt czerwonych ciałek krwi z nakropieniami zasadochłonnemi, spotykałem je natomiast zawsze, gdy, postępując według wskazówek Sabrazèsa (54), wstrzykiwałem świnkom morskim 0,006—0,012 octanu ołowiu, rozpuszczonego w wodzie przekroplonej. Przed śmiercią zwierząt ilość czerwonych ciałek krwi z nakropieniami zasadochłonnemi zmniejszała się stale. W szpiku kostnym nie mogłem nigdy znaleść czerwonych ciałek krwi z nakropieniami zasadochłonnemi.

Zwierzęta znosiły wstrzykiwania związków ołowiu rozmaicie: dwie świnki morskie żyły po wstrzyknięciu przez czas dłuższy, wykazując stale nakropienia zasadochłonne czerwonych ciałek krwi. Dwa króliki padły po jednem wstrzyknięciu octanu ołowiu (0,2), nie wykazując wcale we krwi nakropień zasadochłonnych. Trzecia świnka morska padła po dwóch wstrzyknięciach octanu ołowiu, nie wykazując nakropienia zasadochłonnego już na pięć dni przed śmiercią.

b) Co się tyczy czerwonych ciałek krwi z ziarnistością barwiącą się za życia, to stwierdzałem w swych doświadczeniach zwiększanie się ich liczby w tych razach, gdy równocześnie w preparacie utrwalonym krwi można było spostrzedz wybitną polichromatofilię, nawet przy zupełnym braku czerwonych ciałek krwi z nakropieniami, — i odwrotnie nie znajdowałem czerwonych ciałek krwi z barwiącą się za życia ziarnistością w dwóch przypadkach, w których czerwone ciałka nakropione występowały obficie, a ciałek polichromatycznych nie było.

Wogóle czerwone ciałka z ziarnistością barwiącą się za życia, nie są w zatruciu ołowiem zjawiskiem stałem, lecz raczej wyrazem równoczesnego odradzania się krwi, czyli pośrednim objawem zatrucia, połączonego z niedokrwistością. — Według Fiessingera (21) czerwone ciałka krwi z ziarnistością barwiącą się za życia zdarzają się tylko u młodych osób, zatrutych ołowiem, szczególnie obficie wtedy, gdy istnieje równocześnie wybitna niedokrwistość, a znikają ze krwi, gdy liczba czerwonych ciałek zbliża się do normy. Przeciwnie u osób starszych, pomimo niedokrwistości i gwałtownych, często powtarzających się, napadów kolki ołownej, czerwonych ciałek krwi z ziarnistością barwiącą się za życia, brak zazwyczaj.

Co się tyczy poszukiwań doświadczalnych, to Widal, Abrami i Brulé (20) nie znajdowali nigdy we krwi zwierząt, zatrutych ołowiem, większej ilości czerwonych ciałek krwi z ziarnistością barwiącą się za życia; ja przeciwnie znajdowałem je w czterech przypadkach na pięć bardzo obficie.

Doświadczenie I. Świnka morska.

Badanie przedwstępne w ciągu 1. i 2. dnia nie wykazało we krwi ani czerwonych krwinek nakropionych, ani krwinek z ziarnistością barwiącą się za życia. Drugiego dnia wstrzyknięto do otrzewnej 0,012 octanu ołowiu.

3. dnia, czyli nazajutrz po wstrzyknięciu ołowiu, znajdowałem we krwi dość liczne czerwone ciałka krwi z grubemi nakropieniami zasadochłonnemi, nadto pewną ilość erytroblastów z dobrze zachowanem, wyraźnie okonturowanem, okrągłem, silnie barwiącem się jądrem. Polichromatofilii we krwi nie było. Czerwonych ciałek krwi z ziarnistością barwiącą się za życia nie znaleziono.

4. dnia. Wynik badania krwi ten sam. Ponowne wstrzyknięcie 0,018 octanu ołowiu.

5. dnia. Bardzo nieliczne czerwone ciałka krwi z nakropieniami zasadochłonnemi. Niema krwinek polichromatycznych. Niema czerwonych ciałek krwi z ziarnistością barwiącą się za życia.

W ciągu następnych dni nie znajdowałem wcale czerwonych ciałek krwi z nakropieniami zasadochłonnemi, ani z barwiącą się za życia ziarnistością.

11. dnia zwierzę padło. Czerwonych ciałek krwi z nakropieniami, ani z barwiącą się za życia ziarnistością w szpiku kostnym nie znaleziono.

Doświadczenie II. Świnka morska.

Badanie przedwstępne w ciągu 1. i 2. dnia nie wykryło we krwi ani czerwonych krwinek z nakropieniami, ani z barwiącą się za życia ziarnistością, ani krwinek polichromatycznych. Drugiego dnia wstrzyknięcie 0.012 octanu ołowiu.

3. dnia, czyli nazajutrz po wstrzyknięciu ołowiu, znalazłem obraz krwi niezmieniony.

4. dnia. Pojedyncze czerwone ciałka krwi z nakropieniami zasadochłonnemi. Ponowne wstrzyknięcie 0,012 octanu ołowiu.

5. dnia. Dość liczne czerwone ciałka krwi z nakropieniami zasadochłonnemi (prawie w każdem polu widzenia). Niezbyt liczne czerwone krwinki z barwiącą się za życia ziarnistością.

6. i następnych dni. Bardzo nieliczne czerwone ciałka krwi z nakropieniami. Natomiast czerwone ciałka krwi z barwiącą się za życia ziarnistością występują coraz obficiej. Znajdujemy mianowicie prawie w każdem polu widzenia po 6—8 takich ciałek.

Krew tej świnki, badana w miesiąc po wstrzyknięciu drugiej dawki octanu ołowiu, zawierała jeszcze (coprawda nieliczne) czerwone ciałka krwi z nakropieniami zasadochłonnemi. Ciałek z barwiącą się za życia ziarnistością nie znajdowałem. Po ponownem wstrzyknięciu (31. dnia) 0,012 octanu ołowiu czerwone ciałka krwi z nakropieniami zasadochłonnemi już nazajutrz występują liczniej. Czerwonych ciałek krwi z barwiącą się za życia ziarnistością nie znajdowałem.

Doświadczenie III. Świnka morska.

Badanie przedwstępne w ciągu 1. i 2. dnia nie wykryło we krwi ani polichromatofilii, ani czerwonych ciałek krwi, bądź nakropionych, bądź zawierających barwiącą się za życia ziarnistość. Drugiego dnia wstrzyknięto pod skórę 0,012 octanu ołowiu.

3. dnia, czyli nazajutrz po wstrzyknięciu ołowiu, jak również 4. dnia znalazłem obraz krwi niezmieniony. Ponowne wstrzyknięcie 0,012 octanu ołowiu.

5. dnia. Dość liczne ciałka krwi z nakropieniami zasadochłonnemi, niezbyt liczne ciałka z ziarnistością barwiącą się za życia.

6. dnia. Bardzo nieliczne czerwone ciałka nakropione (co 5—6. pole spotykamy jedno takie ciałko). Czerwone ciałka z barwiącą się za życia ziarnistością występują liczniej. Ponowne wstrzyknięcie 0,012 octanu ołowiu.

7. i następnych dni nakropionych czerwonych ciałek nie znaleziono we krwi wcale. Czerwone ciałka z barwiącą się za życia ziarnistością występują w większej liczbie, niż dnia poprzedniego.

W miesiąc po ostatniem wstrzyknięciu nie znalazłem we krwi tej świnki ani czerwonych ciałek krwi z nakropieniami zasadochłonnemi, ani z ziarnistością barwiącą się za życia.

Po ponownem wstrzyknięciu świnka padła. Zarówno we krwi, wziętej z serca, jak i w szpiku kostnym nie znaleziono ani czerwonych ciałek krwi z nakropieniami, ani z ziarnistością barwiącą się za życia.

Doświadczenie IV. i V. Króliki.

Już przed doświadczeniem znajdowałem we krwi tych zwierząt pojedyncze czerwone ciałka krwi, zawierające barwiącą się za życia ziarnistość; w preparacie utrwalonym ze krwi nie znajdowałem nakropień w czerwonych ciałkach krwi, spostrzegałem zaś ciałka polichromatyczne. Wstrzyknięto do otrzewnej 0,2 octanu ołowiu.

3. dnia, czyli nazajutrz po wstrzyknięciu nie znajdowałem we krwi czerwonych ciałek nakropionych. Liczba czerwonych ciałek, zawierających ziarnistość barwiącą się za życia ta sama, jak dnia poprzedniego.

4. dnia. Czerwonych ciałek krwi z nakropieniami za-

sadochłonnemi niema, natomiast wybitna polichromatofilia i liczne czerwone ciałka krwi z ziarnistością barwiącą się za życia (6 do 7%).

5. dnia. Wynik badania krwi, jak dnia poprzedniego.

6. i 7. dnia. Czerwonych ciałek krwi z nakropieniami niema. Czerwonych ciałek, zawierających barwiącą się za życia ziarnistość, mniej.

8. dnia. Zwierzęta padły. W szpiku kostnym znaleziono liczne czerwone ciałka krwi z barwiącą się za życia ziarnistością. W preparacie utrwalonym czerwonych ciałek krwi z nakropieniami zasadochłonnemi nie znaleziono.

Co się tyczy przypadków klinicznych zatrucia ołowiem, to u chorej Del....., liczącej 40 lat, która leczyła się w klinice Prof. Chauffarda z powodu kolki ołowiczej, znajdowałem podczas napadu kolki we krwi pojedyncze czerwone ciałka krwi z nakropieniami zasadochłonnemi obok licznych (do 6%) ciałek z barwiącą się za życia ziarnistością. W miarę postępów leczenia znikały ze krwi obydwa rodzaje ziarnistości, a po pewnym przeciągu czasu można było znaleść we krwi tylko ziarnistość barwiącą się za życia.

Z 20 badanych przezemnie w Warszawie zecerów, z których czterej leżeli u nas w szpitalu z powodu najrozmaitszych dolegliwości, a pozostali 16 byli to ludzie zdrowi, specyalnie przezemnie badani w drukarni, nie mający żadnych objawów zatrucia pomimo długoletniej pracy w swym zawodzie — tylko u jednego otrzymałem wynik badania krwi dodatni (6 nakropionych czerwonych ciałek krwi na 10.000). Robotnik ten czuł się jednak zupełnie dobrze i nie chciał się poddać powtórnemu badaniu.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Oceny i sprawozdania.

Kalendarz lekarski na r. 1911, wydawnictwo Dra J. Polaka. Warszawa.

Już zewnętrzna szata tegorocznego Kalendarza warszawskiego mile uderza oko, ponieważ strona typograficzna przedstawia się bardzo estetycznie. Jestto nowość, którą z uznaniem podnieść należy. W treści Kalendarza znać usiłowanie udoskonalenia i uzupełnienia wydawnictwa. Spis lekarzy został uzupełniony datami uzyskania dyplomu lekarskiego, listą instytucyi społeczno-lekarskich, wykazem lekarzy Polaków, ordynujących w zdrojowiskach (który jednak wymagałby poprawek, bo wymienia gdzieniegdzie lekarzy, którzy już w danem zdrojowisku nie ordynują) itd. Następujący po schematyzmie lekarskim dział, obejmujący tabele z najważniejszemi danemi o dawkowaniu leków itd., o ciąży, ząbkowaniu, wzroście i wadze w różnych latach, wylęganiu się chorób zakaźnych, sztucznych kąpielach leczniczych, pierwszej pomocy w nagłych przypadkach, otruciach, skorowidz zdrojowisk i wreszcie główne wiadomości o badaniu bystrości wzroku (z tabliczką Snellenowską) został wydany wspólnie z Kalendarzem lekarskim krakowskim i zredagowany przez redakcyę tego kalendarza, nie wymaga więc ponownego omawiania. Wreszcie zawiera Kalendarz warszawski podręcznik terapeutyczny, w którym dział chorób wewnętrznych, opracowany przez ś. p. Teodora Dunina, przejrzany został obecnie przez Dr Wł. Biegańskiego, a dział chirurgiczny opracowany przez Dr Br. Sawickiego. Wogóle znać w Kalendarzu Dra Polaka postęp, który zasługuje na podniesienie i zjedna sobie napewno uznanie licznych przyjaciół tego wydawnictwa. Z.

Dr med. Stanisław Breyer: **Nowe horyzonty.** Kraków, 1910.

W broszurze swej składa autor niejako swoje wyznanie wiary, piejąc hymny pochwalne na cześć »leczenia naturalnego«, a w zamian wyszukując słabych stron leczenia »szkolnego« i budując na tem most, mający przerzucić ludzkość na drugi brzeg — lepszy i szczęśliwszy. Podług autora ostatnie odkrycia różnych nieznanych promieni, zwłaszcza promieni Ochorowicza (a Zjazd neurologów polskich?!), stanowią zapowiedź zupełnej zmiany dotychczasowych teoryi. Autor pragnie swą broszurą pobudzić do odmiennego patrzenia na wszechświat i życie, aniżeli nas w szkołach współczesnych nauczono. W nich kształcone umysły nie umieją, jak wywodzi autor, przypuścić, by cokolwiek poza światem, zmysłami dostrzegalnym, istnieć mogło.

W drugiej części broszury wywodzi autor, że »medycyna szkolna« więcej nieraz szkodzi, niż pomaga, a »lekarstwa« zmieniają poprostu choroby ostre w przewlekłe. Zarzuty autora nie są nowe. Występuje on przeciwko rtęci, »wykazując« jej zgubne działanie, a nawet potępia w czambuł »chlubę nowoczesnej medycyny« — surowice. Odrzucając w zupełności »powagi uniwersyteckie«, w innem miejscu na dowód swych twierdzeń powołuje się jednakże na opinie tychże powag.

Ciekawe też »poglądy« wygłasza autor o chirurgii. Wprawdzie nawet laicy stwierdzają postęp chirurgii, autor jednak jest zupełnie innego zdania i już przewiduje, że »w niedalekiej przyszłości chirurgia ograniczy się do pewnych jedynie zmian i to czysto miejscowych, jak złamania, zranienia, zatkania, zapętlenia, ropnie i t. p.«. Na dowód, że chirurgia niewiele jest warta, przytacza autor zdania przeciwników operacyi wyrostka robaczkowego, ba nawet moje sprawozdania z »Przeglądu lekarskiego«, zwłaszcza co do złych wyników operacyi nowotworów. (Przyznam się, że nie przypuszczałem, że moje sprawozdania do tego się przydadzą i że »Przegląd lekarski« w ten sposób przytaczany będzie). Przyjąwszy nawet, że wyniki operacyjne w pewnej chorobie nie są dotąd świetne, to czyż to dowodzi, że cała chirurgia niema wartości? Dziś każdy profan wie, że każda operacya musiała się dopiero rozwijać, ulepszać i t. p., nim dała doskonałe wyniki. Że czasem wyniki operacyi nie są dobre, to niezawsze wina chirurgii, lecz często dyagnostyki, a nieraz... niepowołanych rąk, które chorego przedtem zbyt długo »leczyły«.

Broszurę swą kończy autor dyetetyką duszy, opartą na »Diätetik der Seele« Feuchterslebena.

Broszura Dr Breyera dla czytelnika, patrzącego na całą rzecz krytycznie i fachowo, nie przynosi wiele nowego. Natomiast zupełnie inny skutek może wywrzeć ona na laika, zwłaszcza rozgoryczonego chorobą. Będzie on mógł myśleć, że nawet lekarze doszli do wniosku, iż rzeczywiście jedynie poza »medycyną szkolną« znaleść można wyleczenie i pociechę!

Postęp każdej wiedzy polega nie na rozpraszaniu sił, lecz na skupianiu, a potępiać wolno tylko wtedy, gdy się ma na to racyonalnie uzasadnione dowody. Wysnuwanie zaś wniosków ogólnych z kilku przesłanek i oderwanych urywków i wojowanie frazesami obliczone być może jedynie na ludzi, którzy zgoła nie oryentują się w danym przedmiocie. Klęsk.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

1) Fridman. **W sprawie stosowania tuberkuliny Denysa w gruźlicy płuc.** (Med. Obozr. 1910. Nr 10). 2) Łapszin. **Leczenie tuberkuliną według danych Szpi-**

tala Staro-Jekaterynienskiego w Moskwie (ibidem. Nr 14).

Fridman podaje wyniki dwuletnich swoich spostrzeżeń w 10 przypadkach (Szpital Basmannyj w Moskwie), które szczegółowo opisuje. Leczenie trwało od 7—12 miesięcy. Wynik był ujemny tylko w jednym przypadku, w którym obok spadku wagi ciała stwierdzono ogólne i miejscowe pogorszenie. We wszystkich innych przypadkach waga ciała podniosła się o 5—14 funtów. Wogóle w 6 przypadkach wynikiem leczenia było niewątpliwie wyraźne polepszenie. W 2 przypadkach na 4 laseczniki znikły z plwociny. Z ogólnej liczby 10 przypadków było 5 stałych chorych szpitalnych, 2 z ambulatoryum szpitalnego, 3 zaś z praktyki prywatnej autora Ponieważ pobyt w szpitalu, jak wiadomo, nie wpływa dodatnio na przebieg gruźlicy, chorzy zaś z ambulatoryum z powodu ubóstwa nie odżywiali się dobrze, a mimo to wystąpiło polepszenie, należy więc, zdaniem autora, odnieść polepszenie do działania użytego środka leczniczego. Wobec tego zaś, że tuberkulina stosowana w sposób odpowiedni jest nieszkodliwa, można ją stosować ambulatoryjnie, jeżeli chorzy są mniej więcej inteligentni.

Łapszyn stosował tuberkulinę Denysa u 72 chorych. Doszedł do przekonania, że leczenie takie sprowadza się właściwie do forsownego odżywiania i podniesienia odporności ustroju. U chorych, którzy w szpitalu zyskiwali na wadze, przybytek był większy przy leczeniu tuberkuliną (od 4—12 funtów), niż u nieleczonych (0,5—7 f.). U tych zaś, którzy opuszczali szpital z ubytkiem wagi ciała, spadek ten u leczonych wynosił średnio 8 f., a u nieleczonych $9^1/_2$ f. — Co się tyczy leczenia ambulatoryjnego, to Ł. wyraża zdanie, że ono wtedy tylko daje dobre wyniki, jeżeli jest dalszym ciągiem leczenia szpitalnego.

Dr L. Mańkowski.

Landouzy, Gougerot i Salin. **Hemolityczne niedokrwistości gruźlicze i żółtaczka.** (Presse médic. 1910, Nr 82). Fizyologia patologiczna niedokrwistości, jakoteż i etyologia niektórych żółtaczek, spostrzeganych w toku zakażenia gruźlicą, nie są jeszcze zupełnie wyjaśnione. Ciekawe pod tym względem spostrzeżenie podają obecnie autorowie. Spostrzeżenie to tyczy się młodego człowieka z rozpadowemi zmianami gruźliczemi płuc. Chory miał twarz bladą, z odcieniem żółtaczkowym, nalaną, mocz ciemno-żółty, obrzękłą wątrobę i śledzionę. Niedokrwistość była znaczna (1,050.000 c. czerw., Hg. 10%), liczne ciałka czerwone kropkowane (25%), jakoteż jądrzaste (35%), przyczem krwinki czerwone okazywały wybitne obniżenie oporności (resistance globulaire). Powoli poprawił się ogólny stan chorego; a z tem równocześnie ustąpiła żółtaczka i niedokrwistość. Równocześnie ze wzmaganiem się oporności krwinek czerwonych poprawił się stan płuc i to naprowadza autorów na domysł, że w toku gruźlicy może się zjawić niedokrwistość przez to, że krwinki czerwone rozpadają się. Z drugiej zaś strony żółtaczka hemolityczna nabyta, opisana przez Widala, może być przejawem, zależnym od całego szeregu przyczyn, pomiędzy któremi powinniśmy obecnie wyliczać i gruźlicę. Stahr.

Sandelowsky. **O wpływie wzrastającej ciepłoty na zgęszczenie krwi.** (Deutsches Archiv f. klin. Med. 1910, Zeszyt 3. i 4). Przy sposobności poprzednich doświadczeń, stwierdzających występowanie rozcieńczenia krwi podczas chorób gorączkowych, postanowił S. rozstrzygnąć pytanie, czy rozcieńczenie krwi jest stałem zjawiskiem całości objawów, objętych nazwą »gorączka«, czy też występuje również przy głównym objawie gorączki, t. j. jedynie przy podwyższeniu ciepłoty ciała. W celu rozwiązania tego pytania, podnosił S. ciepłotę ciała królików przez umieszczanie ich w cieplarkach lub nakłucie ośrodka ciepłoty według Aronsona i Sachsa, wreszcie wstrzykiwał królikom 0,5 Cl Na, jak również zabite bulionowe hodowle prątka okrężnicy. Doświadczenia te dały wyniki zgodne, zawsze bowiem występowało w miarę wzrostu ciepłoty rozcieńczenie krwi, które po obniżeniu się ciepłoty powracało do granic prawidłowych. A zatem i przy podwyższeniu się ciepłoty, jako takiem, i to z przyczyn fizycznych lub chemicznych, pojawia się tylko rozcieńczenie krwi, gdy natomiast przy chorobach gorączkowych oprócz rozcieńczenia następuje uszkodzenie tkanek jako wyraz wzmożonego rozpadu białka organicznego. Rozcieńczenie krwi uważa S. za odczyn biologiczny dla szeregu stanów, charakteryzujących się wyłącznie podwyższeniem ciepłoty, czyli między obydwoma powyższemi zjawiskami istnieje związek przyczynowy, mający na celu regulacyę ciepła. R. Łaba.

Tribulet i Ribodeau-Dumas. **Biegunka, a wydalanie toksyn przez błonę śluzową jelit.** (Comptes rend. Soc. de Biol. 1909, Nr 35). Autorowie zwracają uwagę, że obok zapaleń jelit pochodzenia bakteryjnego istnieją zapalenia pochodzenia toksycznego. Krew przynosi do pewnej części błony śluzowej jelit jady bakteryjne, a wtedy powstają przekrwienia, a nawet wybroczyny, i to jest główną podstawą objawów klinicznych. Siedziba zmian bywa rozmaita zależnie od rodzaju bakteryi. Przebieg schorzenia jest mniej lub więcej ciężki, zależnie od siedziby sprawy. Najcięższy przebieg mają biegunki, w których zmiany chorobowe usadowiły się w górnym odcinku jelit i w dwunastnicy. Dr Mańkowski.

Schmidt. **O badaniu sprawności wątroby zapomocą cukru lewozwrotnego w chorobach gorączkowych przy równoczesnem uwzględnieniu wydalania urobiliny.** (Deutsch. Arch. f. klin. Med. 1910, Zeszyt 3. i 4.). Autor postanowił rozstrzygnąć pytanie, czy istnieje równoległość między zmniejszeniem się tolerancyi wątroby w chorobach gorączkowych, a pojawieniem się urobiliny w moczu. W tym celu przeprowadził badania w 33 przypadkach chorób gorączkowych, jako to: płonicy, błonicy, zapalenia migdałków, gośćca stawowego, włóknikowego zapalenia płuc, róży, zapalenia wsierdzia, ropni okołonerkowych, gruźlicy płuc i t. d. Z doświadczeń okazało się, że z ukazaniem się i trwaniem urobilinuryi tolerancya wątroby względem lewulozy zmniejsza się, a wzmaga się przy znikaniu urobiliny z moczu. Autorowi nasunęło się pytanie, czy zjawiska te mają przyczynę w rzeczywistem uszkodzeniu wątroby i czy mogą służyć jako pomocnicze środki dla rozpoznania schorzenia wątroby przy chorobach zakaźnych. Przed odpowiedzią na to pytanie zastanawia się jednak S. nad tem, czy gorączka, występująca przy chorobach zakaźnych, sama przez się wywołuje zmniejszenie tolerancyi dla cukru lewozwrotnego i urobilinuryi, czy też przyczyna leży w komórkach wątrobnych uszkodzonych przez drobnoustroje lub produkty przemiany materyi mikrobów. Doświadczenia, wykonane na królikach, pouczyły autora, iż sztuczne podwyższenie ciepłoty ustroju zwierzęcia potęguje tolerancyę względem lewulozy; tem samem pozostało do udowodnienia drugie przypuszczenie, którego wartość starał się autor zbadać zapomocą szeregu odpowiednio przeprowadzonych doświadczeń. Z doświadczeń tych wypływa obniżenie tolerancyi wątroby względem lewulozy, gdy natomiast zawartość glikogenu w wątrobie nie zawsze była zmniejszona. Badania drobnowidowe nie wykazywały przeciwnie zwyrodnienia miąższowego, ewentualnie tłuszczowego. Z powyższych faktów wnosi autor, że w wątrobie istnieją chwilowe zmiany, upośledzające jej sprawność, które jednak pod względem anatomicznym nie dadzą się określić; wynika stąd, że próby z lewulozą i wykazywaniem urobilinuryi w chorobach wątroby przy równoczesnem istnieniu gorączki nie mają wartości środka pomocniczego przy rozpoznaniach. R. Łaba.

Neurologia i psychiatrya.

Archangielski. **W sprawie uleczalności gruźliczego zapalenia opon mózgowych.** (Medic. Obozr. 1910, Nr 2). W sprawie tej przeważa zdanie, że zapalenia takie

są nieuleczalne i kończą się śmiercią. Jednakowoż ostatnimi czasy spotykamy dokładne opisy niewątpliwego zapalenia gruźliczego opon mózgowych, gdzie musimy uznać fakt uleczalności. Dotychczas opisano około 50 spostrzeżeń tego rodzaju. Rozbierając te spostrzeżenia, dochodzi autor do przekonania, że 1) istnieje pierwotne zajęcie sprawą gruźliczą opon mózgowych i że istnieje zapalenie następowe przy nieznacznem stosunkowo zajęciu jakiegoś narządu; 2) że przy zajęciu opon mózgowych może nie wystąpić ostre wodogłowie komór bocznych; 3) że może nastąpić wyrównanie ciśnienia wewnątrz-czaszkowego przez podniesienie ciśnienia krwi; 4) że sprawa gruźlicza na oponach może być ograniczoną co do zajętej przestrzeni i że wskutek tego wytwarzanie toksyn może być nieznaczne. Ostatecznie musimy przyznać, że w pewnych przypadkach gruźliczego zapalenia opon siły ochronne ustroju mogą okazać się dostateczne do zwycięzkiej walki ze sprawą chorobową. W końcu autor obszernie podaje i omawia spostrzegany przez siebie przypadek, należący do tej kategoryi. Rozpoznanie stwierdzono badaniem cytologicznem i wykryciem prątków gruźliczych w płynie mózgowo-rdzeniowym. Przypadek ten zakończył się zupełnem wyzdrowieniem. Autor podkreśla, że w przypadku tym można było z pewnością stwierdzić niewielką ilość płynu w komorach bocznych, gdyż przy nakłuciu lędźwiowem płyn mózgowo-rdzeniowy wypływał tylko kroplami, i że sprawa ograniczała się do niebardzo wielkiej przestrzeni. Niedowład nerwu twarzowego prawego, połączony z gorączką, która wystąpiła w przebiegu choroby, objaśnia autor świeżem wysypaniem się gruzełków na odpowiednim odcinku kory mózgowej. Dr L. Mańkowski.

Remond i Vairenenel. **Pląsawica ostra, a zaburzenia psychiczne**. (Presse med. 1910, Nr 15). Zastanawiając się nad etyologią rozmaitych postaci pląsawicy, dochodzą autorowie do przekonania, że w osnowie pląsawicy leży zwyrodnienie. Dopiero zaś wszelkiego rodzaju zakażenia wpływają na to »miejsce mniejszej odporności« i wyzwalają pojawienie się ruchów pląsawiczych. Co się zaś tyczy psychoz, przyłączających się do rozmaitych stanów pląsawiczych, to stosownie do tego, co przeważa, czy zwyrodnienie, czy zakażenie, psychoza ma charakter psychozy degeneracyjnej, lub też psychozy toksyczno-zakaźnej. A zatem psychoza pląsawicza jako taka nie istnieje i nie zasługuje na odrębny opis. — Postacie psychoz, zdarzających się w przebiegu pląsawicy, jak: melancholia, podniecenie maniakalne, obłęd prześladowczy i t. p. mają swoją autonomię i nie znajdują się w żadnym przyczynowym związku z pląsawicą. Dla objaśnienia swoich wywodów podają autorowie opisy kilku swoich spostrzeżeń.

Dr L. Mańkowski.

Raymond. **Wrzekome guzy mózgu, a surowicze zapalenie komór bocznych.** (Presse méd. 1910, Nr 20). Autor podaje opis 2 spostrzeżeń, w których całokształt objawów silnie przemawiał za guzem mózgu: silne bole głowy, wymioty, szybkie obniżenie siły wzroku, a następnie zupełna jego utrata, obłęd z omamami. Przebieg choroby i zejście jej zmusiły autora do zmiany rozpoznania na rozpoznanie surowiczego zapalenia komór bocznych. R. podkreśla z naciskiem, że podobieństwo objawów w takich zapaleniach do objawów, występujących przy nowotworach mózgu, zależy od jednej i tej samej przyczyny: zwiększonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego. Za zajęciem komór bocznych mózgu przemawiałoby nagłe wystąpienie choroby, ale ostatecznie rozstrzyga o rozpoznaniu cały jej przebieg.

Dr L. Mańkowski.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Akademia Umiejętności w Krakowie.

Wydział matematyczno-przyrodniczy.

Posiedzenie d. 7. listopada 1910.

Sekretarz przedstawia wydane przez Akademię Umiejętności dzieła: a) czł. L. Marchlewskiego »Chemia organiczna«, Kraków 1910, 8°, str. XI, 497. Wydawnictwo Zarządu Akademii, nakładem funduszu podręczników przyrodniczych. b) Prof. Dr Ad. Wrzoska »Jędrzej Śniadecki«. Życiorys i rozbiór pism. 2 tomy. Kraków, 1910, 8°, str. 331 i 406. Wydanie nakładem funduszu Nestora Bucewicza.

Czł. H. Hoyer przedstawia pracę p. Ludwika Sitowskiego p. t.: **Doświadczenia nad barwieniem żywych gąsienic drobnych motyli.**

Autor żywił gąsienice motyli (Microlepidoptera) z rodziny Tineidae, Gelechiidae, Pyralidae sztucznymi, tłuszczowymi barwikami, przyczem zauważył zabarwienie ciała tłuszczowego gruczołów przędnych i jajników w ciele gąsienic. Barwiki te utrzymują się także w dalszych stadyach rozwoju motyli, t. j. w stadyum poczwarki, imago oraz w gąsienicach wylęgłych z jaj zniesionych przez zabarwione motyle. Autor zbadał sposób i czas przechodzenia barwika z przewodu pokarmowego do narządów jamy ciała. Wreszcie autor podaje szczegóły biologiczne, tyczące się trawienia keratyny, tłuszczu oraz wpływu jakości pożywki na zmianę wielkości indywidualnej u powyższych motyli.

(Oprócz tego przedstawiono 3 prace z zakresu chemii i jedną z zakresu matematyki).

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z d. 16. listopada 1910 r.

Przewodniczący R. dw. Prof. Wicherkiewicz. — Obecnych członków 35.

1. Przewodniczący odczytuje zaproszenia:

a) Centralnego Związku galicyjskiego przemysłu fabrycznego na VII. ogólne Zgromadzenie członków w Brodach d. 20. XI.

b) Izby handlowej i przemysłowej w Brodach na raut 20. XI. 1910.

c) Związku Akademickiego na wieczorek d. 23. XI. 1910.

2. Protokóły dwóch ostatnich posiedzeń odczytano i przyjęto.

3. Prof. Lewkowicz przedstawia:

a) Przypadek **choroby Hirschsprunga** u 12-letniego chłopca.

b) **Syndroma pseudoasciticum** u 7-letniej dziewczynki.

c) **Lues hereditaria tarda** u 12-letniej dziewczynki (zniekształtnienie szczęki, zęby śrubnikowate, blizny promieniste w otoczeniu otworów naturalnych ciała, zapalenie miąższowe rogówki).

W dyskusyi zauważa prym. Borzęcki, że późna kiła dziedziczna określa wystąpienie pierwszych objawów kiły w późniejszym wieku dziecięcym i że wogóle należy do rzadkości. Przypadki z cechami przedstawionemi przez Prof. L. winno się zaliczać do kiły trzeciorzędnej. Dystrofie zębów zdarzają się także na tle krzywiczem, nie są więc znamienne dla kiły.

R. dw. Prof. Wicherkiewicz: Godząc się na zapatrywanie kol. Borzęckiego co do definicyi kiły późnej, zaznaczam, iż właśnie my okuliści najwięcej mamy sposobności śledzić ją wobec nierzadkich zapaleń rogówki rozlanych miąższowych. Lubo ono najczęściej występuje w pierwszych latach po urodzeniu, a najpóźniej w okresie rozkwitu dziecka, to jednak zdarzają się przypadki o wiele późniejsze, zasługujące tem więcej na miano »późnych«. I tak w Poznaniu spostrzegałem taki przypadek u 20-letniej panny, u której z całą pewnością mogłem wyłączyć kiłę nabytą,

gdy rodzice tą skazą byli dotknięci. Właśnie te przypadki są uporczywe w leczeniu, a u owej panny zmętnienie po zapaleniu było tak silne, że rogówka przedstawiała się bielmowatą; pod wpływem ponownych zabiegów leczniczych przeciwkiłowych zmętnienie to prawie ustąpiło. — Co do zębów znamiennych dla kiły odziedziczonej, to lubo postać zębów Hutchinsonowska jest bardzo typowa, to jednak mogą zachodzić postacie niedorozwoju zębów, wzgl. zboczenia w odżywianiu, a sądzę, że to wtenczas następuje, gdy obok kiły istnieje jeszcze rachityzm. — A teraz słowo jedno co do leczenia zapalenia miąższowego rogówki środkiem »606«. Mimo, że dotychczasowe doświadczenia autorów przemawiały za tem, iż przeciw tej postaci zapalenia kiłowego środek ten nie jest skuteczny — ostatnio i Fuchs w Wiedniu takie wobec mnie objawił zapatrywanie — to ja dochodzę do odmiennego zapatrywania na podstawie własnych, acz dotychczas nielicznych doświadczeń. I tak chwilowo mam chłopca w szpitalu św. Łazarza z rozlanem miąższowem zapaleniem rogówki, u którego i wywiady i wszystkie objawy za pochodzeniem kiłowem przemawiają, a wstrzyknięcie środka Ehrlicha sprawiło stanowczo szybką poprawę. Innego chorego z Królestwa umieściłem w klinice i tu ze względu na wiek nazwać trzeba przypadek kiłą spóźnioną. Młody człowiek, 18-letni, z takąż chorobą oczną leczony był rozmaitymi środkami. Gdy sposób badania Wassermanna dał wynik dodatni, wstrzyknąłem środek Ehrlicha, a poprawa i podmiotowo i przedmiotowo już dziś po kilku dniach widoczna. Przypuszczam, iż różnica w doświadczeniach tłómaczy się chyba tylko pewną skłonnością osobistą do tego czy owego środka, albo powikłaniami chorobowemi (Streszczenie własne).

Prof. Lewkowicz odpowiada, że niema uzasadnienia podział przypadków kiły dziedzicznej na 2 szeregi, zależnie czy były wczesne objawy, czy nie, skoro patogeneza jest w obu razach ta sama. Na obraz kiły wrodzonej późnej składają się objawy, nie należące do zmian trzeciorzędnych, chyba wyjątkowo (zapalenie miąższowe rogówki, zapalenie błędnika, powodujące nagłą głuchotę), przyczem powołuje się na powagę Fourniera młodszego. Typowe zęby Hutchinsonowskie uważa prelegent za znamienne dla kiły.

4) Doc. Dr Koźniewski wygłasza wykład: **O hormonach.** Część II.

Dyskusyę z powodu spóźnionej pory odłożono.

Sekretarz: Dr Bujak.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie z d. 21. września 1910 r.

Przewodniczący: kol. A. Krusche. Sekretarz: E. Sonnenberg.

1) Kol. Sterling przedstawił chorą **z odmą piersiową,** na tle gruźlicy **powstałą powoli,** a zajmującą całą prawą stronę klatki piersiowej (na rentgenogramie płuco jest widoczne dopiero ponad drugiem żebrem); żadnych objawów podmiotowych, chora nie kaszle, nie pluje. Jedynie szybki ruch wywołuje duszność. — Jest to przypadek, ilustrujący wpływ pożądany ucisku płuca gruźliczego przez niezakażoną odmę piersiową. (Streszczenie własne).

2) Kol. Maybaum przedstawił 34 letniego mężczyznę, chorego od 14 miesięcy, skarżącego się na bole, występujące prawie bezpośrednio po jedzeniu, na odbijanie, mdłości krótkotrwałe, bez wymiotów. Chory wychudł. Wygląd charłaczy. Apetyt dobry, chory jadłby chętnie, lecz obawia się bolów. Pod lewem podżebrzem guz, wielkości jabłka, ruchomy, nie będący w związku ani ze śledzioną, ani z nerką. Żołądek naczczo pusty, po śniadaniu próbnem — treść źle strawiona. Pod drobnowidem — niema nic nieprawidłowego. Próbna laparotomia (20. 8. 19. 10.), wykonana przez kol. Goldmana w asyst. kol. Skalskiego i W. Jasińskiego — guza ani w żołądku, ani w innem miejscu jamy brzusznej nie wykazała. Po operacyi chory przez 3 tygodnie czuł się dobrze, bolów nie miał, na wadze przybrał. Od tygodnia ma znów bole. Przy badaniu wyczuwa się guz w tem samem miejscu i tej samej wielkości.

3) Kol. Goldberg przedstawia chorego **po wyłuszczeniu lewego ramienia** z powodu zmiażdżenia kości ramieniowej. Kończyna wisiała na skórze i pęczku naczyniowym. Skóra dokoła stawu ramieniowego zniszczona zupełnie. Nie bacząc na to, kol. Goldberg starał się zachować możliwie najwięcej z płatu skórnego, unikając w tym celu okładań wilgotnych. Nastąpiła częściowa zgorzel skóry, reszta jednak wystarczyła dla pokrycia obnażonego po wyłuszczeniu stawu ramieniowego.

4) Kol. Goldberg przedstawia chorego z guzem wielkości głowy dziecka w okolicy łydki prawej. Guz rośnie od roku; początek guza w jamie podkolanowej. Guz twardy, daje wrażenie rzekomego chełbotania, nieruchomy, skóra nad nim napięta. Rozpoznanie: **mięsak,** prawdopodobnie okostny, piszczeli.

5) Kol. W. Garliński przedstawił chorego, lat 20 liczącego, który wskutek uderzenia kawałkiem cukru w dolnozewnętrzną część brzegu rogówkowo-spojówkowego uległ wypadkowi **oderwania tęczówki od wieńca rzęskowego.** Przypadki czystej, niepowikłanej irydodyalizy są nader rzadkie, ponieważ na ich powstawanie musi się złożyć cały szereg ściśle obliczonych warunków, a mianowicie: 1) młody wiek; 2) siła działająca z zewnątrz musi mieć charakter błyskawiczny, 3) musi trafić granicę rogówkowo-twardówkową, 4) musi mieć pewne napięcie, pewien kierunek i działać z pewną masą. Natenczas granica rogówkowo-twardówkowa zostaje spłaszczoną, przez co brzeg rzęskowy tęczówki wciska się ku środkowi. Z chwilą, kiedy działanie siły błyskawicznej ustaje, rogówka (resp. twardówka) ze stanu zaklęsłego z taką szybkością przechodzi w stan wypuklenia, że tęczówka nie może podążyć za tym ruchem i odrywa się od wieńca rzęskowego.

6) Kol. Goldman przedstawił a) chorego, w wieku 30—35 lat, **z rakiem prącia;** w gruczołach pachwinowych — przerzuty.

b) mężczyznę, dotkniętego **mięsakiem** w okolicy łopatki. Nowotwór powstał podobno po urazie.

7) Kol. Przedborski przedstawił **faryngoskop** Schmuckerta i pokazał na chorym zastosowanie tego przyrządu.

8) W sprawie obchodu jubileuszowego Towarzystwa uchwalono wyasygnować na wydatki, które pociągnie za sobą urządzenie Zjazdu lekarzy, z funduszów Towarzystwa rb. 500, co stanowić ma kapitał gwarancyjny. W przewidywaniu wielkiej pracy przy urządzaniu Zjazdu, pozwolono komisyi, wybranej w celu obmyślenia szczegółów obchodu jubileuszowego, dobrać jeszcze 5 osób, zaprosiwszy kolegów: Kruschego, J. Michalskiego, Chodźkę, W. Jasińskiego i Trenknera.

9) Kol. Goldman przedstawił usunięte **kamienie żółciowe** (53 kamieni) z trzech przypadków.

10) Kol. Garliński wygłosił odczyt p. t.: **Badanie dna oka zapomocą przyrządu F. Bauma (oftalmo-fundoskop).** Pomysł zamienienia oftalmoskopu na mikroskop do badania dna oka jest tak dalece śmiały, że zasługuje na to, ażeby nań zwrócić uwagę bez względu na to, czy przyrząd Bauma przyczyni się do postępu oftalmoskopii. Oftalmo-fundoskop ma dwie zalety: 1) daje obraz dna oka w powiększeniu dotychczas nieznanem, 2) uwalnia badającego od refleksów rogówkowych. Na ogół budowa przyrządu przypomina drobnowid z tą tylko różnicą, że zawiera w sobie aparat oświetlający. Zapomocą oftalmo-fundoskopu można badać dno oka w obrazie prostym i odwrotnym, nadto można zastosować powiększenie do 70 razy. W końcu odczytu przedstawił G. rysunek, odtwarzający obraz dna oka w powiększeniu 70-krotnem: Siatkówka jest barwy blado żółtawo-czerwonawej; na tle jej zauważyć się daje nader misterna budowa, sprawiająca wrażenie delika-

tnie groszkowanej skóry. Plamkę żółtą w oku prawidłowem trudno bardzo odnaleść: wydaje się ona jako nikła okrągława żółto-biała plamka, leżąca na nieco ciemniejszem polu. Tarcza nerwu wzrokowego ma postać wielkiego koła o średnicy 3—4 ctm., barwy blado-żółtej z lekkim odcieniem różowym. Zarysy tarczy są mniej wyraźne i w około niej dostrzedz można promienistość, która wreszcie prędko znika. Naczynia środkowe siatkówki o zarysach niewyraźnych na polu tarczy dosięgają szerokości 3 mm. Barwa ich, zależnie od rodzaju, w różnym stopniu czerwona. — Stosowanie przyrządu Bauma do badania dna ocznego wymaga pewnej wprawy. (Streszczenie własne).

11) Kol. Goldberg pokazał **preparat przerosłego gruczołu krokowego,** usuniętego drogą nadłonową przez pęcherz. Przebieg pooperacyjny zadowalniający, ciepłota po kilku dniach obniżyła się do poziomu prawidłowego; chory po 3 tygodniach zmarł wskutek nieprzyjmowania pokarmów i przy objawach depresyi.

12) Kol. Goldman omówił 2 przypadki **usunięcia gruczołu krokowego,** oraz pokazał preparaty po pomyślnie dokonanej prostatektomii, przyczem wyraził zdziwienie, że lekarze, mający najwięcej do czynienia z tego rodzaju cierpieniami, tak rzadko uciekają się do operacyi doszczętnej i niepotrzebnie narażają chorych na długoletnie, kilka razy na dobę powtarzane cewnikowanie.

13) W sprawie poruszonego przez kol. Goldmana doszczętnego **leczenia przerostu gruczołu krokowego** wywiązała się ożywiona dyskusya, w której wzięli udział koledzy: Goldman, Sonnenberg, Krusche, Goldberg, W. Bernard, Pański i Klozenberg.

Sonnenberg zwraca uwagę na dwie okoliczności, a mianowicie, że doszczętna operacya usuwania gruczołu krokowego, dokonywana zwykle na osobach w wieku bardzo podeszłym i osłabionych, jest niebezpieczna, w rękach bowiem takich mistrzów, jak Albarran, odsetka śmiertelności wynosi 20 i więcej; — że większość chorych, zwracających się do lekarza z tem cierpieniem, znajduje się w okresie, kiedy rozszerzenie pęcherza doszło do znacznego stopnia i kiedy już nastąpił prawie zanik warstwy mięśniowej pęcherza — usunięcie więc gruczołu krokowego już nie zdoła przywrócić kurczliwości pęcherza, a więc i całkowitego opróżniania go przez chorego bez cewnika. Wysoka więc odsetka śmiertelności z jednej strony, oraz fakt, że osoby operowane muszą, w większości przynajmniej przypadków, również opróżniać pęcherz z pozostałego moczu (Residualharn) zapomocą cewnika, stanowią — zdaniem Sonnenberga — względy, które powinny powstrzymywać lekarza od operowania w każdym przypadku przerostu gruczołu krokowego i ograniczać zabieg doszczętny do pewnych tylko, ściśle określonych wskazań. Takiemi wskazaniami być powinny: 1) Trudne wprowadzanie cewnika, oraz zbyt częsta, przy małym pęcherzu, potrzeba cewnikowania w ciągu doby. Jeżeli tych warunków niema, t. j. gdy cewnikowanie jest łatwe i jeżeli nie potrzeba wielokrotnie w ciągu doby wypuszczać moczu, to zachowawczy sposób zapomocą prawidłowego, 2—3 razy dziennie wypuszczania moczu, przy jednoczesnem przestrzeganiu warunków higienicznych i dyetetycznych, najzupełniej wystarcza i może być z pomyślnym skutkiem przez długie lata przez samych chorych stosowany. Sonnenberg ma w obserwacyi kilku chorych, mających przerost gruczołu krokowego, którzy od wielu lat, cewnikując się sami 2—3 razy na dobę, przychodzą co kilka miesięcy dla kontroli. Są to chorzy w wieku 70—80 lat i stan ich zdrowia jest najzupełniej zadowalniający. W sprawie samej metody operacyjnej, sądzi Sonnenberg, że operacya sposobem Freyera jest najmniej odpowiednia, jest ona bowiem połączona z uszkodzeniem części krokowej cewki i jest powodem zaników moczowych i zwężeń. Lepszym — według Sonnenberga — jest zabieg Mac Gilla, a najodpowiedniejszym — operatio perinealis, albo praerectalis. Tę operacyę Sonnenberg miał okazyę widzieć 14 razy, wykonaną przez Prof. Albarrana.

Kol. Goldman jest stanowczym zwolennikiem doszczętnego leczenia przerostu gruczołu krokowego. Kol. G. utrzymuje, że we wszystkich 5 przypadkach, operowanych przez niego, chorzy opróżniają całkowicie pęcherz.

Kol. Goldberg jest również zwolennikiem usuwania gruczołu krokowego drogą operacyjną. Duże i miękkie gruczoły krokowe dają — zdaniem kol. Goldberga — naogół wskazanie do operacyi drogą pęcherzową, małe i twarde — kroczową. Uszkodzenie krokowej części cewki przy wykonywaniu prostatektomii sposobem Freyera, o którem wspomina Sonnenberg, nie stanowi poważnego szkopułu. Kol. G. zwraca uwagę, między innemi, na możliwość błędu technicznego, niezależnego od chirurga. Naprzykład w przypadku, operowanym przez kol. Goldberga, wprowadzenie 450 sześc. ctm. płynu nie uniosło dna pęcherza ponad spojenie łonowe (normalnie wprowadza się 300).

Kol. Krusche przytacza operowane przez siebie z pomyślnym skutkiem przypadki przerostu gruczołu krokowego i oświadcza się za doszczętnem leczeniem tego cierpienia. Jest zwolennikiem metody Freyera.

Kol. W. Bernard zwraca uwagę, że mały gruczoł krokowy stanowi przeciwwskazanie do operacyi i przypomina, że odsetek śmiertelności u Albarrana wynosi przy prostatektomii nadłonowej 14, przy kroczowej 21. Dalej zauważył, że nieraz obecność kamienia u prostatyków sprzyja względnemu opróżnieniu pęcherza.

Kol. Pański i Klozenberg zapytują, czy są znane przypadki, jak w przypadku kol. Goldberga, melancholii po usunięciu gruczołu krokowego i czy istnieje tu jaki związek? — Kol. Klozenberg zapytuje, czy nie dałoby się powiązać zjawisko melancholii w danym przypadku ze zmianami, które następują (po operacyi) w wydzielaniu wewnątrz-gruczołowem? — Kol. Goldberg sądzi, że objawy depresyi mogły być w związku z usunięciem jednego z narządów rozrodczych.—Kol. Sonnenberg również zwraca uwagę na to, że objawy depresyi występują wogóle po dokonaniu zabiegów operacyjnych, których następstwem jest zmniejszenie lub całkowite zniesienie zdolności płciowej, jak naprzykład po wytrzebieniu i t. d. Co do pytania kol. Klozenberga, czy nie dałoby się tu powiązać zjawiska melancholii ze zmianami w wydzielaniu wewnętrznem, Sonnenberg zauważył, że możnaby dojść do podobnego wniosku, gdyby naprzykład poważnie traktować hypotezę Rovsinga o przyczynie przerostu gruczołu krokowego. Rovsing tłómaczy pochodzenie przerostu gruczołu krokowego w ten sposób, że natura w tym okresie życia mężczyzny, kiedy następuje zanik gruczołów rozrodczych, usiłuje odruchowo wyrównać poczynające się starcze zmiany przez przerost i wzmożoną czynność gruczołu krokowego. Jeśli więc na przerost gruczołu patrzeć się z tego stanowiska, to rzecz prosta, iż usunięcie gruczołu krokowego w okresie wzmożonego jego wydzielania stanowi dla ustroju naruszenie równowagi, która istniała przed operacyą i wywołuje perturbacye, które mogą się przejawiać w sferze psychicznej operowanego. E. Sonnenberg.

Towarzystwo lekarskie radomskie.

61. Zebranie ogólne d. 15. października 1910.

1. Na przewodniczącego zebrania wybrano kol. Fidlera.
2. Przez balotowanie wybrani zostali członkami Towarzystwa koledzy: Cunq i Petrall z Radomia, Juchniewicz z Opoczna.
3. Odczytano treść depeszy, wysłanej na Zjazd chirurgów polskich w Warszawie.
4. Rozpatrzono sprawę kosztów drukowania odbitek protokółów Posiedzeń ogólnych członków Towarzystwa z »Przeglądu lekarskiego« w Krakowie i postanowiono zwrócić się jeszcze raz do Redakcyi z zapytaniem.
5. Odczytano protokół poprzedniego Zebrania i po sprostowaniu przez kol. Pełczyńskiego przyjęto.

6. Kol. Szczepaniak odczytał: **Ruch chorych zakaźnych** w Radomiu za sierpień, wrzesień i pierwszą połowę października b. r.

7. Kol. Fidler odczytał: **O chemoterapii.**

62. Zebranie ogólne w d 26. listopada 1910.

1. Na przewodniczącego Zebrania wybrano kol. Przychodzkiego.

2. Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego Zebrania.

3. Odczytano odpowiedź Redaktora »Przeglądu lekarskiego«, Prof. Ciechanowskiego, że drukowanie protokółów i odbitek będzie i nadal bezpłatne.

4. Przyjęto przez balotowanie na członków Towarzystwa kolegów: Basińskiego, Pieszkowa i Tanfilijewa.

5. Kol. Raszkes odczytał w streszczeniu pracę Prof. Landau: **Mięśniaki i ciąża**, oraz pokazał wspaniały atlas, przez tegoż profesora wydany.

6. Przedyskutowano ofertę Towarzystwa ubezpieczeń »Pomoc« i jednogłośnie odrzucono.

Członek zarządu, sekretarz: T. Rakowski.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

W sprawie organizacyi piśmiennictwa lekarskiego.

Na ostatniem zebraniu Związku niemieckiej prasy lekarskiej wystąpił Dr Karol Oppenheimer z następującymi wnioskami: 1) Byłoby pożądane rozdzielenie pism lekarskich na 2 grupy: a) grupa pism o treści oryginalnej, b) o treści sprawozdawczej; dla celów praktycznych do grupy pierwszej dodaćby można streszczenia poglądowe. 2) Honorarya za prace oryginalne mają być zniesione (zamiast nich większa ilość odbitek), natomiast za zamawiane przez redakcye wykłady kliniczne — streszczenia poglądowe i znacznie podniesione. 3) Każde pismo ma umieszczać artykuły tylko ze swej specyalności, aby zapobiedz rozpraszaniu się prac. Prace o innej treści powinny redakcye nawzajem między sobą wymieniać. 4) Wydawanie oddzielnych ksiąg jubileuszowych powinno być zwalczane. 5) Pisma o celach praktycznych nie powinny drukować prac ściśle teoretycznych. 6) Odczyty na Zjazdach, posiedzeniach i t. p. powinny być drukowane w czasopismach lekarskich. 7) W pracach oryginalnych należy ograniczyć przytoczenia (cytaty). 9) Pożądane jest stworzenie centralnego organu dla całej medycyny.

Dr Oppenheimer ma zapewne najlepsze chęci, podając swe wnioski; być może nawet, że wynikłaby z nich także pewna korzyść dla nauki, ale zastosowania praktycznego wnioski te chyba nie znajdą.

Rozdzielenie pism lekarskich na 2 grupy, t. j. pisma o treści oryginalnej i o treści sprawozdawczej, niema podstawy, a to z kilku względów. Przedewszystkiem głównymi prenumeratorami czasopism lekarskich są lekarze praktyczni i ci pragną w czasopiśmie znaleść niemal wszystko, a więc tak prace oryginalne (i to z różnych dziedzin), jak streszczenia poglądowe, wiadomości zawodowe i t. p. Takie ogólne czasopisma są potrzebne i będą nadal potrzebne. Czasopism, w których drukowaneby były jedynie prace oryginalne, lekarze praktyczni z natury rzeczy nie będą prenumerować, albowiem, jak to z trzeciego wniosku Oppenheimera wynika, każde pismo stałoby się pismem specyalnem, a jako takie, nie interesowałoby tak bardzo lekarza praktycznego.

Również niewiadomo, dlaczego Oppenheimer żąda, by za prace oryginalne nie płacono honoraryów? Jeżeli autorowie nie chcą ich przyjmować, to przecież mogą je ofiarowywać »z zasady« n. p. na cele dobroczynne lekarskie; niemniej honorarya powinny być wypłacane. Znaczne podniesienie wynagrodzeń za wykłady kliniczne i streszczenia poglądowe mogłoby znów wpłynąć tu i ówdzie niekorzystnie na pisanie prac oryginalnych. Słuszne natomiast jest domaganie się Oppenheimera, by w pracach oryginalnych autorowie ograniczali się w przytaczaniu poprzedników. Zestawienia takie należą już bowiem do sprawozdań poglądowych. Wymienianie prac między redakcyami nie może następować bez zezwolenia autora. A ten rzadko na to zezwoli, albowiem wysyłając pracę, namyślił się już chyba dostatecznie, gdzie ją umieścić.

Niesłusznie też domaga się Oppenheimer zwalczania wydawnictwa ksiąg jubileuszowych. Czasopisma nic na tem nie tracą, bo zwykle zawarte w nich prace ukazują się i tak przedtem lub potem w czasopismach.

Tak więc przeważna część projektów Oppenheimera chybia celu i nie da się praktycznie zastosować, a właściwie niema obecnie potrzeby praktycznego ich stosowania. Projekta te, wykonane, zwiększyłyby tylko liczbę pism specyalnych. W obecnych czasach i tak już mamy za dużo czasopism wogóle, a specyalnych w szczególności, a codzień prawie wyrastają nowe archiwa, miesięczniki i t. p. Są to wszystko wydawnictwa kosztowne i zwykle też niedługo trwające.

Jeżeli czasopisma lekarskie mają kształcić ogólnie lekarzy, a czynić to powinny, to obowiązkiem ich jest zamieszczać najgłówniejsze wiadomości z wszystkich dziedzin medycyny, a to dlatego, by lekarza praktycznego obznajamiać z postępami nauki, a specyalistę utrzymywać w łączności z innemi gałęziami medycyny. Do tego celu prócz prac oryginalnych, służą streszczenia pojedyncze i sprawozdania poglądowe, doniesienia ze Zjazdów i posiedzeń naukowych. Obawa rozpraszania się prac jest płonną. Gdy czasopism nie jest za dużo, to o rozpraszaniu się niema mowy, a gdy ich jest za wiele, to reformy w tym rodzaju, jak Oppenheimera, na rozpraszanie się nie zaradzą.

Dr Adolf Klęsk.

Krajowa Rada Zdrowia odbyła d. 4. XII. b. r. posiedzenie, na którem wydała opinie w następujących sprawach: Zakład dla umysłowo chorych zbrodniarzy, statut dla zdrojowiska w Szczawnicy, taksa szpitalna w Wadowicach. R.

Wydział Związku krajowego lekarzy Galicyi i W. Ks. Krakowskiego ma do rozdania z początkiem roku 1911 kwotę 800 kor. z funduszu im. Jordana dla niezaopatrzonych wdów i sierót po lekarzach, jako procenta od tego funduszu. O zapomogę starać się mogą niezaopatrzone wdowy i sieroty wyłącznie po lekarzach, którzy byli członkami Związku krajowego lekarzy aż do zgonu. Pomiędzy podającymi się prawo pierwszeństwa do otrzymania zapomogi z tego funduszu będą miały — przy równych zresztą warunkach — te wdowy względnie sieroty, których mężowie względnie ojcowie przyczyniali się do powiększenia funduszu im. Jordana przez używanie w praktyce lekarskiej znaczków receptowych Związku lekarzy. Podania, zaopatrzone dowodem ubóstwa podających się, należy wnosić najpóźniej do 31. grudnia 1910 do Wydziału Związku krajowego lekarzy przez Administracyę znaczków receptowych tego Związku (Kraków, ul. Floryańska 22. II. p.).

Wydział Związku krajowego lekarzy.

Sekretarz: Dr Weisberg. Prezes: Prof. Wicherkiewicz.

Lekarskie Towarzystwo ubezpieczeń »Kosmos« (Unfall- u. Haftpflicht-Versicherungsaktiengesellschaft), zawiązane z inicyatywy Izb lekarskich austr., prosi nas o ogłoszenie, że wpisaniem do regestru sądu handlowego w Wiedniu rozpoczęło swoją czynność. Dla wypełnienia swoich celów statutowych, polegających na ubezpieczeniu od wypadków i odpowiedzialności, starać się będzie Towarzystwo przyjmowaniem w tych zakresach ubezpieczeń wszelkiego rodzaju odpowiedzieć potrzebom i żądaniom interesowanych i sumiennem prowadzeniem spraw usprawiedliwić położone w niem zaufanie. Biura dyrekcyi Tow. »Kosmos«, znajdujące się w Wiedniu (IX/I Wasagasse 2), udzielają wszelkich wyjaśnień. R.

Z administracyi znaczków receptowych.

Sprzedano znaczków:	po 4 h	1 h
Od r. 1904 do końca października 1910	525,792	452,194
W listopadzie 1910	1,475	8,500
Razem .	527,267	461,494

Dr Żydłowicz, administrator

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 27. XI. do 3. XII. 1910 zgłoszono przypadków: błonicy 9 † 3 (w tem obcych 5 † 2), krztuśca 2 † 1, płonicy 7, odry 51 † 3 (3 † —), duru brzusznego 2 † 1, róży 2 † 1.

Dr Janiszewski

I Zjazd lekarzy prowincyonalnych Królestwa Polskiego

odbędzie się w Łodzi, w dniach 4 i 5 czerwca r. 1911.

Zjazd został zainicyowany przez Łódzkie Towarzystwo lekarskie, które w roku przyszłym obchodzi dwudziestopięciolecie swego istnienia. Pozwolenia na zjazd udzielono pod warunkiem, by »na miesiąc przed otwarciem Zjazdu zakomunikowano władzom gubernialnym piotrkowskim szczegółowy program odczytów i innych czynności Zjazdu«.

Do komitetu organizacyjnego Zjazdu powołało Towarzystwo lekarskie łódzkie drów: W. Chodźkę, Ks. Jasińskiego, M. Kaufmana, A. Kruschego, J. Maybauma, J. Michalskiego, A. Pańskiego, L. Przedborskiego, S. Sterlinga i H. Trenknera.

Pierwszą czynnością komitetu było rozesłanie do wszystkich Towarzystw lekarskich prowincyonalnych następującej odezwy:

»Szanowni Koledzy! Z okazyi XXV-lecia istnienia Łódzkiego Towarzystwa lekarskiego postanowiliśmy urządzić w Łodzi na Zielone Świątki roku 1911 pierwszy Zjazd lekarzy prowincyonalnych Królestwa Polskiego. Charakter pracy zawodowej i warunki bytowe lekarzy prowincyonalnych stawiają przed nimi szereg zagadnień, które są obce większości kolegów stołecznych. Praca zawodowa zdala od wielkich ognisk ruchu naukowego, bez szpitali, lub w szpitalach licho uposażonych, bez pracowni naukowych, bez instytutów terapeutycznych — zmusza do improwizowania niejako środków i sposobów przystosowywania postępów sztuki leczniczej do potrzeb praktyki. Jest tu szereg zagadnień żywotnych, bo zdrowie większości mieszkańców Królestwa mających na widoku, a jednak nieco na uboczu od gościńca głównego postępu nauk lekarskich leżących.

Więc też takich zagadnień nie rozstrzyga się na zjazdach ogólno-lekarskich, tembardziej na zjazdach specyalistów. Roztrząsane być one mogą na Zjeździe lekarzy prowincyonalnych, te jedynie sprawy w programie mającym. Naczelnym tematem Zjazdu będzie np. sprawa sposobów podniesienia żywotności tych ognisk naukowych, jakie mamy w postaci szpitali i Towarzystw lekarskich prowincyonalnych; od lat paru widzimy tam zamieranie lub nawet zupełny zastój. Takie i podobne sprawy nie mogą być przedmiotem obrad zjazdów ogólnych; rzadko też na nich zabiera głos lekarz prowincyonalny. W nadmiarze skromności i z istotną szkodą dla przebiegu rozpraw redukuje on zazwyczaj udział swój do roli jedynie słuchacza. Inaczej się to ułoży, kiedy on właśnie będzie się czuł gospodarzem, kiedy jego potrzeby będą osią rozpraw i dociekań.

Potrzebę takich zjazdów poruszono w Łodzi już w r. 1889, kiedy w prospekcie do »Czasopisma lekarskiego« mówiono: o konieczności peryodycznego porozumiewania się osobistego w kwestyach »zadań dnia powszedniego«; o wartości zjazdów, które »systematyzują zadania naukowe i społeczne« w zakresie potrzeb i możności pracy lekarskiej na prowincyi.

Podejmując pracę organizacyi I Zjazdu lekarzy prowincyonalnych Królestwa Polskiego, jesteśmy przejęci przekonaniem, że w pracy towarzyszyć nam będą wszyscy koledzy prowincyonalni, a przedewszystkiem — Towarzystwa lekarskie.

Dlatego zwracamy się do Szanownych Panów z uprzejmą prośbą o zorganizowanie Podkomitetu zjazdowego — z trzech osób złożonego — któryby: 1) zyskiwał prelegentów; 2) zyskiwał członków Zjazdu; 3) był łącznikiem między komitetem organizacyjnym a ogółem lekarzy danej prowincyi Królestwa.

W niepłonnej nadziei, że Szanowni Panowie przyczynią się Swą pracą do powodzenia naszych zamiarów, dziś prosimy najuprzejmiej o możliwie szybkie zakomunikowanie nam nazwisk członków Podkomitetu«.

† Stanisław Kostanecki.

Dnia 15. listopada b. r. zmarł nieoczekiwanie, po pomyślnym na pozór przebiegu operacyi usunięcia wyrostka robaczkowego, Stanisław Kostanecki, profesor chemii organicznej w Uniwersytecie Berneńskim. W pełnej sile wieku męskiego, dożywszy zaledwie lat 50, zgasł jeden z najwybitniejszych przedstawicieli współczesnej chemii organicznej, zgasł w chwili, gdy właśnie wrócić miał do kraju, by objąć katedrę chemii w Uniwersytecie Jagiellońskim.

Stanisław Kostanecki urodził się w Królestwie Polskiem na pograniczu pruskiem; nauki średnie pobierał w Poznaniu, w roku 1880 przeniósł się na Uniwersytet do Berlina, gdzie zgodnie z zamiłowaniem, wzbudzonem już w latach dawniejszych, zwraca się odrazu do studyów chemicznych pod kierunkiem Rammelsberga, Finkenera i zwłaszcza Liebermanna, którego asystentem został po upływie lat kilku. Po kilkoletnim pobycie na asystenturze w »Ecole de Chimie« w Mulhuzie, w znakomitej szkole zawodowej przemysłu farbierskiego, objął Kostanecki w roku 1890 świeżo utworzoną katedrę chemii organicznej w Bernie, którą opuścić chciał tylko na wołanie Ojczyzny.

Ogromny szereg prac Kostaneckiego poświęcony jest przeważnie sprawom barwików, a przedewszystkiem oznaczeniu budowy i syntezie żółtych barwików roślinnych. Już poprzednio prace, wykonane w Berlinie i w Mulhuzie, nad własnościami barwierskiemi pochodnych alizaryny, nad budową barwików azowych i nitrozowych, słusznie zwróciły przed dwudziestu laty uwagę rządu berneńskiego na Kostaneckiego; badania, dokonane potem już w Bernie nad żółtymi barwikami roślinnymi, okryły imię Kostaneckiego europejską sławą i przyniosły mu od obcych najwyższe odznaczenia, między innemi medal Lavoisiera od francuskiego Towarzystwa chemicznego i krzyż legii honorowej. Kostanecki wyświetlił budowę gentesyny, barwika żółtego, znajdującego się w korzeniu goryczki i wykazał związek tego ciała z ksantonami, które badał już był poprzednio. Prace nad chryzyną, żółtym barwikiem pączków topoli, doprowadziły Kostaneckiego do odkrycia flawonu, substancyi macierzystej, z której wyprowadzić się daje wiele żółtych barwików, znanych, lecz nie zbadanych poprzednio. Na tej samej drodze odkrył dalej Kostanecki grupę chromonów, z którą wiążą się znów dwa nader ważne barwiki roślinne: hematoksylina, barwik niebieski drzewa kampeszowego i brazylina, barwik czerwony drzewa fernambukowego.

Pracownia Kostaneckiego, w której wrzało tak gorące i wszechstronne życie naukowe, choć znajdowała się na obczyźnie, miała niezwykłe znaczenie dla nauki polskiej. Nietylko dla tego, że imię jej kierownika, Polaka, opromieniało blaskiem światowej sławy również i imię polskie, ale i przez to również, że pracownia ta zawsze skupiała znaczną liczbę współpracowników Polaków, którzy od swego mistrza prócz samej wiedzy czerpali niewygasający zapał i pęd naukowy. Swobodne obcowanie naukowe między uczniami a profesorem, którego niewyczerpana życzliwość zapewniona była każdemu, kto sumiennie i ochoczo przystępował do pracy, sprawiało, że pracownia Kostaneckiego, jako idealna wprost uczelnia naukowa, jako oaza polskości wśród coraz częściej wrogiej nam obczyzny, ściągała coraz liczniejsze rzesze pracowników. Przeważająca część naszych chemików, pracujących z wielkiem uznaniem w Królestwie i w Rosyi, to uczniowie i wychowańcy Kostaneckiego. To też śmierć tego nieodżałowanego przewodnika odbiła się głębokiem bolesnem echem nietylko w środowiskach uniwersyteckich: pietyzm mnogich, dozgonnie wdzięcznych uczniów, pracujących w zakresie chemii technologicznej, oblókł się w myśl uczczenia pamięci wielkiego Zmarłego przez ufundowanie stypendyum Jego imienia.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego w dniu 30. XI. 1910 przedstawił Dr Nowotny rzekomego obojnaka, a Dr Eiger miał zapowiedziany wykład: »O metodzie elektrokardyograficznej«. — W d. 7. XII. b. r. wygłosił Dr Eiger drugą część wykładu »O metodzie elektrokardyograficznej«. W dyskusyi przemawiali Prof. Cybulski, Dr Weissglas i prelegent.

— Dyplom doktorski uzyskali pp. Jan Kołodziejski, Tadeusz Dzierzkowski i Mieczysław Jankowski, rodem z Warszawy, oraz p. Alojzy Łabędzki z gub. kaliskiej.

— Redakcya »Kalendarza lekarskiego krakowskiego« zawiadamia, że Kalendarz został rozesłany przed dwoma tygodniami wszystkim tym, którzy go zamówili w Redakcyi. Jeżeli go przeto kto z zamawiających dotąd nie otrzymał, zechce o tem niezwłocznie Redakcyę Kalendarza zawiadomić.

— W miejskim Urzędzie zdrowia otrzymać można po cenie kosztu (3·20 kor.) zawsze świeże surowice: przeciwmeningokokową, przeciwczerwonkową i szczepionkę durową. Dyżury w miejskim Urzędzie zdrowia odbywają się od 8 rano do 9 wieczór.

— Krajowy Związek lekarzy udzieli w r. 1911 poraz pierwszy zapomóg wdowom i sierotom po lekarzach z funduszu im. Jordana. (Szczegóły obacz w rubryce »Sprawy zawodowe«).

— Wydany przez współpracowników »Lwowskiego Tygodnika lekarskiego« ku uczczeniu jubileuszu Prof. Cybulskiego »Pamiętnik jubileuszowy« stanowi okazały tom (298 stron druku z licznemi rycinami), zawierający »Życiorys Napoleona Cybulskiego« napisany przez Prof. Becka, oraz następujące rozprawy: 1) Beck: »O galwanotropizmie«. 2) Beck i Bikeles: »Rozprzestrzenianie się łuku odruchowego w rdzeniu pacierzowym stwierdzone badaniem prądów czynnościowych«. 3) W. Czernecki: »Badania ilościowe nad kwasami oksyproteinowymi w cieczach surowiczych jam ciała oraz we krwi zdrowych i chorych«. 4) A. Gluziński: »Cięższe postacie niedokrewności a gruźlica wraz z kilkoma uwagami nad gruźlicą pochodzenia bydlęcego (typus bovinus) u ludzi«. 5) Hulanicka: »O zakończeniach nerwowych w skórze traszki (triton cristatus)«. 6) Konopacki: »Wpływ płynów hypertonicznych na zapłodnienie jaja jeżowców«. 7) Madejewski: »Jeszcze o rozwoju ciałek dotykowych w dzióbie kaczki«. 9) Markowski: »Wpływ śmiertelnych dawek na ośrodek oddechowy, naczynioruchowy i hamujące ośrodki serca przy sztucznem oddychaniu«. 9) Nowicki: »Wpływ obniżonego ciśnienia krwi na nadnercze«. 10) Popielski: »O wpływie zaciskania tętnicy głównej piersiowej na ciśnienie po usunięciu zaciskania«. 11) Reichenstein: »Cukromocz i adrenalina, z szczególnem uwzględnieniem cukromoczu u ciężarnych i w cukrzycy«. 12) W. Szymonowicz i J. Zaczek: »Badenia porównawcze nad unerwieniem włosów zatokowych. 13) Z. Tomaszewski: »Przypadki białaczki tucznokomórkowej«. 14) K. Bocheński: »O leczeniu włókniaków macicy mamminą Poehla«

Rozprawy te ukażą się również w »Tygodniku lekarskim«, a początek ich pomieszcza »Tygodnik lekarski« w Nr. 49, który wydany jako zeszyt jubileuszowy, został Jubilatowi wręczony w czasie uroczystości jubileuszowej przez Prof. Becka, jako przedstawiciela Redakcyi »Tygodnika«.

— Prymaryat oddziału chorób wewnętrznych w Krajowym Szpitalu we Lwowie otrzymał Dr Witold Ziembicki, dotychczasowy kierownik pracowni chemicznej szpitala, były asystent lwowskiej kliniki chorób wewnętrznych.

— W ciągu grudnia b. r. zostanie wydany staraniem Krajowego Związku zdrojowisk i uzdrowisk we Lwowie »Pamiętnik I. krajowego Zjazdu przemysłowo-balneologicznego« w formie książki. Książka ta zredagowana będzie w ten sposób, że nie będzie miała znaczenia chwilowego, lecz stanie się trwałym podręcznikiem dla każdego potrzebującego informacyi w sprawach zdrojownictwa, zawierać bowiem będzie obok opracowanych dla Zjazdu fachowych referatów, także ustawy mające w zdrojownictwie zastosowanie.

Warszawa. Komitet Zjazdu chirurgów polskich, odbytego w Warszawie w dn. 6. 7. i 8. października r. b., przystępując do druku Pamiętnika Zjazdu, uprasza uprzejmie o łaskawe nadesłanie jaknajrychlej zgłoszonych na Zjazd wykładów (w oryginale lub dokładnem streszczeniu) na ręce sekretarza Zjazdu (Dr Zembrzuski — ul. Nowogrodzka 26). Wykłady, nieprzysłane przed 1. stycznia 1911, nie będą mogły być umieszczone w Pamiętniku.

L. Zembrzuski. L. Kryński.

Z różnych stron. P. Curie-Skłodowska mianowana została członkiem Akademii Umiej. w Stokholmie.

— W »Polskim Związku lekarzy i przyrodników w Petersburgu« odbyło się 5. XI. b. r. posiedzenie Sekcyi przyrodniczej, na którem doc. Smoleński wykładał: »O fosfatydach«. W dyskusyi uczestniczyli prof. Zaleski, który dopełnił wykład wskazaniem na stosunki nukleoalbuminów z fosfatydami i znaczenie ich w przemianie materyi, prof. Ziemacki, wskazując na zastosowanie pewnych fosfatydów w chirurgii, dalej Dr Michałowicz, Dzierzgowski i Uliński. Sekcya przyrodnicza obrała za swój organ, warszawski »Wszechświat«. — D. 12/25. XI. odbyło się posiedzenie Sekcyi lekarskiej, na którem uchwalono wniosek o mianowanie członkiem honorowym »Związku« prof. Cybulskiego i postanowiono wziąć udział w obchodzie 100-letniej rocznicy urodzin Pirogowa, poczem prof. Ziemacki zdał sprawę ze Zjazdu chirurgów polskich w Warszawie, a Dr Wilamowski przedstawił przypadek wąglika rzekomego.

— Dr B. Chabłowski ofiarował 200 rb. na wydawnictwo prac naukowych »Polskiego Związku lekarzy i przyrodników« w Petersburgu.

Mianowani: asystentami-internami szpitali warszawskich: Dr Wł. Podbielski i O. Słoński; doc. Heineke nadzw. profesorem chirurgii i dyrektorem polikliniki w Lipsku.

Zmarli. Dr Józef Rogalewicz, prezes Wydziału sierót Towarzystwa dobr. w Warszawie w 74 r. ż.; Dr Lucyan Niewnierzycki w Kijowie, Dr Szymon Portner, naczelny lekarz izr. szpitala dla dzieci, rzecz. radca stanu, w 70 r. ż. w Warszawie; Dr Władysław Szymański w 80 r. ż. w Rokociowszczyznie w pow. wilejskim;

słynny fizyolog prof. Mosso w Turynie.

Bibliografia.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in zwölf Monatsheften. Zeszyt XI. Monachium, Lehmann. Cena 2 M. — (cały rocznik 16 M.).

Listopadowy zeszyt »kursów lekarskich« wypełniają rozprawy z zakresu okulistyki, chorób górnych dróg oddechowych i chorób uszu. Prof. Bach omawia ciekawą sprawę wpływu światła, szczególniej promieni o krótkich falach, na oko; doc. Krusius pomieszcza rzecz p. t. »Biologia w okulistyce«, roztrząsając wyniki dla badań oftalmologicznych i wyniki praktyczne. Prof. Eicken omawia szczegółowo sprawę ciał obcych w drogach oddechowych, a Prof. Kümmel zestawia nowsze doświadczenia, zebrane w zakresie otyatryi. Z.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w listopadzie 1910.

Gazeta lek. Nr 44—49. Janowski: O nerce ruchomej i wędrującej (44—47). — Chojko (dok. 44—48). — Sławiński: O znieczulaniu miejscowem (45). — Karwacki: O wartości dyagnostycznej przeciwciał ogniskowych w gruźlicy (46). — Gębarski: Pięć przypadków choroby Addisona (47). — Ettinger: Kilka uwag z powodu ostatniej epidemii tyfusu powrotnego (48). — Piotrowski Wł.: Przyczynek do badania plwociny na laseczniki gruźlicze (48). — Nr 49 poświęcony prof. N. Cybulskiemu: Pruszyński: Prof. Cybulski jako badacz i nauczyciel. — Brudziński: Badania doświadczalne nad odruchem drugostronnym i odruchem obustronnym na kończynach dolnych. — Handelsman: O odczynie elektrycznym neurotonicznym. — Janowski: O tłómaczeniu krzywej przedsionkowo-przełykowej w zestawieniu jej z krzywą elektrokardyograficzną. — Popielski: O własności moczu obniżania ciśnienia krwi. — Pruszyński: O działaniu fizyologicznem żółci.— Sosnowski: Wrażenia z VIII. międzynar. Zjazdu fizyologów.

Medycyna i Kronika lek. Nr 44—49. Higier: Zapalenie tętnic ostre z chromaniem przestankowem (44—45). — Sterling: (dok. 44—47). — Biehler M. (dok. 44—46). — Marcinkowski: Przyczynek do wycięcia odźwiernika z powodu raka i słów kilka w sprawie rozpoznawania zwężeń odźwiernika (46). — Maliniak: O przetokach żołądkowo-okrężniczych (47). — Goldberg: Nowa łatwa metoda wyprostowywania tyłozgiętej macicy (48). — Ehrlich E.: Przypadek ropnia wątroby niewiadomego pochodzenia (48). — Jaroszyński: Psychologia i psychoterapia histeryi (48). — Nr 49 poświęcony prof. N. Cybulskiemu: Sosnowski: Prof. Napoleon Cybulski. — Cybulski i Eiger: O elektrokardyogramach przy rozmaitych rodzajach uśpienia. — Mutermilch: O pochodzeniu niweczników w świdrowicach świnek morskich. — Otto: Zmiany anatomiczne w sercu pod wpływem nikotyny. — Rzętkowski: Badania nad przemianą materyi purynowej w przypadku białaczki limfatycznej. — Halpern: Zjawiska chemiczne w przebiegu raka. — Mutermilch: Katalaza, jej własności i stosunek do zaczynów utleniających. — Zawadzki: O hormonach.

Tygodnik lekarski Nr 44—48. Nowicki: Gruźlica krtani ze stanowiska anatomopatologicznego (44—46). — Ziembicki: Przypadek paratyfusu A. (44). — Edelszein: O powikłaniach pooperacyjnych ze strony płuc (45—46) — Klarfeld: O gruźliczem zajęciu rdzenia pacierzowego w przebiegu t. zw. choroby Potta (47). — Nr 48 poświęcony prof. Cybulskiemu. A. Beck: Napoleon Cybulski. — A. Beck: O galwanotropizmie. — A. Gluziński: Cięższe postacie niedokrewności a gruźlica wraz z kilkoma uwagami nad gruźlicą pochodzenia bydlęcego. — Szymonowicz i J. Zaczek: Badania porównawcze nad unerwieniem włosów zatokowych. — Popielski: O wpływie zaciskania tętnicy głównej

piersiowej na ciśnienie krwi po usunięciu zaciskania. — M. Reichenstein: Cukromocz i adrenalina. — Beck i Bikeles: Rozprzestrzenianie się łuku odruchowego w rdzeniu pacierzowym stwierdzone badaniem prądów czynnościowych. — Hulanicka: O zakończeniach nerwowych w skórze traszki. — Konopacki: Wpływ płynów hipertonicznych na zapłodnienie jaja jeżowców.

Nowiny lekarskie Nr 11. Hornowski (dok.) — Rosenhauch (dok.). — Nowakowski (c. d.). — Hornowski: S. p. Andrzej Obrzut.

Postęp okulist. Nr 8—9. Żurkowski: Ile mamy sposobów wyrównania niezborności mieszanej (As. M. H.) i jakie? — Bednarski: Kilka słów o oddziale ocznym przy szpitalu dla dzieci im. św. Zofii we Lwowie i sprawozdanie z tegoż oddziału za rok 1908 i 1909.

Przegląd chorób skórn. i wen. Nr 9. Krzyształowicz: Komórki plazmatyczne.

Przegląd chirurg. i ginekol. T. III. Z. 3. Br. Kozłowski: Dwa przypadki tętniaków tętnic obwodowych. — Marcinkowski: Zawężlenie okrężnicy esowatej.

(Dokończenie nastąpi).

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Przetwory kakaowe **Sano-Kakao** i **Sano-Maltin**, jako środki odżywcze i pożywki. Dr Robert Burow z insbruckiego Zakładu farmakologicznego ogłasza w »Wiener klin. Rundschau« Nr 35. 1910. wyniki swych badań nad wartością powyższych przetworów. Przez dodatek soli roślinnych zawierają one wszystkie składniki, potrzebne do pożywienia ustroju. Doświadczenia na zwierzętach wykazują zupełną wessalność tych przetworów kakao. Stąd wystarcza przetwór ten sam przez się do odżywiania chorych, mających wstręt do mięsa i mleka. Również jako dodatek do zwykłego żywienia posiada Sano-Kakao, wzgl. Sano-Maltin dla lekarza praktycznego wielką wartość w przypadkach słabego rozwoju u uczącej się młodzieży, przy skazie moczanowej, przy schorzeniach serca i nerek, — przy których żywienie mięsem musi być ograniczone. Z. W.

Feolathan. Dr S. Aufrecht, Berlin. (Allg. Mediz. Centralztg. Nr 29, 1910). Jest to nowy, chemiczny przetwór żelaza, badany po raz pierwszy przez autora co do własności farmakologicznych. Sporządza się go przez nasycenie wodorotlenem amonu i — żelaza kwasem mlecznym. Chemicznie jest on solą podwójną, przedstawia zielonkawą, nadzwyczaj hygroskopijną masę krystaliczną, łatwo rozpuszczalną w wodzie i wyskoku. Przetwór ten wyrabia firma Goedecke & Co., Berlin, w postaci pigułek.

Analiza wykazuje:

wody hygroskopijnej	17·70%
» związanej	24·30%
kw. mlecznego	48·34%
ammonium	2·54%
żelaza	7·12%.

Celem stwierdzenia najważniejszego punktu, t. j. wessalności, podjęto doświadczenia na 2 psach średniej wielkości, wagi 8, wzgl. 9½ klgr. Doświadczenia obejmowały 14 dni, wśród których do dokładnie ważonego jedzenia dodawano feolathanu, rozpuszczonego w wodzie. Wśród tego okresu nie okazywały zwierzęta żadnych zaburzeń chorobowych, ani zmniejszenia się łaknienia a 40% feolathanu uległo wessaniu.

W związku z tem stwierdzono w drugim szeregu doświadczeń na królikach wzrost hemoglobiny, stały i silny. W ciągu 2—3 tygodni przybytek jej wynosił 10—19%.

Autor poleca zatem feolathan, podnosząc łatwość wessania, szybki wzrost hemoglobiny i brak objawów ubocznych nawet po względnie dużych dawkach. Hr. W.

Rok XLIX. Kraków, dnia 17. grudnia 1910. Nr 51.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z oddziału Docenta Dra med. Wł. Janowskiego w Szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie.

O barwiącej się za życia ziarnistości krwinek czerwonych (substantia granulo-reticulo-filamentosa)

jej pochodzeniu i stosunku do nakropień zasadochłonnych.

Podał

Dr Ryszard Hertz,

asystent oddziału.

(Ciąg dalszy).

4) Żółtaczka hemolityczna.

O żółtaczce hemolitycznej pisano wiele we Francyi w ciągu ostatnich trzech lat, rozważając przytem szczegółowo zachowanie się substancyi ziarnistej barwiącej się za życia. Obraz kliniczny wrodzonej żółtaczki hemolitycznej opisał Minkowski już w r. 1900; jednak dopiero Chauffard (12) w r. 1907 zbadał gruntownie istotę tego cierpienia i wyodrębnił grupę wrodzonych żółtaczek, przy których stale udawało mu się stwierdzać zmniejszoną odporność czerwonych ciałek krwi. Wnioski Chauffarda zostały wkrótce potwierdzone przez Widala, oraz jego uczniów, którzy zastosowali nowe poglądy i do żółtaczki hemolitycznej nabytej. Sprowadzają oni mianowicie wszystkie te formy hemolityczne żółtaczki do zmniejszenia odporności czerwonych ciałek krwi.

Równocześnie Chauffard i Fiessinger (13) zauważyli, że krew takich chorych zawiera zawsze przy barwieniu krwi żywej liczne krwinki z barwiącą się za życia ziarnistością, których obecność ma być stałym i pewnym objawem żółtaczki hemolitycznej w odróżnieniu od żółtaczki zastoinowej.

Doświadczenia na zwierzętach najzupełniej potwierdziły powyższe spostrzeżenia. Obraz zatrucia toluylendiaminą u psów uderzał zupełną zgodnością swych objawów z obrazem chorobowym u człowieka. Poza tem badania otwierały wielce obiecującą perspektywę dla dociekań nad etyologią tych chorób. U wszystkich zwierząt rozwijała się po wstrzyknięciu toluylendiaminy żółtaczka i niedokrwistość, zmniejszała się odporność czerwonych ciałek krwi względem hypotonicznych roztworów NaCl, i jednocześnie występowały we krwi liczne krwinki z ziarnistością barwiącą się za życia. Można było nawet zauważyć pewien związek chronologiczny pomiędzy tym ostatnim objawem, a zwiększeniem się łamliwości czerwonych ciałek krwi. Mianowicie stwierdzamy najpierw już następnego dnia po wstrzyknięciu trucizny zmniejszenie odporności czerwonych ciałek krwi, a dopiero w parę dni potem ukazywanie się w nich ziarnistości barwiących się za życia, przyczem ilość takich ciałek wciąż wzrasta. Nakropień zasadochłonnych w czerwonych krwinkach nie znajdowano w utrwalonym preparacie nigdy. Stwierdzano natomiast wybitną polichromatofilię.

Że jednak mogą zjawiać się we krwi liczne czerwone ciałka, zawierające ziarnistość, barwiącą się za życia, pomimo nie zmniejszonej łamliwości erytrocytów, wykazały doświadczenia ze wstrzykiwaniami wody przekroplonej i doświadczenia z upustami krwi. Mianowicie u królików, którym wstrzykiwano (70) do żył od 20—100 cent. sz. wody przekroplonej, odporność czerwonych ciałek krwi pozostawała niezmienioną, ilość ich spadała z 5—3 milionów w 1 mm. sz., a jednocześnie ukazywały się we krwi liczne ciałka z ziarnistością barwiącą się za życia (20%). Niema więc bezpośredniego związku pomiędzy zmniejszeniem odporności czerwonych ciałek krwi, a ukazywaniem się w nich ziarnistości barwiącej się za życia [Abrami i Fiessinger (14, 20, 70)].

Tu chciałbym powiedzieć parę słów o moich własnych doświadczeniach. Wstrzyknąłem psu do otrzewnej 0,6 toluylendiaminy w 4—5 ctm. sz. gorącej wody; już następnego dnia zauważyłem lekką żółtaczkę twardówek i znaczną ilość barwika żółciowego w surowicy krwi. Liczba czerwonych ciałek spadła z $7^1/_2$ do $3^1/_2$ milionów w 1 mm. sz., ich odporność z 46 do 54 [1]), a równocześnie

[1]) Postępowałem według metody Vaquez-Widala. Metoda ta jest następująca: Przygotowujemy rozczyn z soli kuchennej skrystalizowanej w stosunku 6: 1000 możliwie dokładnie. Do szeregu (15) probówek wlewamy rozczyn w ten sposób, że do 1-szej probówki nalewamy 60 kropli, a do każdej następnej o 2 krople mniej, niż do poprzedniej. Różnicę do 60 kropli dopełniamy wodą przekroploną. W ten sposób otrzymujemy w 1-szej probówce 60 kropli rozczynu 6‰, w 2-giej — 60 kropli rozczynu 5,8‰, w 3-ciej — 60 kropli rozczynu 5,6‰....., w 10-tej 60 kropli rozczynu 4,2‰......, a w 15-tej 60 kropli rozczynu 3,2‰. Następnie do każdej probówki dodajemy 1 kroplę krwi całkowitej lub 2 krople krwi odwłóknionej i przemytej trzykrotnie fizyologicznym rozczynem soli (8,5‰). Zawartość skłócamy, pozostawiamy ją na $^1/_2$ w cieplarce, a następnie albo wirujemy, albo pozostawiamy do dnia następnego przy ciepłocie pokojowej. Pierwsza probówka, w której ponad opadem z czerwonych ciałek występuje różowe zabarwienie, jest miarą odporności czerwonych ciałek danej krwi.

ukazały się we krwi w miernej ilości czerwone ciałka krwi z ziarnistością barwiącą się za życia. Zjawiska regeneracyjne dały się spostrzegać dopiero po trzech dniach: liczba czerwonych ciałek krwi powiększyła się o milion, ich odporność podniosła się do 42, liczba leukocytów podwoiła się (40.000). W preparacie utrwalonym znajdowałem wybitną polichromatofilię i liczne normoblasty, we krwi barwionej żywej — liczne czerwone ciałka krwi z ziarnistością (8 i $^1/_2$%). Po powtórnem wstrzyknięciu 0,6 toluylendianiny zwierzę zapadło w stan śpiączki, leżało bez ruchu, nie przyjmując pokarmów; stwierdziłem hemoglobinemię i hemoglobinuryę; odporność czerwonych ciałek spadła znowu do 54, a przy badaniu mikroskopowem krwi znalazłem olbrzymią ilość normoblastów i czerwone ciałka krwi z barwiącą się za życia ziarnistością w niezwykłej ilości (34%). W preparacie utrwalonym dawała się spostrzegać wybitna polichromatofilia; czerwone ciałka z nakropieniami zasadochłonnemi spostrzegano pojedynczo. Po krótkiej trzydniowej przerwie, podczas której stan zwierzęcia znów się poprawił, zrobiono jeszcze dwa wstrzyknięcia, a w 24 godziny po ostatniem zwierzę padło.

W mazanych preparatach ze szpiku kostnego znalazłem liczne czerwone ciałka z ziarnistością, barwiącą się za życia. Również liczne czerwone ciałka z ziarnistością spostrzegałem w barwionej po utrwaleniu krwi z serca, — czyli, mówiąc inaczej, udało mi się zabarwić w czerwonych ciałkach utrwalonej krwi ziarnistość, barwiącą się zazwyczaj tylko we krwi żywej. Czerwonych ciałek z nakropieniami zasadochłonnemi nie znajdowałem wcale, ani we krwi z serca, ani w szpiku kostnym. Do tego, bardzo dla mnie ciekawego wyniku powrócę jeszcze później, tu zaś nadmienię tylko, że sekcyę wykonano dopiero w 24 godziny po śmierci.

W równie znacznej ilości, a może jeszcze w większej, znajdowałem barwiącą się za życia ziarnistość czerwonych ciałek krwi u drugiego psa, u którego również wywoływałem zatrucie toluylendiaminą.

Po wstrzyknięciu pyrogallolu u królików stwierdzałem również liczne czerwone ciałka krwi z ziarnistością barwiącą się za życia; w utrwalonym preparacie widziałem wybitną polichromatofilię, erytrocytów zaś z nakropieniami zasadochłonnemi nie spostrzegałem.

Nie mogę tu wdawać się w szczegółowe rozważanie wszystkich zagadnień, związanych z żółtaczką hemolityczną, chciałbym tylko zaznaczyć swój pogląd na stosunek pomiędzy tym stanem chorobowym, a substancyą ziarnistą, barwiącą się za życia. Zaznaczyć muszę, że nie brakło usiłowań, aby wyświetlić sprawę żółtaczki u noworodków zapomocą poszukiwania ziarnistości, barwiącej się za życia w ich czerwonych ciałkach krwi. Na zasadzie własnych badań mogę potwierdzić spostrzeżenia Sabrazèsa (57), że we krwi noworodków, dotkniętych żółtaczką, można często znaleść zwiększoną liczbę takich ciałek. Nie sądzę jednak, aby zachodził tu związek bezpośredni, innemi słowy, aby substancya ziarnista, barwiąca się za życia, stanowiła swoisty objaw żółtaczki hemolitycznej, w odróżnieniu od zastoinowej.

Na podstawie własnych badań, oraz krytycznego rozpatrzenia wyników innych autorów, dochodzę do wniosku, że substancya ziarnista, barwiąca się za życia, może występować we wszelkich stanach chorobowych, połączonych z wyraźną niedokrwistością, której to niedokrwistości towarzyszą objawy odradzania się krwi, — szczególniej więc obficie wtedy, gdy równocześnie dają się spostrzegać we krwi inne jeszcze objawy tego odradzania się.

Jeżeli substancya ziarnista, barwiąca się za życia, ma rzeczywiście być zjawiskiem częstem w żółtaczce hemolitycznej (dotąd opisywano tylko p o j e d y ń c z e p r z y p a d k i, a ja sam w jednym przypadku [1]) miałem sposobność sprawdzić słuszność twierdzeń autorów francuskich), to tłómaczyć to sobie muszę w ten sposób, że istnieje tu równocześnie niedokrwistość, albo też — o ile ta niedokrwistość wydaje się zrównoważoną przez szybkie i nadmierne nowotworzenie się krwinek (Chauffard), to znajdujemy jednakże we krwi stale cechy, świadczące o odradzaniu się jej składników. Nawet wtedy, gdy chorzy odzyskują zdrowie, jak zaznaczył to z naciskiem Widal, i gdy liczba czerwonych ciałek krwi powraca do normy, można jeszcze spotkać w niej myelocyty, normoblasty, anizocytozę i polichromatofilię.

N i e m a w i ę c b e z p o ś r e d n i e g o g e n e t y c z n e g o z w i ą z k u p o m i ę d z y o b e c n o ś c i ą s u b s t a n c y i z i a r n i s t e j, b a r w i ą c e j s i ę z a ż y c i a, a ż ó ł t a c z k ą h e m o l i t y c z n ą.

Twierdzenie to opieram na następujących faktach:

a) Przy żółtaczce hemolitycznej wrodzonej niedokrwistość nie jest wybitna (liczba czerwonych ciałek krwi waha się między 3 a 4 milionami w jednym mm. sz.) i nie ulega tak znacznym wahaniom, jak przy nabytej postaci tego cierpienia. To też liczba czerwonych krwinek z ziarnistością barwiącą się za życia, jest przy nabytej żółtaczce hemolitycznej większa, niż przy wrodzonej.

b) Barwiącą się za życia ziarnistość czerwonych ciałek krwi spotyka się również przy hemoglubinuryi, zarówno przy tej jej postaci, którą opisał Ehrlich, a opracowali szczegółowo Donath i Landsteiner, jak i przy innej odmianie tego cierpienia, opisanej niedawno przez Chauffarda (15) w przypadku, w którym hemoglobinurya zależała nie od działania zimna, lecz od krążących we krwi autohemolizyn i zmniejszonej odporności czerwonych ciałek krwi.

c) Sacquépée (60), Le Gendre i Brulé (35) opisali przypadki żółtaczki hemolitycznej, w których liczba czerwonych ciałek krwi z ziarnistością była zwiększona tylko nieznacznie (3 do 5%).

d) Na korzyść mego poglądu przemawia wreszcie stała obecność czerwonych ciałek krwi z ziarnistością barwiącą się za życia w przypadkach doświadczalnej niedokrwistości urazowej.

Wszystko więc zdaje się wskazywać, że substancya ziarnista, barwiąca się za życia, nie jest swoistym objawem żółtaczki hemolitycznej. Jeżeli zaś występuje w jej przebiegu w ilości dużej, zależy to tylko od niedokrwistości i równoczesnego odradzania się krwi. Dlaczego to ostatnie zjawisko występuje nie we wszystkich przypadkach, i dlaczego substancya ziarnista, barwiąca się za życia, nie zawsze daje się spostrzegać, — są to zagadnienia, których rozwiązanie jest na razie niemożliwe.

IV. O istocie i o znaczeniu obydwóch rodzajów ziarnistości.

A) Istnieją dwie teorye, mające na celu wyświetlenie istoty i znaczenia klinicznego n a k r o p i e n i a z a s a d o-

[1]) W klinice Prof. Gilberta; chory, o którym mówię, był już przedtem dokładnie opisywany przez Lerebouletta i później przez Chauffarda.

chłonnego w czerwonych ciałkach krwi. Każda z tych teoryi ma swoich rzeczników. Jedni uważają to nakropienie za wytwór rozpadu jądra, jako jeden z ostatnich etapów, poprzedzających jego zniknięcie, — inni zaś uważają je za wytwór protoplazmy, za objaw obumierania czerwonych ciałek krwi.

Zwolennicy pierwszej teoryi widzą w występowaniu nakropienia zasadochłonnego zjawisko odrodcze, czyli uważają nakropione czerwone ciałka krwi za postacie młode.

Przez zwolenników drugiej teoryi było zjawisko zasadochłonnego nakropienia aż do niedawna tłómaczone wyłącznie, jako objaw zwyrodnienia.

W przeciwstawieniu do powyższych twierdzeń, zaznaczył Pappenheim (47), że pochodzenie protoplazmatyczne nie wyłącza jeszcze odrodczego charakteru danego zjawiska i że w protoplazmie również mogą zachodzić zjawiska odrodcze: »Nicht wegen ihrer angeblichen Karyogenität ist eine basophile Erscheinung vom regenerativen Wert und umgekehrt, nicht wegen ihres zugegebenen regenerativen Wertes ist eine basophile Erscheinung nunmehr ohne weiteres noch karyogen; es giebt auch degenerative karyogene Erscheinungen. Es schliesst sich also plasmatische Natur und Jugendlichkeit nicht aus«.

Pogląd ten podziela również Askanazy (3), który przyjmuje obecnie, że nakropienie zasadochłonne jest przyrody protoplazmatycznej, a jednak musi być uznane za wyraz odrodczej działalności szpiku kostnego. Mianowicie upatruje on bezpośredni związek genetyczny pomiędzy nakropieniem zasadochłonnem a polichromatofilią, która, będąc bezspornie wyrazem młodości ciałek, jest natury bazoplazmatycznej, jak tego po raz pierwszy dowiódł niezbicie Pappenheim. Askanazy uważa polichromatofilię i nakropienie zasadochłonne za zjawiska równowartościowe i identyczne i uważa drugie tylko za odmianę pierwszego.

Na wprost odmiennem stanowisku stoi Schmidt (61); wyprowadza on mianowicie polichromatofilię z nakropienia zasadochłonnego, które powstaje, jego zdaniem, z rozpadu jądra.

Przeciw wyprowadzaniu nakropienia zasadochłonnego z jądra przytaczano różne argumenty: morfologiczną całość jądra w nakropionych czerwonych ciałkach krwi, odmienne zachowanie się tego nakropienia i jądra przy barwieniu zielenią metylową z pyroniną, oraz przy barwieniu sposobem Giemsy.

Zwolennicy tej teoryi, która wyprowadza nakropienie zasadochłonne z substancyi jądrowej, usiłowali te zarzuty zbijać. Na zarzut, że nakropienie zdarza się często w erytroblastach z zupełnie nieuszkodzonem jądrem, odpowiadali, że mogły to być erytroblasty o dwóch jądrach, z których jedno uległo rozpadowi, — albo że nakropienie utworzyło się podczas podziału jądra (Schmidt).

Nie uzyskały uznania również przypuszczenia, mające tłómaczyć odporność nakropienia zasadochłonnego względem zieleni metylowej przez mniejszą zawartość chromatyny w resztach jądra, albo przez jej przemianę chemiczną w kierunku acydofilii.

Pappenheim (45) zaś przyjmuje raczej na zasadzie odpornego zachowania się nakropienia względem zieleni metylowej przy barwieniu zielenią metylową z pyroniną, że obok chromatyny (zasadochłonnej) i plastyny (kwasochłonnej) istnieje w komórkach jeszcze zasadochłonna parachromatyna i zasadochłonna plastyna, — substancye o charakterze plastynowym, które uważa za identyczne. Do rozróżnienia chromatyny z jednej strony, a parachromatyny i zasadochłonnej plastyny z drugiej strony służy właśnie barwienie zielenią metylową z pyroniną (chromatyna barwi się przytem na zielono, parachromatyna i bazyplastyna na czerwono), jak również barwienie według Giemsy-Romanowskiego, oparte również na kombinacyi dwóch zasadowych barwików (chromatyna przybiera barwę fioletową od azuru, parachromatyna i bazyplastyna — błękitną od błękitu metylenowego).

Na podstawie więc odczynów barwnych stwierdza Pappenheim, że nakropienie zasadochłonne erytroblastów jest substancyą zasadochłonną o charakterze plastynowym, nie rozstrzyga jednak, czy to jest parachromatyna, czy też bazyplastyna, choć skłania się ku temu drugiemu przypuszczeniu.

Przeciw jądrowemu pochodzeniu nakropienia zasadochłonnego, a jednak na korzyść jego natury odrodczej przemawia następujący fakt: Jeżeli uda się spostrzegać nakropienie w erytroblastach podczas ich mitozy, gdy jądro rozpadło się na chromosomy, leżące wolno w cytoplazmie, to tylko chromosomy barwią się wtedy zielenią metylową, nakropienie zaś barwi się pyroniną. Sam fakt przejścia chromatyny do cytoplazmy nie wywołuje więc w niej chemicznej przemiany.

Przeciw łączności nakropienia zasadochłonnego z protoplazmą wogóle i polichromatofilią w szczególności można przytoczyć fakt, że u niższych kręgowców, posiadających czerwone ciałka krwi stale jądrzaste, polichromatofilia zdarza się nawet bardzo często, nakropienia zaś zasadochłonnego nie spostrzegano w nich dotąd nigdy, nawet przy doświadczalnie wywołanem zatruciu ołowiem.

Najważniejszym argumentem, przemawiającym bądź co bądź na korzyść natury odrodczej nakropienia zasadochłonnego, jest jego obecność u zarodków [Nägeli, Sabrazès (58)].

Przeciw odrodczemu charakterowi nakropienia zasadochłonnego przemawia dający bardzo wiele do myślenia fakt, że nakropienie zasadochłonne zdarza się częściej w niedokrwistościach toksycznych, niż w urazowych, a powtóre brak tego nakropienia w szpiku kostnym. Możnaby tu ostatecznie myśleć o odradzaniu się krwi, chorobowo zmienionem [Papppenheim (47—49)]. (Dok. nast.).

Ze szpitalnej kliniki terapeutycznej Prof. Dra K. Wagnera w Kijowie.

O podskórnych gruczołach limfatycznych klatki piersiowej w gruźlicy płuc.

Podał

Doc. Dr E. Żebrowski.

(Rzecz przedstawiona na posiedzeniu kijowskiego Towarzystwa przyrodniczo-lekarskiego 11. III. 1910).

(Dokończenie).

Całe pytanie sprowadza się do tego, czy istnieją naczynia, przez któreby szła limfa z opłucnej ściennej do ze-

wnętrznej sieci naczyń limfatycznych klatki piersiowej? Mascagni[7]) opisuje naczynie, wytworzone przez zbliżenie się 2 naczyń, wychodzących z gruczolików, znajdujących się między mięśniem piersiowym (»m. pectoralis«) a m. skośnym górnym zewnętrznym (»m. obliquus superior externus«), które to naczynie przebija ścianę klatki piersiowej w V międzyżebrzu i łączy się z naczyniami limfatycznemi, które towarzyszą tętnicy sutkowej wewnętrznej (art. mammaria interna) t. j. z podopłucnemi (str. 14). Poirier mówi, że naczynia limfatyczne mięśni, leżących na zewnętrznej powierzchni klatki piersiowej, które wpadają po większej części do gruczołów pachowych, łączą się z naczyniami zewnętrznych mięśni międzyżebrowych, a do tych znów naczyń wpadają naczynia ściennej opłucnej. Widzimy więc, że sprawy chorobowe w opłucnej mogą się odbić na gruczołach pachowych (str. 1251). Szczególnie ważne ze względu na poruszoną tu sprawę jest doniesienie Mosta[9]), któremu udało się raz przez ukłucie w podopłucną przestrzeń w okolicy IV lub V żebra w tylnej linii pachowej, nastrzykać naczynie podopłucne, które, przebiwszy mięśnie międzyżebrowe, kierowało się na wewnątrz i ku górze do gruczołów pachowych (str. 19).

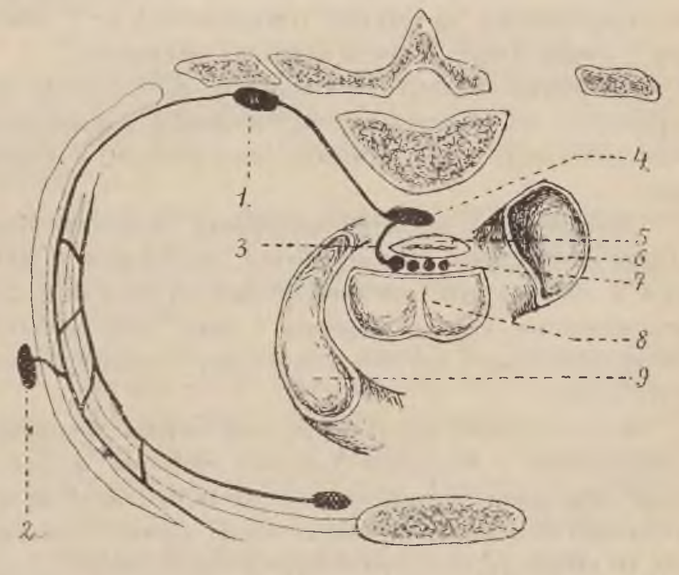
Wszystkie te dane bezwątpienia wskazują na to, że [1]) naczynia zewnętrznych części klatki piersiowej i ściennej opłucnej łączą się ze sobą, [2]) że najwidoczniej istnieją specyalnie wytworzone drogi od opłucnej do zewnętrznej sieci limfatycznej, z których droga Mosta prowadzi do szczególnie nas obchodzącego IV międzyżebrza. Stwierdziwszy istnienie tego połączenia, możemy przejść teraz do rozstrzygnięcia zasadniczego pytania, w jakich mianowicie warunkach i jakiemi drogami limfatycznemi możliwe jest wtargnięcia czynnika chorobotwórczego z płuc do dolnobocznych gruczołów piersiowych?

Istnieją dwie możliwości: 1) Zrosty opłucnej płuc z opłucną ścienną. W zrostach tych mogą się wytworzyć nowe drogi limfatyczne, zarówno włosowate, jak i większe naczynia, a nawet cała sieć naczyń limfatycznych. Poirier i Moran[12]) zapomocą nastrzykiwania wykazali w podobny sposób powstałe naczynia w zrostach pomiędzy macicą i odbytnicą. Talke[14]) zaś znalazł je w zrostach opłucnych. Wobec tych faktów przeniesienie czynnika chorobotwórczego z płuca na zewnątrz jest więc zupełnie możliwe. Przez wytworzone w zrostach naczynia powstaje nowa najbliższa droga między podopłucną siecią naczyń limfatycznych w opłucnej, płuc, a podopłucnemi naczyniami ściennemi, skąd wnika czynnik chorobotwórczy wskazanemi wyżej drogami przez międzyżebra do zewnętrznego układu limfatycznego i tu w najbliższych gruczołach zostaje zatrzymany.

2) Przeniesienie czynnika chorobotwórczego możliwe jest także, chociaż niema zrostów. Istnienie tej drugiej drogi przypuszczam na zasadzie oglądanych przezemnie preparatów płuc z nastrzykanemi naczyniami limfatycznemi, które mi był łaskaw pokazać Prof. Franciszek Stefanis, prof. anatomii opisowej w uniwersytecie w Kijowie. Preparaty te zrobił Prof. Stefanis w celu zbadania układu limfatycznego klatki piersiowej; wyniki tych badań nie są jeszcze ogłoszone. Droga ta przedstawia się następująco: Wiadomo, że znaczna większość płucnych naczyń limfatycznych idzie do gruczołów, ułożonych w ogromnej ilości naokoło oskrzeli i tchawicy, część zaś naczyń limfatycznych opłucnej ściennej, a mianowicie międzyżebrowe wewnętrzne zdążają ku gruczolikom, znajdującym się na główkach żeber (»gl. intercostales mediales«). Pomiędzy tymi dwoma końcowymi punktami dwóch układów limfatycznych: układu opłucnej ściennej z jednej strony, a płuc z drugiej strony, istnieje łączność. A mianowicie można się przekonać na preparatach Prof. Stefanisa, że z gruczołów okołotchawicznych i oskrzelowych idą naczynia do gruczołów okołoprzełykowych, znajdujących się po bokach i z tyłu przełyku przed kręgosłupem (»gl. mediastinales posteriores«); te zaś znowu gruczoły komunikują zapomocą licznych połączeń z gruczołami leżącymi obok na główkach żeber (»gl. intercostales mediales«), co zresztą jest już uwidocznione na XIX rys. u Mascagniego[7]). Na licznych preparatach Prof. Stefanisa dokładnie można widzieć te naczynia, łączące gruczoły okołooskrzelowe z okołoprzełykowymi. Drogi te widoczne są też na poziomie IV międzyżebrza i one w danym przypadku najwięcej nas obchodzą, a mianowicie na wysokości łuku żyły nieparzystej (v. azygos). Na niektórych preparatach można nawet zobaczyć bezpośrednie połączenia naczyń limfatycznych płuc z gruczołami okołoprzełykowymi z pominięciem gruczołów okołooskrzelowych i tchawicznych. Widać mianowicie, jak pewna ilość naczyń limfatycznych zawartych w więzadle płucnem (lig. pulmonale), a więc idących z płuc, zdąża do gruczołów okołoprzełykowych. Poniżej podany rysunek przedstawia schemat opisanego związku anatomicznego między układem limfatycznym płuc i opłucnej ściennej.

(Przecięcie poziome na wysokości V kręgu piersiowego).

Schemat II.



1) Gl. intercostalis med. 2) Gl. thoracalis lateralis inferior. 3) Naczynie limfatyczne łączące (według preparatów Prof. Stefanisa). 4) Gl. lymph. oesophageae. 5) Oesophagus. 6) Aorta. 7) Gl. bronchiales. 8) Bifurcatio tracheae. 9) Arcus venae azygos.

W sprawach chorobowych możliwe więc jest, wobec istnienia podobnych połączeń, przeniesienie czynnika chorobotwórczego na drodze wstecznej. Jeżeli gruczoł przełykowy lub też leżący na główce żebra ulegnie wybitnej zmianie wskutek wniknięcia czynnika chorobotwórczego, to jego czynność sącząca może o tyle podupaść, że powstaną przeszkody dla dopływającego prądu limfy; wtedy

w naczyniach, doprowadzających limfę, wytworzy się zastój, przez co bakterye dostaną się z zajętego gruczołu do naczynia doprowadzającego limfę (v. afferens), t. j. przeciwko zwykłemu w tem miejscu prądowi czyli wstecznie. Bakterye, które dostały się do naczynia, wywołują w niem również zmiany, mogące doprowadzić do zniszczenia zastawek, przez co powstają dogodne dla bakteryi warunki posunięcia się jeszcze dalej wstecz. Przechodząc teraz do obchodzącej nas sprawy widzimy, że bakterye, posuwając się powoli przez naczynia limfatyczne, łączące przedopłucny układ ścienny z wewnętrznemi naczyńkami limfatycznemi, mogą się wreszcie znaleść w gruczołach, leżących na bocznej powierzchni klatki piersiowej. Dokładne zbadanie dróg komunikacyjnych między narządami klatki piersiowej i jej ścianami przedewszystkiem doprowadza nas do wniosku, że zupełnie jest możliwe przejście czynnika chorobotwórczego z narządów klatki piersiowej, przez całą jej grubość, a następnie wyjaśnia nam niektóre przez nas spostrzeżone fakta.

1) Możemy dokładnie zrozumieć, dlaczego w gruźlicy rzadko spotykamy powiększenie bocznych gruczołów piersiowych. Potrzebne tu są szczególne warunki, spotykane nie we wszystkich przypadkach gruźlicy płuc, a mianowicie: albo zrosty pomiędzy opłucną płuc i opłucną ścienną, lub też zmiany chorobowe w gruczołach okołoprzełykowych lub ułożonych na główkach żeber.

2) Częstsze w gruźlicy płuc powiększenie gruczołów w IV i V międzyżebrzu niż głębokich pachowych może zależeć od tego, że przy istniejących zrostach opłucnych gruczoły IV i V międzyżebrza są pierwszą najbliższą zewnętrzną grupą gruczołów na drodze, odprowadzającej limfę przez ścianę piersiową, pachowe zaś drugą, więcej oddaloną.

3) Powiększenie gruczołów przy czyrakach grzbietu i okolicy pach można wytłómaczyć połączeniem pomiędzy układami limfatycznymi poszczególnych części skórnych klatki piersiowej.

4) Związek pomiędzy gruczołami okołoprzełykowymi i naczyniami opłucnej ściennej wyjaśnia nam powiększenie bocznych gruczołów piersiowych IV i V międzyżebrza w przypadkach raka przełyku.

Pozostaje nam teraz rozstrzygnąć, czy opisane tu zjawisko ma jakiekolwiek znaczenie praktyczne, czy można je wyzyskać, dajmy na to, dla rozpoznawania gruźlicy płuc? Powiększenie bocznych gruczołów piersiowych w gruźlicy niezbyt często się zdarza, mniej więcej w 20% przypadków, zdawałoby się więc, że zjawisko to niema wartości dla rozpoznawania. Jednak przeciwko takiemu zapatrywaniu możnaby odpowiedzieć, że przecież nie w każdym przypadku spotyka się wszystkie objawy kliniczne, a w pewnej znacznej liczbie nawet wszystkie objawy kliniczne mają znaczenie tylko w związku z innymi, jako tak zwane zbiory objawów (syndrôme, Symptomenkomplex), rozstrzygające o rozpoznaniu. Pominąwszy nawet takie rozumowanie, widzimy przy dokładnem poznaniu opisanego tu zjawiska, że ma ono takie cechy, które nadają mu d o p e w n e g o s t o p n i a z n a c z e n i e r o z p o z n a w c z e. Powiększenie dolnobocznych gruczołów dzięki ich powierzchownemu położeniu oraz dokładnie określonej i stałej siedzibie na powierzchni klatki piersiowej, udaje się łatwo rozpoznać. W obecnym czasie sztuka rozpoznawania wzbogaca się sposobami pracownianymi, wymagającymi specyalnych urządzeń i poświęcenia dużo czasu, a przez to mogą być te sposoby dostępne tylko dla lekarzy w wielkich środowiskach naukowych. Zdaje mi się więc, że każdy łatwy, dający się szybko wykonać sposób badania powinien zwrócić na siebie uwagę, jeżeli tylko ułatwia rozpoznawanie, choćby w ograniczonej liczbie przypadków. Trzeba tylko dokładnie określić granice wartości rozpoznawczej tego sposobu. W naszym przypadku połączenia limfatyczne obchodzącej nas okolicy z innemi okolicami wskazują, że powiększenia dolnobocznych gruczołów piersiowych IV i V międzyżebrza następują:

1) Przy chorobach skóry na bocznej, tylnej i przedniej powierzchni klatki piersiowej, 2) kończyny górnej, 3) gruczołu sutkowego, 4) ściany klatki piersiowej (np. próchnienie żebra i t. p.), 5) przy różnego rodzaju sprawach chorobowych (gruźlica, kiła, nowotwory i t. p.) w narządach klatki piersiowej, osobliwie w opłucnej, płucach, gruczołach oskrzelowych, oraz w narządach, leżących w tylnem śródpiersiu, z których najważniejsze są przełyk i sąsiadujące z nim gruczoły limfatyczne. Według moich danych statystycznych wyliczone tu sprawy chorobowe są znacznie rzadszą przyczyną powiększenia bocznych gruczołów piersiowych, niż gruźlica płuc. Na 228 przypadków powiększenia dolnobocznych gruczołów tylko w 42 nie można było wykazać zmian gruźliczych w płucach, a więc można było przypuszczać, że nie gruźlica jest tutaj przyczyną powiększenia gruczołów, co stanowi 18·4%.

Drugą cechą, która nadaje pewną wartość rozpoznawczą opisywanemu objawowi, jest występowanie zmiany po stronie, zajętej sprawą chorobową. Znajdujemy powiększenie gruczołów zwykle po tej stronie klatki piersiowej, która odpowiada zajętemu płucu.

Wśród mojego materyału, gdzie zajęcie jednego tylko szczytu zdarzyło się 128 razy, uchylenie od tej reguły przedstawiało się w następujący sposób:

Szczyt zajęty	Ogólna liczba przypadków	Liczba przypadków, w których powiększenie dolnobocznych gruczołów piersiowych było po stronie przeciwnej, niż zajęcie szczytu.
Prawy . .	101	2
Lewy . .	27	4
Razem . .	128	6 = 4,7%

Widzimy więc, że zajęcie szczytu po jednej stronie, a powiększenie dolnobocznych gruczołów piersiowych po drugiej stronie — jest rzadkie. To ostatnie zjawisko teoretycznie da się jednak pomyśleć i łatwo je wyjaśnić, a mianowicie przez to, że pomiędzy prawymi a lewymi gruczołami okołoprzełykowymi istnieją liczne połączenia. Ponieważ powiększenie gruczołów na klatce piersiowej w ogromnej liczbie przypadków następowało po stronie odpowiadającej choremu płucu, przeto cecha ta niewątpliwie nadaje pewną praktyczną wartość opisywanemu przez nas zjawisku. Posługując się niezwykle łatwym sposobem badania, może lekarz odrazu zwrócić uwagę na chore płuco, co ma ogromne znaczenie w utajonych postaciach gruźlicy. Stwierdzenie powiększenia dolnobocznego gruczołu piersio-

wego zmusi lekarza do kilkakrotnego dokładnego zbadania, a wtedy łatwiej mu będzie uchwycić jakieś cechy kliniczne sprawy gruźliczej. Wskazując na znaczenie rozpoznawcze, jakie może posiadać w pewnych przypadkach ten objaw, niechcę bynajmniej twierdzić, jakoby obmacywanie dolnobocznych gruczołów piersiowych było swoistym sposobem rozpoznawania gruźlicy płuc. Chcę tylko zaznajomić kolegów z objawem, spotykanym w pewnej ilości przypadków gruźlicy płuc, oraz wyjaśnić przyczyny i warunki jego powstawania. Znajomość zaś tego objawu będzie pomocna nie tyle dla rozpoznania, ile dla zrozumienia poszczególnych przypadków, w których właśnie spotkamy się z powiększeniem opisanych gruczołów. Dokładne zrozumienie przypadku jest przecież koniecznym warunkiem powodzenia przedsięwziętego przez nas leczenia.

Skuteczne leczenie nie da się nawet pomyśleć bez dokładnego poznania i zrozumienia z naszej strony najdrobniejszych nawet objawów, spotykanych u chorego. Te właśnie względy były dla mnie pobudką do ogłoszenia wyników moich spostrzeżeń. Żaden autor, o ile mi się zdaje, nie opisywał jeszcze dotąd powiększenia dolnobocznych gruczołów piersiowych w IV i V międzyżebrzu w gruźlicy płuc u dorosłych. Na opisywaną przez nas grupę gruczołów zwrócił uwagę przedstawiciel innej gałęzi medycyny, a mianowicie pedyatra Hochsinger[6], który ogłosił swoje spostrzeżenia w r. 1907, t. j. wtedy, kiedy ja już prowadziłem swoje badania w tej sprawie (patrz De la Camp[4] str. 563). Hochsinger w powiększeniu gruczołów piersiowych widzi także pewny objaw gruźlicy gruczołów oskrzelowych i płuc u dzieci.

Na zakończenie przytaczam najważniejsze wnioski, wynikające z moich badań:

1) Mniej więcej w 20% przypadków gruźlicy płuc u dorosłych spotyka się powiększenie dolnobocznych piersiowych gruczołów limfatycznych (gl. thoracales laterales inferiores); gruczoły te leżą w IV i V międzyżebrzu wzdłuż środkowej linii pachowej.

2) Powiększenie gruczołów piersiowych w gruźlicy płuc jest skutkiem zmian swoistych, wywołanych w nich przez prątek gruźliczy, który wniknął tutaj od wnętrza klatki piersiowej.

3) U osób, które nie okazują objawów zajęcia płuc, powiększenie dolnobocznych gruczołów piersiowych spotyka się w 2,58%, i może być wywołane przez sprawy chorobowe następujących narządów: a) skóry na klatce piersiowej, b) kończyn górnych, c) gruczołu sutkowego, d) ścian klatki piersiowej, c) narządów leżących wewnątrz klatki piersiowej, jakoto: gruczołów oskrzelowych, oraz narządów leżących w tylnem śródpiersiu: przełyku i gruczołów limfatycznych okołoprzełykowych.

4) Powiększenie dolnobocznych gruczołów piersiowych zdarza się przeważnie po stronie odpowiadającej schorzałemu płucu.

5) Powiększenie dolnobocznych gruczołów piersiowych może w pewnych przypadkach gruźlicy płuc, zwłaszcza jej postaci utajonej z niejasnymi objawami w szczytach, dopomódz do pewnego stopnia do rozpoznania: w pewnych przypadkach potwierdzając przypuszczenia co do przyrody sprawy, w innych zaś kierując uwagę badacza na odpowiedni szczyt płuca.

Piśmiennictwo: 1. Bartels. Das Lymphgefässsystem. Jena 1909. — 2. Cornet. Die Tuberculose. Wien 1907. — 3. Corning. Lehrb. der topogr. Anatomie. Wiesbaden 1909. — 4. De la Camp. Die klinische Diagnose der Bronchialdrüsen-Tuberculose. Ergebn. der inn. Med. und Kinderheilk. Berlin 1908. T. I. str. 563. — 5. Fernet. De l'adenopathie axillaire au début de la tuberculose du poumon. Bull. de l'Acad. de méd. 1903 str. 360. — 6. Hochsinger. Uber tastbare Cubital- und seitliche Thoraxlymphdrüsen im Säuglingsalter. Verhandl. 24 Vers. Ges. f. Kinderheilk. Dresden 1907 T. 24 str. 138 refer. Deutsche med. Wochenschrift. 1907. str. 1670. — 7. Mascagni. Vasorum lymphaticorum corporis humani Historia et Ichnographia. Senis, MDCCLXXXVIII. — 8. Moreau. Remarques sur les vaisseaux lymphatiques des organes génitaux de la femme et leurs anastomoses avec ceux de rectum. Compt. rend. de la Soc. Biol. 1894. Ser. X. T. 1. str. 812. — 9. Most. Die Topographie des Lymphgefässapparates des menschlichen Körpers und ihre Beziehungen zu den Infektionswegen der Tuberculose. Bibliotheca Medica. C. Heft 21 Stutgart 1908. — 10. Oelsner. Anatomische Untersuchungen ueber die Lymphwege der Brust. Arch. f. klin. Chir. Bd. 64. 1901 str. 134. — 11. Poirier et Charpy. Traité d'anatomie humaine. T. II. Fasc. 4. Les Lymphatiques. Paris 1902.— 12. Poirier. Du rôle des lymphatiques dans les inflammations de l'uterus, des annexes et du peritoine pelvien. Progres med. 1890. Ser. 2. T. 11. str. 41. — 13. Sukiennikow. Topographische Anatomie der bronhialen und trachealen Lymphdrüsen. Berl. klin. Wochen. 1903 str. 316. — 14. Talke. Zur Kentniss der Lymphgefässneubildung in pleuritischen Schwarten. Ziegler's Beiträge 2 path. Anat. 1902.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Baruch. **O wpływie sproszkowanego azotanu srebra na wzrost ziarniny i nabłonka.** (Münch. med. Woch. 1910. Nr 35). Dotąd nie mamy właściwie żadnego energicznego środka w postaci proszku na rany, któryby działał wybitnie pobudzająco na ziarninę. Jodoform posiada tę własność jedynie w bardzo małym stopniu. B. podaje kombinacyę azotanu srebra z glinką (bolus alba). »Rp. Argent. nitr. 1,0, Bolus albae steril. ad 100,0, M. subtile f. pulv. D, in vitro nigro«. Glinka musi być wyjałowiona, przez co także znacznie łatwiej chłonie wodę. Próby w klinice chirurgicznej Biera z nową tą kombinacyą wypadły bardzo korzystnie i B. poleca gorąco ten proszek do zasypywania trudno gojących się powierzchni ziarninowych przy oparzeniach (w miejsce opaski Bardenheuera), przy zgorzeli, czyraku, ropniach, ropieniach palców i t. p. Proszek ten zastępuje w zupełności wszelkie maści. K.

Schöne. **Próby wpływania na gojenie się ran i wzrost nowotworów zapomocą zaburzeń przemiany materyi i zatruć.** (Arch. f. klin. Chir. 93. II,). S. przeprowadzał doświadczenia na myszach, u których wywołał sztucznie nowotwory przez przeszczepienie. Przyśpieszająco na wzrost nowotworów wpływały zatrucia solą kuchenną, chlorkiem wapna, arszenikiem, a wolniejszy wzrost spostrzegano przy zatruciach jodkiem potasu i sublimatem. Różnice te jednak zwykle bywały nieznaczne i niezbyt wyraźne. Podobnie czasem zwalniająco na wzrost nowotworów działał mocz ludzki i peptony. Natomiast nie powiodło się wykryć żadnego związku pomiędzy zatruciami, a gojeniem się ran ciętych i przygajaniem płatów plastycznych. K.

Sohler. **O leczeniu gruźlicy chirurgicznej trypsyną.** (Münch. med. Woch. 1910. Nr 46). Autor nie jest zadowolony z wyników leczenia gruźlicy chirurgicznej trypsyną. Leczenie to polega na wstrzykiwaniu w ogniska gruźlicze trypsyny zamiast zaczynu proteolitycznego, którego ropie gruźliczej brakuje. Otóż działanie to jest często za silne i tworzą się obok ogniska gruźliczego w tkankach ropnie. Dalej leczenie to jest bolesne i chorzy wymawiają się od niego. Nie rzadko trypsyna jest zanieczyszczona, a wyjała-

wiać jej nie można. S. wstrzykiwał trypsynę przeciw gruźlicy stawów 2 razy na tydzień. Odczyn potem bywał silny, nieraz z gorączką i objawami toksycznymi. Wyniki zaś, nawet pomyślne, nie są wcale lepsze, niż przy stosowaniu innych, mniej nieprzyjemnych, a czystych przetworów. K.

Beck. **Wartość rozpoznawcza i działanie lecznicze pasty bizmutowej przy przewlekłych ropieniach.** (Münch. med. Woch. 1910. Nr 33). B. staje w obronie podanego przez siebie przed 3 laty sposobu leczenia przetok zapomocą wstrzykiwania w nie pasty bizmutowej. Już sama rozpoznawcza wartość tego sposobu jest znaczna. Nieudałe wyniki lecznicze mogą podług B. pochodzić z dwóch przyczyn: 1) wskutek tego, że to leczenie stosuje się w nieodpowiednich przypadkach (cierpienia ostre, gruźlicze ropienia stawów i t. p.), 2) wskutek tego, że użyto nieodpowiedniej techniki (wstrzykiwano za mocno, pasta nie była dostatecznie płynna). Nieraz też przetoka dlatego się nie goi, że na dnie jej tkwi ciało obce, zwłaszcza martwak. Nawet tam, gdzie inni chirurdzy nie mogli osiągnąć wyleczenia, otrzymał Beck w 50% wyleczenia nieraz po jednem wstrzyknięciu. Zwykle odrazu można ocenić, czy pasta pomoże, bo po wstrzyknięciu zaraz wydzielina powinna z ropnej zmienić się w więcej surowiczą. Jeżeli ropa odchodzi dalej, szkoda zachodu, ew. leczyć należy pierwej przyczynę tego ropienia. D. stosuje obecnie pastę nawet zapobiegawczo, wstrzykując 10% zawiesinę w zimne ropnie po ich opróżnieniu. By uchronić się od wystąpienia zatrucia, nie należy wstrzykiwać w razie podejrzenia, że przetoka łączy się z dużą jamą (np. czaszka, woreczek żółciowy, kiszki i t. p.), a w razie jeżeli zatrucie już się zjawia (zabarwienie skóry, obwódka i owrzodzenia na dziąsłach, biegunka, białkomocz, bóle głowy i t. p.), należy zaraz wymyć bizmut zapomocą jałowej oliwy, wstrzykniętej do przetoki i po 12—24 godzinach wyssanej. K.

Meyer. **Odkażanie zapomocą jod-benzyny i stosowanie jej na rany.** (Med. Klinik 1910 Nr 34). M. poleca odkażanie skóry przez 5 minut jodbenzyną, której skład obecnie jest nieco inny (mniej jodu i parafiny), a mianowicie: »Rp. Jod 0,5. Benzin 800,0. Paraffin ad 1000,0«. Przy obmyciu dodaje się jeszcze wytarcie skóry alkoholem przez $1/4 - 1/2$ minuty, celem usunięcia zabarwienia i ślizgości skóry. Jod-benzyna nadaje się też do pielęgnacyi skóry przy przetokach ropiejących, odbytach sztucznych i t. p. i do odkażania skóry w przypadkach urazów np. rąk u robotników. Po zwykłem odkażeniu jod-benzyną rozpyla Heusner jeszcze przed operacyą, celem zatrzymania drobnoustrojów w głębi, pokost następującego składu: »Rp. Jod. 2,0. Solve in alcohol. ab. aeth. aa 10,0. Adde collod. 2,5. aether. ad 100,0«. Sposób Heusnera nie drażni skóry, jest szybki i tani. K.

Krecke. **Sączek cygaretowy.** (Münch. med. Woch. 1910 Nr 31). Od dobrego materyału do sączkowania wymagamy: 1) dobrego odprowadzania wydzielin z rany, 2) nie drażnienia rany, 3) nie wstrzymywania pierwotnego zasklepiania się, 4) łatwości w usuwaniu sączka bez wywoływania krwawienia, 5) zdolności tamowania krwawień. Dotychczasowe materyały, używane do sączkowania, nie odpowiadają wszystkim tym wymogom. Sączki szklane i gumowe zatykają się i nie dozwalają równocześnie tamponować np. w razie krwawienia. Sączki z gazy (np. worek Mikulicza) nie dozwalają na pierwotne zasklepienie się rany i wyjmowanie ich jest mozolne, a dla chorego bolesne. Wad tych niema podany przez amerykanów t. zw. sączek cygaretowy. Robi się go w ten sposób, że na kawałek »protectif silk« kładzie się 2—3 nieco większe paski gazy przeciwgnilnej i potem zwija jak cygaro. W ten sposób gaza wystaje na kilka centymetrów poza ceratkę. Sączek ten znakomicie odprowadza wydzieliny, nie drażni rany, daje się bardzo łatwo usuwać, nie wstrzymuje zasklepiania się pierwotnego rany, a co najważniejsze, można nim także tamponować w razie krwawienia, do czego służy wolny koniec gazy. Jedyną może stroną ujemną jest to, że »protectif silk« nie daje się bez uszkodzenia gotować w wodzie lub parze, ale do wyjałowienia wystarcza potrzymać go przez $1/2$ godziny w sublimacie, po poprzedniem wytarciu alkoholem. K.

Lattes. **O wpływie, jaki wywiera tłuszcz krążący we krwi na trujące działanie chloroformu.** (Münch. med. Woch. 1910. Nr 40). L. przeprowadził doświadczenia na zwierzętach, usypiając je chloroformem, wstrzykiwanym śródżylnie ew. z dodatkiem zawiesiny tłuszczu. Zwykle dodatek tłuszczu o tyle zwiększa działanie chloroformu, że udaje się wywołać uśpienie połową zwykłej dawki, a potem trwa ono nawet dłużej. Unika się przez to niepotrzebnego przeładowania ustroju zbytkiem chloroformu. K.

Guleke. **Doświadczalny przyczynek do szwu aorty.** (Arch. f. kl. Chir. 93. I.). G. próbował na psach szwu aorty, zadawszy rany cięte aorty. Z 12 doświadczeń w 7 szew udał się w zupełności. W dwóch przypadkach wytworzył się zakrzep. Badanie drobnowidowe stwierdziło, że niema tu mowy o zupełnej restytucyi, gdyż w miejscu naciętem i zeszytem tworzy się blizna, w której niema zupełnie składników mięsnych i elastycznych. W sąsiedztwie szwów spotyka się w błonie wewnętrznej nieraz rozległą martwicę. Fakta te każą przypuszczać, że trwałość szwu i blizny w aorcie nie jest zbyt wielka, a szew aorty bezwarunkowo wymaga zdrowych ścian aorty, co u człowieka niezawsze przecież się zdarza. K.

Położnictwo i ginekologia.

Richter. **W sprawie szyjkowego cięcia cesarskiego.** (Arch. f. Gyn. Tom 91 zesz. II). Zdawało się, że operacya ta odegra wielką i ważną rolę w leczeniu przypadków ze ścieśnieniem miednicy, o ile mogłaby zastąpić cięcie cesarskie klasyczne tam, gdzie go nie można zastosować. Nadzieje te były tem bardziej uzasadnione, że przeniesienie cięcia z trzonu macicy na jej szyjkę, stosunkowo niezbyt szerokie otwarcie jamy brzusznej, pozostawienie macicy i jelit »in situ«, jak wogóle przeprowadzenie całej operacyi zaotrzewnie, pozwalało nawet w niepewnych co do zakażenia przypadkach rokować korzystnie. Dotychczasowe doświadczenie i różne zestawienia statystyczne pouczyły jednak, że nadzieje te daleko jeszcze odbiegają od oczekiwanych wyników. Autor rozporządza wprawdzie małą — ale bardzo pouczającą statystyką 12 przypadków — szczególnie w porównaniu z wynikami po cięciu cesarskiem klasycznem. Z matek umarła jedna (peritonitis purulenta), tylko dwie odbyły zupełnie bezgorączkowy połóg, inne gorączkowały nawet dość wysoko, a z tych u trzech wystąpiły zakrzepy. Wszystkie płody urodziły się żywe. Wskazanie stanowiły miednice ścieśnione ze sprzężną prawdziwą (conj. vera) od 5—8 cm.. Pięć razy wystąpiły bardzo silne krwawienia przy operacyi, trzy razy średnio silne, a cztery razy nieznaczne, mimo że operowanym wstrzyknięto przed uśpieniem i bezpośrednio przed rozpoczęciem operacyi sporysz. Krwawienie należy odnieść do tego, że operuje się zwykle w późnym okresie porodowym, na szyjce bardzo rozciągniętej, niezdolnej do silniejszych skurczów, w przeciwieństwie do cięcia cesarskiego klasycznego, które się wykonuje w pierwszym okresie porodu na tkance mięsistej, bardzo kurczliwej. Łożysko musiano 10 razy wyjmować ręcznie, gdyż albo nie odchodziło samo, albo krwawienie zmuszało do czynnego wkroczenia. Wydobycie płodu natrafiało często na wielkie trudności, wskutek czego operacya trwała średnio 45 minut, — a samo tylko wyjęcie płodu 10—15 minut (przy cięciu klasycznem cała operacya 30 minut, — wyjęcie płodu 2 minuty). Co jednak najważniejsza, to, że w wielu przypadkach (7) nie udawało się operować zaotrzewnie i musiano przystąpić do otwarcia otrzewnej, bądź z powodu nizkiego usadowienia fałdu otrzewnego, bądź wskutek niemożliwości znalezienia go, bądź wskutek silnego przyczepu otrzewnej do macicy, bądź wreszcie wskutek bardzo małej rozciągliwości bocznego więzadła pęcherzowego

(lig. vesicale laterale). To uważa autor za najsłabszą stronę operacyi, która wówczas od cięcia cesarkiego klasycznego różni się tylko tem, że cięcie prowadzi się nie na trzonie, lecz na szyjce macicy. A zresztą, skoro nie można przewidzieć, czy uda się operować zaotrzewnie, to i operacyi nie powinno się wykonywać w przypadkach co do zakażenia podejrzanych. Autor sądzi nawet, że niebezpieczeństwo zakażenia w takich przypadkach jest większe przy cięciu na szyjce, aniżeli przy cięciu na trzonie. Jak więc dotychczas, cięcie szyjkowe, wykonane nawet najlepszą metodą według Latzko, nie może zastąpić cięcia cesarskiego klasycznego; przeciwnie należy się starać coraz bardziej udoskonalać cięcie cesarskie klasyczne, aby je można częściej stosować, aniżeli dotychczas, nawet w przypadkach co do zakażenia podejrzanych. Tam gdzie zakażenie nie ulega wątpliwości, należy raczej przy wskazaniu względnem wykonać wymóżdżenie, a przy bezwzględnem operacyę Porro. Cięcie szyjkowe, w ten sposób ograniczone, pozostałoby tylko dla tych przypadków, gdzie wskutek przebiegu choroby zachodzą poważne wątpliwości co do zakażenia i chodzi o uzyskanie żywego płodu.

Dr Ehrenpreis.

Hofmann. **Dalsze doświadczenia z rozszerzaniem sposobem Bossiego.** (Arch. f. Gyn. T. 91, z. II). Omówiwszy piśmiennictwo, podaje autor wyniki swoich 175 przypadków. Z tych 52 razy (41 pierwiastek, 11 wieloródek) zastosowano metodę Bossiego celem wywołania porodu przedwczesnego, a 123 razy (91 pierwiastek, 32 wieloródek) celem natychmiastowego ukończenia porodu, najczęściej z powodu rzucawki (eclampsia). Wyniki są następujące: Rozszerzanie ujścia macicy metodą Bossiego przy zamkniętej szyjce w połączeniu z następowem zastosowaniem balonu do macicy nadaje się znakomicie do wywołania porodu przedwczesnego. Na 123 przypadków, gdzie rozszerzenie zastosowano celem ukończenia porodu, zmarło 19 matek (śmiertelność 15.40%), przeważnie jednak wskutek drgawek porodowych, w żadnym przypadku w następstwie samego rozszerzania. Śmiertelność dzieci wynosiła 37.5%, i tu głównie w następstwie drgawek matki. Naddarcia szyjki, które trzeba było zeszyć, wystąpiły w 22% przypadków, najczęściej dopiero przy wydobyciu płodu; tylko 3 razy zauważono naddarcie zaraz po rozszerzeniu. Zauważono przytem, że naddarcia szyjki można uniknąć, jeżeli się rozszerza tylko w przerwach między bólami, jeżeli się rozszerzania nie zastosuje u wieloródek z bliznowatą szyjką, chyba tylko wyjątkowo, jeżeli się szyjkę dostatecznie rozszerzy, zależnie od wielkości płodu i mającego się odbyć zabiegu rozwiązującego, i jeżeli się rozporządza odpowiednią wprawą i rozszerza odpowiedniemi narzędziami (oryginalne narzędzie Bossiego — de Seigneux — lub ośmioramienne Bossi-Krull); wszystkie rozszerzacze bez zgięć miednicowych należy zasadniczo zarzucić. W końcu należy na to baczyć, aby odkręcanie przyrządu odbywało się w położeniu możliwie prostopadłem, a rozszerzanie ramion w płaszczyźnie samej szyjki. Autor sądzi, że rozszerzadło w odpowiednich rękach i odpowiednich przypadkach przy przestrzeganiu powyższych ostrożności może dać tylko dobre wyniki.

Dr E. Ehrenpreis.

Roth. **O leczeniu rzucawki metodą Stroganoffa.** (Arch. f. Gyn. t. 91. z. II.). Stroganoff leczy rzucawkę (eclampsia) objawowo i wyczekująco morfiną i wodanem chloralu, przyczem nowy jest sposób ich zastosowania. Gdy przedtem podawano te środki, skoro napad drgawek już wystąpił, to Stroganoff podaje je według metody, opracowanej na 360 przypadkach, w małych, ściśle określonych dawkach i w ściśle oznaczonych odstępach czasu, zwracając główną uwagę na to, aby napady nie występowały. Trafnie też nazwał sam Stroganoff ten sposób leczenia metodą zapobiegawczą leczenia rzucawki. Chore pozostają niejako stale pod wpływem środków nasennych, tak, że znacznie trudniej oddziałują na zewnętrzne czynniki drażniące, które najczęściej właśnie wywołują napady. Mimo to należy chore o ile możności chronić przed tymi czynnikami i w tym celu poleca Stroganoff umieszczać chore w odosobnionym ciemnym pokoju. Wszystkie, choćby z najmniejszem zadrażnieniem połączone zabiegi, należy wykonywać w uśpieniu chloroformowem, do czego najczęściej 20 kropli już wystarczy; tu należy zewnętrzne czy wewnętrzne badanie chorej, podskórne wstrzykiwanie morfiny, lewatywy z wodanu chloralu, cewnikowanie i oczyszczanie części rodnych. Wśród zachowania powyższych ostrożności można rozpocząć właściwe leczenie według następującego schematu: najprzód morfina 0,015 (0,01—0,02), po godzinie wodan chloralu 2,0 (1,5—2,5), w 2 godziny później znowu 0,015 morfiny, w 4 godziny później 2 gr. wodanu chloralu, w 6 godzin później 1,5 wodanu chloralu, w 8 godzin później znowu 1,5 wodanu chloralu. Leczenia tego nie należy przerywać za wcześnie i nawet po porodzie i zupełnem uspokojeniu się chorej należy jeszcze przez kilka dni podawać lewatywy z wodanu chloralu 3 razy dziennie po 1,0—1,50. Stroganoff poleca następujący rozczyn: »Chloralhydrat 20,0, mucilag. gummi arab. 20,0, aquae destill. 180,0«; albo rozczyn wodanu chloralu w mleku (300 gr.) lub w soli kuchennej. Trzymając się w swoich przypadkach ściśle schematu, podanego przez Stroganoffa, zauważył autor ustąpienie napadów już z końcem pierwszego dnia leczenia; następnie wracała przytomność, ilość moczu zwiększała się, ból głowy ustępował i tętno stawało się miększe, nawet jeżeli poród jeszcze się nie skończył. W przypadkach uporczywych, gdzie napady mimo leczenia ciągle się powtarzają, radzi i Stroganoff poród o ile możności szybko ukończyć. Powyższe leczenie umożliwia jednak zwlekać z rozwiązaniem aż do wystąpienia odpowiednich warunków dla matki i płodu, celem wykonania obrotu lub założenia kleszczy. Do większych i cięższych zabiegów rozwiązujących nie był Stroganoff prawie nigdy zmuszony. Na 31 w powyższy sposób leczonych przypadków rzucawki stracił autor tylko jedną chorą i to raczej w następstwie powikłań płucnych, niż samej rzucawki; wynik więc znakomity, a w każdym razie najlepszy ze wszystkich dotychczasowych metod leczenia rzucawki. Stroganoff obliczył na 360 swoich przypadków śmiertelność matek na 6,6%, a płodów na 21,6% — wyniki, których dotychczas żadną inną metodą nigdzie nie osiągnięto. W szczególności zauważył autor znakomite wyniki przy rzucawce, występującej jeszcze w ciąży; napady szybko ustawały, ciąża trwała dalej, a po pewnym czasie występował dobrowolny i prawidłowy poród. W przypadkach autora zmarło 5 dzieci w następstwie choroby matki. Zauważono przytem, że dzieci matek, w powyższy sposób leczonych, rodziły się zwykle jakby uśpione, słabo oddychające, co jednak po wdychiwaniach tlenowych i ciepłych kąpielach szybko ustępowało. W każdym razie należy płody takie jeszcze kilka godzin po porodzie dokładnie nadzorować. Ze względu na powyższe wyniki należy metodę Stroganoffa szczególnie polecić lekarzom praktycznym, którzy bardzo często stoją wobec rzucawki porodowej bezradni, tracąc jeden przypadek po drugim. Stroganoff ma nadzieję tak jeszcze udoskonalić swoją metodę, że śmiertelność matek spadnie do 2%.

Dr E. Ehrenpreis.

Stern. **Przeszkody porodowe z powodu guzów miednicy.** (Arch. f. Gyn. T. 91, z. II). We wszystkich przypadkach, gdzie guz miednicy stanowi przeszkodę porodową, należy naprzód próbować guz ten ręcznie odprowadzić i to najlepiej w położeniu na czworakach. Nakłucie celem zmniejszenia guza można zastosować tylko przy torbielach. O ile jednak nie można napewno przewidzieć, jaka jest treść torbiela, należy naprzód wykonać nakłucie próbne bardzo cienką igłą; właściwe nakłucie będzie wówczas wskazane, jeżeli treść okaże się surowicza, jak n. p. przy zwykłym torbielu surowiczym, gdyż torbiele te są zwykle jednokomorowe i dają pewność całkowitego opróżnienia. We wszystkich innych przypadkach należy się wystrzegać nakłucia, w przeciwnym bowiem razie łatwo mogłoby nastą-

pić zakażenie otrzewnej. Podobnie nie należy się wówczas kusić o ukończenie porodu drogą naturalną, ponieważ mogłoby przytem łatwo nastąpić pęknięcie guza i wylanie się jego treści z następowem zakażeniem otrzewnej. Usunięcie guza drogą pochwową możliwe jest, jeżeli guz jest osadzony na dobrze rozwiniętej szypule, do której dostęp jest łatwy; tego jednak przewidzieć nie można. To też najlepiej jest wówczas wykonać cięcie cesarskie nadłonowe zaotrzewne (m. Latzko) z następowem wyjęciem guza.

Dr E. Ehrenpreis.

Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

Nowe przetwory.

1) Tabletki agarowe (agar-agar i ferment bułgarski).
2) Arsotropin (jodarsen i extract. belladon.).
3) Bromophor (dibromlaricin, kwasy tłuszczowe).
4) Carbenzym (węgiel + trypsyna).
5) Credargan (srebro kolloidalne).
6) Euguform (przetwór gwajakolu i formaldehydu, zasypka do ran).
7) Eutectan (połączenie bizmutowe gwajakolu; zasypka do ran, środek przeciwwiewiórowy i wewnętrznie w cierpieniach jelit).
8) Feolatan (żelazo, kwas mleczny i amoniak).
9) Frigusin (rozpuszczony w kollodyum kwas żywiczny z jodem).
10) Gynin (mieszanina różnych znanych środków odkażających).
11) Hegenon (przetwór srebra, środek przeciwwiewiórowy).
12) Libidol (wyciąg kory Yohimbe z dodatkiem Muira i Kola).
13) Plantaginol (kodeina, gwajakol, brom i wymiotnica; środek przeciw krztuścowi).
14) Paigodin (glikozyd roślinny, środek przeciw krztuścowi). A.

Puszczanie krwi znajduje znowu coraz to szersze zastosowanie, a mianowicie w zaburzeniach krążenia, zwłaszcza krążenia małego, w mocznicy, udarze mózgowym, cierpieniach gośćcowych, pewnych postaciach błednicy, przy zatruciach krwi gazami, a zapobiegawczo przy stwardnieniu tętnic i pełnokrwistości. Krew puszcza się z żyły łokcia zapomocą nacięcia, lub aspiracyą strzykawką. Po wypuszczeniu 200—300 ctm³, n. p. przy mocznicy, dobrze jest wlać dwa razy tyle roczczynu soli kuchennej. Przy błednicy stosuje się częste puszczania 50—100 cm³ krwi. Przy udarze mózgowym puszczenie krwi działa znakomicie; stosuje się je po stronie zdrowej. Przy zapaleniu płuc puszcza się krew po stronie chorego płuca. (Oest. Ärzt. Ztg. Nr 20). A.

Leczenie wstrzykiwaniami ciałek białych przy zapaleniach płuc poleca Manuchin. Wstrzykiwania te wywołują leukocytolizę, a przez to uwalnianie się bakteryolizyn i antytoksyn, jakoteż zaczynu proteolitycznego, co klinicznie objawia się spadkiem ciepłoty, potami, zmianami w płucu i t. p. Ciałka białe oddziela się z 7 cm³ krwi, i daje do 1 cm. roczczynu fizyologicznego soli kuchennej. (R. Wracz 1910, Nr 26). A.

Leczenie zapalenia miedniczek nerkowych zapomocą przepłukiwania azotanem srebra (0·05—0·5%) poleca Hohlweg. Oddaje ono cenne usługi, zwłaszcza przy zakażeniu prątkiem okrężnicy. (Münch. med. Wochs. Nr 40). A.

Schodzenie z góry poleca Stern w czynnościowych cierpieniach przewodu pokarmowego przy zdrowych płucach i sercu. (Zft. f. ph. u. diät. Ther. XIV, 6). A.

Kąpiele z gorącego powietrza zalecają Grünspan i Faroy (Gazette des hôpitaux 1910, Nr 26. p. 355—357) w wiewiórowem zapaleniu stawów. Kąpiel powinna trwać 25 do 30 minut i wynosić 125⁰. Ból znika rychło, ulga zaraz po pierwszej kąpieli jest widoczna, nigdy nie pozostało zesztywnienie. Autorowie uleczyli tym sposobem 9 przypadków. Stahr.

Kąpiele gorące w puchlinie brzusznej na tle gruźliczem zaleca Mouriquand (Journ. des Praticiens 19. X. 1910). Stosował je u kobiety, dotkniętej wysiękiem otrzewnym i opłucnym, codziennie po 10—20 minut. Olbrzymia puchlina brzucha po tygodniu wyraźnie zmalała, po 3 tygodniach zupełnie znikła. Na wysięk w opłucnej nie wywarły kąpiele żadnego wpływu. W drugim przypadku znikła pod wpływem kąpieli zupełnie puchlina brzucha u 9-letniej dziewczynki i od 6 miesięcy nie wraca. Stahr.

Pożądanie cukru u dzieci jest często podług Siegmunda objawem niedomogi gruczołu tarczowego i wtedy należy podawać gruczoł z owcy. (Deutsche med. Wochs. Nr 21). A.

Przy silnej gorączce u dzieci poleca Lemansky czopki: Rp. Chinin. hydrobrom. 0,3, Phenacetin, Antipyrin. aa 0,05, But. Cacao 2,0, M. f. suppos. (Rif. med. 1910, Nr 28). A.

Przy nagłej śmierci u dzieci znaleźli Grosser i Belke w trzech przypadkach zmiany (krwotok) jedynie w ciałkach nabłonkowych (gruczołach przytarczycznych), i dlatego radzą w podobnych przypadkach badać zawsze makroskopowo i mikroskopowo także te gruczoły. (Münch. med. Wochs. Nr 40). A.

Ciekawy dodatni wpływ trzebienia na zatrucia toksynami tężca lub strychniną wykrył Silvestri u zwierząt; odnosi on go do hyperkalcyfikacyi, która występuje stale po trzebieniu. Tem też tłómaczy sobie Silvestri znikanie padaczki po trzebieniu, spostrzegane niekiedy u kobiet. (Soc. med. chir. di Modena 27. V. 1910). K.

Szczypczyki Blunka, tamujące doskonale krwotok z mniejszych naczyń (przez zwijanie błony wewnętrznej) poleca Petzsche. (Beitr. z. kl. Chir. 68. III.). K.

Przy bolach i trudnościach łykania z powodu gruźlicy krtani poleca Baumgarten pędzlowania lub zakraplania krtani płynem: Rp. Anaesthesin 1,0, Coryfin 20,0, lub: Rp. Cycloform 1,0, Coryfin 25,0. (Med. Kl. Nr 44). K.

Siwienie włosów polega podług Stiedy na tem, że wypadają włosy ciemne, a na ich miejsce rosną bezbarwikowe białe. Siwienie nie polega na dostawaniu się powietrza do włosów (teorya Landoisa) i nagłe nigdy wystąpić nie może. Rzekome przypadki nagłego osiwienia nie wytrzymują ścisłej krytyki. (Deutsche med. Wochs. 1910, Nr 32). A.

Przewaga oka prawego przy patrzeniu. Rosenbach zwrócił uwagę, że jeżeli, patrząc obuocznie, nastawimy palec na pionową ramę okna i potem zamkniemy oko prawe, to ujrzymy palec nie na ramie, lecz więcej ku stronie prawej, a więc przed okiem prawem. Na lewem oku zaś tego objawu niema. Enslin znalazł ten objaw u mańkutów często znów po stronie lewej. (Münch. med. Wochs. Nr 43). A.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie d. 23. listopada 1910 r.

Przewodniczy R. dw. Prof. Dr Wicherkiewicz. — Obecnych członków 37.

1. Protokół poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2. Przewodniczący zawiadamia, iż przy głosowaniu Prof. Dr Cybulski został jednomyślnie wybrany członkiem honorowym Tow. lek. krak.

3. Dr Józef Jasieński został przyjęty do Towarzystwa jako członek zwyczajny.

4. Przewodniczący otwiera dyskusyę nad odczytem Doc. Dra Koźniewskiego: **O hormonach.**

Dr Eisenberg zwraca uwagę na t. z. hormon perystaltyczny, odkryty przez Zuchera w wyciągach ze śledziony, który ma bardzo silnie pobudzać ruchy robaczkowe jelit, a którego stosowanie u ludzi w przypadkach uporczywego zaparcia stolca miało po jednorazowem wstrzyknięciu usuwać tę nieprawidłowość na długi czas lub na stałe, nawet wtedy, gdy wyczerpano poprzednio inne środki bez skutku. Nadto być może, że nauka o hormonach pozwoli z czasem wyjaśnić mechanizm patogenetyczny i przyczynę śmierci w pewnych zakażeniach, w których dotąd właściwości biologiczne odpowiednich zarazków nie tłómaczą objawów chorobowych, ani zejścia śmiertelnego. Gdyby mianowicie w myśl hipotezy Schattenfroha i Grassbergera przypuścić, że pewne zarazki niszczą, czy rozkładają w sposób analogiczny do fermentacyi pewne wydzieliny wewnętrzne, krążące w sokach, a do życia konieczne (n. p. nadnerczynę) i to tak szybko, że wytwarzanie ich przez odpowiednie narządy nie zdoła dotrzymać kroku ich rozpadowi, to szybkie zejście śmiertelne w wielu ciężkich, a dotąd niewyjaśnionych zakażeniach stałoby się zrozumialsze. Nadto można też przyjąć w pewnych przypadkach uszkodzenie narządów o wydzielaniu wewnętrznem przez jady bakteryi, jak tego dowodzą badania Bohomolca i Strubella co do zwyrodnienia nadnerczy przy zatruciu błoniczem. Mechanizm zdaje się tu być taki, że lipoidy nadnercza do pewnego stopnia zobojętniają jad błoniczy krążący, wiążąc go zapewne; przy nadmiarze jadu sam narząd ulega zatruciu. Z tem zgadza się spostrzeżenie Marenghiego, że dawki jadu błoniczego, nieszkodliwe dla zwierząt prawidłowych, są zabójcze dla świnek pozbawionych nadnerczy.

Prof. Bujwid zauważa, iż jady czyste działają na nadnercze odmiennie, niż szczepione wraz z bakteryami.

Doc. Dr Koźniewski: Co do uzupełnienia kol. Eisenberga muszę zaznaczyć, że nietylko o peristaltin-hormonie nie mówiłem, ale i o wielu innych wydzielinach wewnętrznych. W ramach $1^1/_2$-godzinnego referatu nie można zamknąć nawet głównych faktów, tyczących się gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu. Nie mówiłem n. p. o ważnym hormonie z ciałka żółtego (corpus luteum), który świeżo jest przedmiotem badań Leo Loeba z Filadelfii (Centralbl. f. Physiol. 1908, Nr 16; 1909, Nr 3; 1910, Nr 7; oraz Arch. für Entwickelungsmechanik). Ciekawą stroną tych prac, związanych ideowo z pomysłami Gust. Borna, oraz doświadczeniami Fraenkla, jest to, że zapomocą metody fizyologicznej można stwierdzić nietylko fakt istnienia owego hormonu, ale nawet w jego wędrówce po ustroju uchwycić ów hormon w pewnem miejscu, mianowicie w błonie śluzowej macicy, która, o ile jest »nasycona« nim, wtedy pod działaniem silnego bodźca zewnętrznego (nacięcia) buja, dając t. zw. doczesną sztuczną. Efekt taki widzimy i na śluzówce przeszczepionej. Zresztą o wielu ciałach, podciąganych pod nazwę hormonów, nie mogłem mówić dla braku czasu. O wybitnem działaniu owego peristaltin-hormonu (Zuelzera), (z fabr. Scheringa) słyszałem również od Prof. Rutkowskiego; w referacie sprawy tej nie poruszałem, gdyż odnośne dane teoretyczne i sprawozdania fizyologiczne są na razie bardzo skąpe. — Przechodzę do hipotezy, wiążącej sprawę zakażeń ze sprawą gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu. Niema wątpliwości, że związek między funkcyonowaniem gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu, a chorobami zakaźnemi istnieje. Kładzie na to wielki nacisk szkoła klinicystów francuskich (porówn. »L'insuffisance surrénale dans les infections aigues. »Progrés medic. 1909, Nr 41), podnosił to kol. Kania, przemawiając w dyskusyi nad cholerą, dotknąłem zlekka tej sprawy i ja, mówiąc o przypuszczeniach co do roli kory nadnerczy. Zresztą istnieją w tym kierunku badania doświadczalne bakteryologiczne i serologiczne, i, gdy kolega Eisenberg zaczął mówić o stosunku bakteryologii do nauki o gruczołach o wewnętrznem wydzielaniu, sądziłem, że wspomni n. p. o doświadczeniach nad podnoszeniem się wskaźnika opsoninowego przy podawaniu przetworów tarczycy (badania szkoły francuskiej, ogłaszane w C. R. d. l. Soc. Biol. w roku zeszłym), oraz analogicznych faktach; lecz mówić o teoryach odporności, budowanych na przypuszczeniach większej lub mniejszej ilości adrenaliny w danych warunkach zakażenia, to chyba i zbyteczne i przedwczesne. Wszak metody ilościowego oznaczania adrenaliny datują się od tak niedawna. Mamy garstkę wiadomości, nieraz sprzecznych, nad zachowaniem się adrenaliny przy chorobach nerek i Basedowa. Hypotezy i teorye muszą poczekać na zdobycie dalszych faktów. (Streszczenie własne).

5. Prof. Bujwid wygłasza wykład p. t. **Badania doświadczalne nad odkażaniem rąk.**

Celem moim jest przedstawienie środków najprostszych, działających możliwie szybko i skutecznie przy powierzchownych zakażeniach skóry. Oddawna wiadomo, że zupełne wyjałowienie naskórka rąk jest niemożliwe. Do tego też nie będziemy dążyć, chodzi bowiem najbardziej o zniszczenie bakteryi ropotwórczych przyległych do powierzchownej warstwy naskórka. Ażeby cel osiągnąć, powlekaliśmy z p. Szulcem brzuśce palców hodowlą agarową gronkowców, jako trudniejszych do zniszczenia od paciorkowców, i po wyschnięciu warstewki pocieraliśmy brzusiec zakażony wacikiem, zmaczanym w omawianym środku odkażającym 10, 20, lub 30 razy, mniejsza bowiem ilość wytarć nie okazuje się skuteczną. Ze wszystkich środków najskuteczniejszym okazał się 50—75% wyskok, który już po 10-krotnem wytarciu niszczy gronkowce. Ani 2% fenol, ani 1‰ sublimat nie dorównują w działaniu 5% wyskokowi. Lepiej nieco, ale nie tak dobrze, jak 50% alkohol, działa 3% lysol. Bardzo słabo działają: lysoform, boroform, 3% formalina; słabo również działa absolutny i 96% alkohol. Jodyna działa dobrze na powierzchnię suchą (nie mytą), ale dopiero po 2—5-krotnem posmarowaniu, co niszczy naskórek, a nawet samą skórę.

Do odkażania rąk nadaje się najlepiej: obmycie wodą z mydłem, staranne, parominutowe, bez szczotki, która może zarazki ropne głęboko wprowadzić i zakażenie spowodować, a potem wytarcie dosyć silne kilkoma centymetrami mocnego alkoholu jeszcze wilgotnych rąk. Jeżeli ręce już suche, trzeba użyć 50% alkoholu. Tylko nieznaczna ilość bakteryi pozostaje na rękach po tym zabiegu, nie niszczącym rąk ani czucia, i nadającym się szczególnie do mniejszych i szybko wykonywanych operacyi. Pole operacyjne przy szybkich operacyach najlepiej wyjaławia 2—3-krotne pociągnięcie jodyną. Nadmiar jodyny można zobojętnić rozczynem węglanu sodowego, który wytworzy obojętnie działające jodek i jodan sodowy.

W dyskusyi zauważa Dr Blassberg, iż korzystniejsze wyniki odkażania rąk otrzymuje się w miarę wyrobienia sobie techniki mycia, jak wskazują doświadczenia, wykonane w klinice Schleicha.

Dr Eisenberg zaznacza, że jakkolwiek obrana metoda pozwala porównawczo określić wartość pewnych środków odkażających, to dla przekonania się o zupełnem wyjałowieniu rąk należałoby stosować metody ściślejsze, opracowane przez Fürbringera, Paula i Sarweya. Nadto zwraca uwagę na lysochlor (wyrabiany przez Richtera w Budapeszcie), tj. chloro-m-krezol w rozczynie mydlanym (rycynoleum potasowego), który według prac Laubenheimera ma być najznakomitszym środkiem odkażającym z grupy fenolowej, a według pracy Ikaty w 0·5% rozczynie alkoholowym ma być najidealniejszym, bo najskuteczniejszym,

a przytem bezwonnym i nieszkodliwym środkiem do odkażania rąk. (Str. własne).

Dr Eiger zauważa, iż 50% wyskok działa najsilniej hemolitycznie na krwinki czerwone, w miarę zwiększania koncentracyi hemoliza słabnie, a aglutynacya wzmaga się.

Prof. Dr Chlumský wskazuje, iż odkażenie rąk przez mycie jest chwilowe, dokąd ręce się nie spocą. Najlepszym środkiem zapobiegającym jest używanie rękawiczek nicianych. Mycie rąk wyskokiem 70—90% jest niekorzystne, gdyż wywołuje powstawanie rozpadlin skórnych. Działanie odkażające nalewki jodowej zdaje się, na podstawie doświadczeń klinicznych, nie ulegać wątpliwości.

Doc. Dr Koźniewski wspomina, że wogóle chlorowcowe pochodne benzolów odznaczają się znaczną siłą odkażającą. W praktyce dentystycznej ceniony jest szczególnie trójbromokrezol.

Prof. Dr Majewski sądzi, że miarą dobroci odkażania rąk jest odsetek zakażeń operacyjnych. We Francyi usiłuje się zmniejszyć możliwość zakażenia przez ograniczenie liczby asystentów, dotykających rany.

Prof. Bujwid odpowiada, iż niema środka pewnego, któryby posiadał własność niszczenia zarazków w głębi, nie naruszając tkanek. W doświadczeniach swych starał się tylko o jak najszybsze zmniejszenie ilości bakteryi na powierzchni skóry. Lysochlor jest jeszcze zbyt nowym środkiem, aby można o nim wydać stanowczy sąd. Odpowiadając Dr Eigerowi zauważa Prof. Bujwid, iż hemoliza nie następuje przy wyższych stężeniach wyskoku dlatego, że ścina się zewnętrzna warstwa ciałka czerwonego.

Posiedzenie d. 30 listopada 1910 r.

Przewodniczy R. dw. Prof. Wicherkiewicz. — Obecnych członków 54.

1) Przewodniczący R. dw. Prof. Wicherkiewicz, wręczając dyplom członka honorowego Tow. lek. krak. Prof. Dr N. Cybulskiemu w 25-tą rocznicę jego pracy profesorskiej, przemawia w następujące słowa:

»Czcigodny Kolego! Swiadomość sumiennie spełnianego obowiązku na stanowisku zaszczytnem, jakie zajmujesz, a dalej przekonanie, że drzewo naukowe, pielęgnowane w tej tu cieplarni, wydało owoce żyzne, a światu szerszemu znane, ta wreszcie okoliczność, że młodzież przez Ciebie kształcona, a już pewnie do tysięcy dochodząca, wdzięczną Ci przechowuje pamięć, to niewątpliwie nagroda najwyższa i najsprawiedliwsza, jaka spotyka profesora uniwersytetu, który duszą całą przez długie lata wytrwał na tem stanowisku. I sam pewnie większej nie pożądasz. Twoi dawni i późniejsi jeszcze uczniowie, dziś na stanowiskach samodzielnych, w znacznej części są członkami krakowskiego Towarzystwa lekarskiego, gdzie nieraz z ich ust Twej nauki brzmią echa. Sądzę, że nie mylę się, jeżeli odgaduję ich dumę, iż to oni przyczynili się swymi głosami do jednomyślnej uchwały tego Towarzystwa, które oceniając Twe znaczenie w nauce i kształcenie przyszłych adeptów naszej sztuki, postanowiło Cię uczcić, mianując swym honorowym członkiem. Ja zaś czuję się szczęśliwym, że jako prezesowi tegorocznemu krak. Towarzystwa lek. przypadł mi zaszczyt wręczenia Ci tego dyplomu, a z tem, wyrażenia zarazem życzenia, byś z równie świeżym umysłem i w czerstwem zdrowiu doczekał się złotych z naukową pracą godów«.

Prof. Dr Cybulski dziękuje w dłuższem przemówieniu za mianowanie go członkiem honorowym.

2) Protokół poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

3) Dr Gustaw Nowotny przedstawia **rzekomego obojnaka** (pseudohermaphroditismus masculinus), który był uważany za kobietę; przy badaniu okazuje się, że macicy niema, natomiast w fałdach, imitujących wargi większe, znajduje się zmarniałe jądra.

Prof. Kader wspomina o podobnym przypadku, który spostrzegał w prywatnej praktyce.

4) Dr Eiger wygłasza wykład p. t.: **Metoda elektrokardyograficzna, jej kliniczne znaczenie i zastosowanie** (część I — demonstracye). Sekretarz: Dr Bujak.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne dnia 4. października 1910 r.

1) Adolf Kozerski: **O przyrządach, wytwarzających wodę promieniotwórczą.** W celu nadania sztucznym wodom mineralnym promieniotwórczości, co do której w ostatnich czasach utrwala się przekonanie, że jest ona owym tajemniczym czynnikiem, dającym przewagę naturalnym źródłom mineralnym nad wodami sztucznemi, stworzono szereg przyrządów, mających na celu nasycanie płynów emanacyą radu. Jeden z takich przyrządów, radyogenem zwany, przedstawił prelegent obecnym, opisał jego budowę i pokazał sposób użycia. Następnie prelegent pokrótce wspomina o celu, działaniu i skutkach stosowania emanacyi radowej.

W dyskusyi mówił Anastazy Landau o wpływie dodatnim radu na dnę i skazę moczanową. — Alfred Sokołowski zaznacza, że sprawa sztucznej wody radowej, otrzymywanej zapomocą przyrządów fabryki Charlottenburskiej, była przedmiotem obszernego wykładu Prof. Kleckiego na zeszłorocznym Zjeździe internistów w Krakowie. Wyniki stosowania wody z tych przyrządów były niezbyt osobliwe. — Adam Ciągliński zwraca uwagę na krańcowość niektórych lekarzy w poglądach na sprawy leczenia fizycznego: hyperkrytycyzm ich względem darów natury da się chyba przeciwstawić tylko ich wielkiej łatwowierności, z jaką przyjmują oni wytwory pracowniane, a nawet fabryczne. Badania ostatnich lat odkryły niejedną tajemnicę wytwarzania się i nasycania wód mineralnych, przyszłość odkryje nam ich więcej, ale im więcej tych tajemnic poznamy, tem lepiej pojmować będziemy, że w naszych pracowniach i fabrykach rywalizować z naturą będzie nam bardzo trudno.

2) Leon Karwacki: **Oospora pulmonalis.** Prelegent pokazał hodowle i preparaty drobnowidowe włoskowców paciorkowcowatych (streptothrix seu oospora), wyhodowanych z plwociny gruźliczej, i streścił symptomatologię i patogenezę spraw chorobowych, wywołanych przez włoskowca, na podstawie danych z literatury i spostrzeżeń własnych. K. podkreśla, że symptomatologia I. okresu grzybicy płucnej uchodzi zazwyczaj za gruźlicę i podnosi potrzebę sporządzania hodowli z plwociny w przypadkach niejasnych.

Posiedzenie kliniczne dnia 18. października 1910 r.

1) Gliński przedstawił 2 przypadki **białaczki przewlekłej** z oddziału Dra Chełchowskiego: Osobliwość pierwszego przypadku polega na pierwotnem obrzmieniu śledziony, poprzedzającem o rok przeszło powiększenie gruczołów. Drugi przypadek zasługuje na uwagę przez to, że choroba rozwinęła się u mężczyzny przedtem zupełnie zdrowego, wkrótce po operacyi czyraka na plecach.

2) Alfred Sokołowski: **Fundacya im. Dra Walentego Koczorowskiego, przyczynek do historyi Warszawskiego Towarzystwa lekarskiego.** (Rzecz drukowana będzie w Pamiętniku Towarzystwa lekarskiego).

3) Na miejsce ustępującego kolegi Kazimierza Rzętkowskiego wybrano redaktorem Pamiętnika Towarzystwa lekarskiego kolegę Stanisława Kamieńskiego.

Tadeusz Wilczyński.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie z d. 5. października 1910 r.

Przewodniczący: Kol. A. Krusche. Sekretarz: E. Sonnenberg.

1. Kol. Przedborski przedstawił dziewczynkę w wieku 12—14 lat, która zachorowała przed 5 tygodniami na **obustronne zapalenie ucha środkowego.** Przypadek kwalifikował się do zabiegu operacyjnego. Kol. P. jednakże, rodzajem próby, zastosował tu metodę Biera i otrzymał wynik dobry: ciepłota się obniżyła i podmiotowo chora czuje się dobrze. Dziś u chorej omawiany zabieg zastosowano po raz ostatni. Kol. P. przedstawia ten przypadek dlatego, że w ostatnich dniach daje się spostrzegać w stosowaniu metody Biera zwrot, dla metody nieprzychylny.

2. Kol. Prezes zawiadomił obecnych, że na ręce jego nadeszło zaproszenie Towarzystwa do udziału w Zjeździe chirurgów polskich w Warszawie. Zaproszenie powyższe, wysłane 10 dni temu, z przyczyny niewiadomej zostało wręczone kol. Kruschemu dopiero w ostatniej chwili. Zebrani uprosili kol. Kruschego, aby na wymienionym Zjeździe reprezentował nasze Towarzystwo.

3. Kol. W. Jasiński przeczytał projekt regulaminu przyszłorocznego Zjazdu lekarzy (sprawozdanie komisyi). Projekt obejmuje 6 punktów, w których są wyłuszczone: cel, miejsce, oraz trwanie Zjazdu, wysokość wkładki uczestników i wzmianka o dzienniku Zjazdu.

4. Po przeczytaniu przez kol. W. Jasińskiego powyższego sprawozdania kol. Wisłocki zaznaczył, że uważa bieg, nadany sprawie obchodu 25-lecia naszego Towarzystwa, za nieprawidłowy. Formuła protestu kol. Wisłockiego w zarysach ogólnych przedstawia się, jak następuje:

»Wobec tego, że od chwili wybrania komisyi, której zadaniem było obmyślenie projektu obchodu 25-lecia Towarzystwa, nigdy na porządku dziennym Towarzystwa nie umieszczano wzmianki o opracowanym przez komisyę i mającym podlegać dyskusyi na ogólnem zebraniu projekcie, czego należało się spodziewać wobec wyraźnej uchwały z d. 6. kwietnia r. b., kol. Wisłocki uważa bieg, nadany sprawie obchodu jubileuszowego za nieprawidłowy, członkowie bowiem Towarzystwa, którzy myśleli o innej formie obchodu 25-lecia, zostali zaskoczeni uchwałą komisyi i stoją dziś wobec Zjazdu lekarzy, jako wobec faktu dokonanego«.

Po dyskusyi nad powyższym protestem, w którym udział wzięli koledzy: Pański, Krusche, W. Jasiński — uchwalono poruczyć sprawę, poruszoną przez kol. Wisłockiego, do rozpatrzenia Zarządowi Towarzystwa.

5. Kolega Przedborski przedstawia na chorym **endoskopię jamy nosowo-gardłowej i krtani** zapomocą przyrządu Kurt Schmuckerta (z Freiburga). Przyrząd ten zbudowany jest na zasadzie faryngoskopu Haysa. Schmuckert do przyrządu Haysa dodał odpowiednie pochewki szklane, w których wygodnie mieści się faryngoskop i które łatwo i dokładnie dają się odkażać. Referent opisuje i pokazuje budowę przyrządu i poświęca słów kilka dodatnim i ujemnym jego stronom. Do zalet przyrządu zaliczyć należy łatwość uzyskania obrazów krtani i jamy nosowo-gardłowej, odznaczających się pełnią światła i piękną plastyką, przeważnie zaś doniosłe znaczenie przyrządu polega na tem, że uprzystępnia on badanie krtani i jamy nosowo-gardłowej każdemu lekarzowi-praktykowi, zgoła nieobeznanemu z technicznemi trudnościami laryngoskopii i rynoskopii. Do ujemnych stron zaliczyć musimy stosunkowo wysoką cenę przyrządu. Faryngoskop Schmuckerta kosztuje 80 marek, a z dodatkiem kilku zapasowych lampek 90 marek. Koledzy, nie rozporządzający światłem elektrycznem, łatwo zaradzić mogą złemu, zaopatrzywszy się w kilka przenośnych elementów (w cenie 20—25 kop. za sztukę); 2 elementy starczą na 6—7 razy i dają doskonałe światło, dzięki temu przyrząd umieścić się daje w kieszeni wygodnie i staje się łatwo przenośnym. Ponieważ lampki w faryngoskopie są dość kosztowne (cena 3 m. 50 fen.) i łatwo się przepalają, nabywając przyrząd Schmuckerta, należy jednocześnie zaopatrzyć się w odpowiedni reostat (cena 5 marek), który łatwo zastosować można przy każdym akumulatorze. Faryngoskop Schmuckerta do obecnej chwili wyłącznie nabywać można w fabryce Reiniger, Gebbert i Schall.

E. Sonnenberg.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Izba lekarska wschodnio-galicyjska ogłasza następujące ostrzeżenie:

»Lekarze powiatowej Kasy chorych w Brodach zwrócili się do Zarządu Kasy o polepszenie wynagrodzenia za swe czynności. Przestrzega się wszystkich Kolegów, ażeby w razie ewentualnego opróżnienia się posad lekarskich przy tej Kasie nie ubiegali się o ich obejmowanie. Prezydent Dr Festenburg.

Krajowa Rada Zdrowia wydała na posiedzeniu w dniu 12. XII. 1910 opinie w sprawie posad docenta higieny w Kętach i Kołomyi, taks szpitalnych w Wadowicach i Żółkwi, adaptacyi szpitala dla dzieci w Krakowie, okręgu sanitarnego w Brzozdowcach, rekursu lekarza od wyroku Rady honorowej i reprezentacyi Galicyi na międzynar. Wystawie higienicznej w Dreznie.

Dla zapobieżenia brakowi lekarzy na prowincyi postanowił Wydział krajowy Dolnej Austryi (podług Deutsche med. Woch. Nr 48) wprowadzić w życie stypendya po 60 koron miesięcznie, płatne przez 8 lat (prócz opłat osobnych za rygoroza i promocye), a dla starszych medyków po 80 koron miesięcznie. Młodym lekarzom dawane zaś będą zasiłki (na urządzenie) w wysokości 2000—4000 koron, jednak tylko w razie zobowiązania się do praktyki prowincyonalnej i na wsiach. X.

Większą częstość tężca, schorzeń i śmierci, mimo leczenia surowicą, wykazują statystyki angielskie. Autorzy statystyk odnoszą to do znacznie zwiększonego ruchu motorowego, rozrzucającego bardzo kurz po drogach. X.

Badania uzębienia dzieci szkolnych w Anglii wykazują, że niemal wszystkie dzieci mają zęby mleczne zepsute. W 14 roku życia zaledwo 15% ma zęby zdrowe. Dorośli mają zaledwo w 5% zdrowe zęby. K.

Liczba urodzeń w Anglii zmniejsza się stale, podobnie jak we Francyi. Co do śmiertelności, to umiera znacznie więcej mężczyzn, niż kobiet. Trochę zmniejsza się śmiertelność z raka. X.

Partackie ogłoszenia umieszcza w dziennikach niejaki Dr Józef Kajdacsy, były c. k. lekarz pułkowy i kierownik szpitala (?!) w Peszcie. Ogłasza on swój zakład leczniczy dla chorób skórnych i wenerycznych, podejmując się leczenia bez przeszkody w zawodowych zajęciach leczonego, a także na drodze dyskretnej korespondencyi w języku polskim. Zapewne Izba lekarska w Peszcie zajmie się owym kolegą. X.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 4. XII. do 10. XII. 1910 zgłoszono przypadków: błonicy 13 † 3 (w tem obcych 7 † 2), krztuśca 21 † 4, ospy wietrznej 4, płonicy 11 † 1 (2 † —), odry 53 † 2 (3 † 1), róży 4 † 1.

Dr Janiszewski.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Redakcya naszego pisma otrzymała od Prof. Napoleona Cybulskiego następujące pismo:

»Wielce Szanowny Panie Redaktorze! Gdy z wzruszeń, których doznałem w dniu urządzonej mi przez Uczniów, Kolegów i Przyjaciół uroczystości, nieco ochłonąłem, gdy rozejrzałem złożone mi w darze wszystkie wydawnictwa, zrozumiałem i potrafiłem ocenić ten ogrom pracy, którą Szanowne Redakcye »Pamiętnika jubileuszowego«, »Przeglądu lekarskiego«, jakoteż i wszystkich innych pism lekarskich polskich podjęły, ażeby uświetnić 25-letnią rocznicę objęcia przezemnie katedry fizyologii w Uniwersytecie Jagiellońskim. Pozwól więc, Szanowny Redaktorze, żebym za pośrednictwem Pana i na Pańskie ręce złożył najser-

deczniejsze podziękowanie wszystkim współpracownikom tego numeru »Przeglądu lekarskiego«. Zapewniam Pana, że te dowody życzliwości i przyjaźni dla mnie, oraz uznania dla mojej skromnej pracy, których doznałem od tak licznego szeregu Kolegów, zostaną na zawsze niezatarte w mojej pamięci Szczególną atoli wdzięczność muszę wyrazić za pośrednictwem Twojem tym Kolegom, którzy wzięli na siebie trud zorganizowania wydawnictwa i urządzenia uroczystości«.

— Prof. Dr Napoleon Cybulski został wybrany członkiem honorowym »Polskiego Związku lekarzy i przyrodników« w Petersburgu jednomyślną uchwałą Ogólnego Zebrania w d. 26. XI. (9. XII.) b. r.

— II. Walne Zgromadzenie krajowego Związku zdrojowisk celem uchwalenia nowego statutu i wyboru nowego Zarządu odbędzie się w dniu 17. XII. 1910 o godz. 5 popołudniu w sali Nr 43 Instytutu technologicznego Izby handlowej i przemysłowej we Lwowie przy ul. Bourlarda l. 5 (bocznej Batorego).

— Zarząd Biblioteki krakowskiego Towarzystwa lekarskiego składa serdeczne podziękowanie Szan. kol. Dr Pragerowi (z Maryenbadu), oraz Dr Kaz. Dłuskiemu (z Zakopanego) za dary dla biblioteki. Dr Blassberg, bibliotekarz.

— Towarzystwo »Bratnia Pomoc medyków U. J.« liczyło w r. adm. 1910 członków zwyczajnych 205, miało dochodu 5548 kor., a wydatków 3608 kor. (w tem pożyczki i zapomogi 3280 kor.). Towarzystwo rozporządza szczupłymi jeszcze funduszami i dlatego mogło udzielać tylko pożyczek krótkoterminowych. Źródła dochodów Towarzystwa są skąpe, a ofiarność postronna na cele Towarzystwa zmalała, choć Towarzystwo zasługuje bardzo na poparcie. Dla członków zdołało Towarzystwo uzyskać pewne ulgi w handlach i t. p. Prezesem był p. Z. Czarnek, kuratorem prof. Dr Rostanecki.

— Doc. Dr Sołowij we Lwowie został mianowany nadzwyczajnym profesorem szkoły położnych.

— Lekarze rządowi w Galicyi deklarowali na dar grunwaldzki 5000 koron; dotąd złożono 2900 kor.

— Dr Izydor Rares, lekarz miejski w Husiatynie, obchodził 18. XI. b. r. rzadką w zawodzie lekarskim 50-tą rocznicę doktorską.

Warszawa. Na posiedzeniu Wydziału III. Towarzystwa naukowego Warszawskiego w d. 8. XII. 1910 przedstawił m. i. p. Wł. Janowski pracę Dr Ryszarda Hertza: »O zwyrodnieniu szpikowem śledziony«.

— Towarzystwo lekarskie warszawskie przyznało stypendyum im. Koczorowskiego p. Zofii Sadowskiej w Petersburgu. Jestto pierwszy przypadek przyznania tego stypendyum słuchaczce medycyny.

— Nowy szpital w domu miejskim przy ul. Złotej został oddany do użytku. Szpital mieści 100 łóżek. Lekarzem naczelnym jest Dr Męczkowski.

— Prezesa Tow. lekarskiego w Mińsku litewskim, Dr R. Janowskiego, pociągnięto do odpowiedzialności za propozycyę uczczenia przez powstanie pamięci Muromcewa na dorocznem zgromadzeniu Towarzystwa w d. 4. XI. 1910.

— Dzieło Dr L. Bregmana »Dyagnostyka chorób nerwowych« wyszło w tłomaczeniu niemieckiem nakładem firmy S. Kargera w Berlinie z przedmową Prof. Obersteinera.

Łódź. Przy miejskiej pracowni higienicznej otwarte zostało muzeum falsyfikatów środków żywności, obejmujące przeszło 300 okazów, a urządzone przez kierownika pracowni, Dra Bartoszewicza.

— »Liga przeciwgruźlicza« łódzka wydała sprawozdanie za ubiegłe półrocze, opracowane przez lekarza naczelnego »Przychodni«, Dr W. Jasińskiego. Przez ten czas pod opiekę »Przychodni« przyjęto 241 osób, chorych lub zagrożonych gruźlicą. W końcu trzeciego kwartału pozostało pod opieką jej 146 osób. Niezależnie od pomocy lekarskiej, zarząd »Przychodni« dostarczał chorym łóżek, spluwaczek, szczotek, mydła, kefiru, mleka, masła i t. p. Kefiru rozdano 3,087 butelek, mleka 592 kwarty. Obecnie »Przychodnia« jest czynna przez sześć dni w tygodniu.

Z różnych stron. Na Zjeździe internistów w Petersburgu w połowie grudnia (st. s.), będą przedstawicielami »Polskiego Związku lekarzy i przyrodników« Doc. Z. Orłowski, Dr Wilamowski i Dr Zakrzewski.

— Niemiecki Związek prasy lekarskiej na ostatniem posiedzeniu w Berlinie uchwalił celem skupienie prac i podniesienia poziomu prasy: 1) Zwalczać wydawanie pism i ksiąg jubileuszowych i pamiątkowych. Rozprawy (dyssertacye) doktorskie powinny być referowane lub drukowane w czasopismach, a nie osobno. 2) Unikać w rozprawach cytatów i przytaczania piśmiennictwa. 3) Surowo przestrzegać poziomu naukowego prac, zwłaszcza t. zw. doniesień tymczasowych, jakoteż prac, zachwalających nowe środki. Nazwiska autorów, piszących za pieniądze dla fabryk farmaceutycznych, powinny być znane redakcyom. 4) Nie powinno się przyjmować do reklam środków za złe uznanych. 5) Powinno się odrzucać prace autorów, którzy umieszczają doniesienia o swych badaniach w czasopismach politycznych przed ukazaniem się ich w czasopismach lekarskich. X.

— W Berlinie założono międzynarodową ligę przeciwko padaczce. Na czele stoją słynni neurolodzy i psychiatrzy. Członkowie ligi będą otrzymywać osobne czasopismo »Epilepsia«. Komitet ligi organizować będzie opiekę nad epileptykami, jakoteż (przez rozsyłanie kwestyonaryuszy) zbierać materyały w sprawie leczenia i zwalczania tej choroby. X.

— W październiku obradował w Berlinie międzynarodowy komitet dla badania studyów lekarskich. Postanowiono zbierać dane co do studyów lekarskich w poszczególnych krajach celem ewentualnego ujednostajnienia studyów, jakoteż założyć w Berlinie biuro informacyjne dla lekarzy co do wszelkich kursów uzupełniających. X.

— Sekcya historyi medycyny na 82. Zjeździe niemieckich lekarzy i przyrodników postanowiła wejść w stosunki z podobnemi towarzystwami innych państw celem ujednostajnienia terminologii lekarskiej i podniesienia protestu przeciwko nowoczesnemu kierunkowi mechanicznego wyrzucania ze słownictwa lekarskiego wszystkich szczegółów i nazw historycznych. X.

— Głównym przedmiotem obrad 23. Zjazdu francuskich chirurgów było leczenie chirurgiczne 1) choroby Basedowa, 2) wrzodu dwunastnicy, 3) żylaków kończyn dolnych, 4) przełyku, 5) dróg moczowych. X.

— Przetwór Ehrlicha »606« wyrabiać będzie fabryka M. Lucius & Brüning w Höchst od połowy grudnia, pod nazwą »Salvarsan« w ampułkach po 0,6, wypełnionych obojętnym gazem, celem zapobiegania oksydacyi. X.

— Lomer podaje, że nieraz dzieci urodzone na obczyznie, gdzie rodzice dłuższy czas już przebywają, rodzą się z wybitnemi cechami rasy tubylczej. Tak np. dzieci kupców osiadłych w Chinach miały skośne oczy i lekko wystające kości policzkowe. Dzieci te karmiły kobiety chińskie. X.

Zmarli: Dr Stanisław Blaim we Lwowie; Dr Ignacy Rybiński w Wielkich Łukach gub. pskowskiej; Prof. Huchard w Paryżu.

Redakcya otrzymała: Lewkowicz: 1) De la valeur des données cytologiques pour le diagnostic des épanchements inflammatoires. »Bull. de la Soc. de Péd.« 1902. 2) Dwa przypadki guza mózgowia. Kraków 1902. 3) O czystych hodowlach prątka wrzecionowatego. Kraków 1902. 4) O cytologicznem badaniu wysięków i przesięków. »Przegl. lek.« i »Wiener klin. Wochenschrift« 1904. 5) Die Reinkulturen des Bacillus fusiformis. »Bull. Acad. Sc.« Kraków 1906. 6) Czyste hodowle prątka wrzecionowatego. »Rozpr. Akad. Um.« Kraków 1906. 7) Üb. die Reinkulturen des fusiformen Bacillus. »Centr. f. Bakter.« 1906. 8) O mongołowatości. Kraków 1907. 9) Postępowanie przy badaniu skuteczności surowic leczniczych w płonicy. Wartość lecznicza surowicy przeciwpaciorkowcowej Palmirskiego. Kraków 1908. 10) O prosówce płoniczej. »Przegląd pedyatr.« 1908/9. — Dłuski i Rospędzihowski: Badania krwi według metody Arnetha wogóle i specyalnie w gruźlicy. Warszawa 1910. — Dłuski: 1) Ogólne uwagi o swoistem leczeniu gruźlicy. 2) O stosowaniu tuberkuliny Beranecka w gruźlicy. Kraków 1910. — Babiński: 1) Inversion du réflexe du radius. »Bull. de la Soc. des hôp.« 1910. 2) De l'hypnotisme en thérapeutique et en médecine légale. Paris 1910. 3) Quelques documents relatifs à l'histoire des fonctions de l'appareil cérébelleux et de leurs perturbations. »Revue mens. de méd. int.« 1909. — Męsowicz: 1) Sposoby badania klinicznego dla użytku uczniów i lekarzy. Kraków 1910. Zeszyt I. (str. 258). Wydawn. dzieł lek. polsk. im. E. Korczyńskiego. 2) Rzut oka na nowsze zdobycze dyagnostyczne w medycynie wewnętrznej. Kraków 1910. — Męsowicz i Maciąg: Recherches cliniques et expérimentales sur la présence des substances antitryptiques du sérum sanguin de l'homme. »Intern. Beitr. z. Path. u. Ther. der Ernährungsstör.« 1910. — Spira: O częstości i znaczeniu chorób usznych u dzieci i o zadaniu lekarza usznego w szkole. »Tyg. lek.« 1910. — Korczyński: 1)

Therap. Erfahrungen mit dem Ehrlich-Hataschen Arsenpräparate bei Erkrankungen innerer Organe syphilit. Ursprungs. »Oesterr. Aerzte-Ztg« 1910. 2) Ze spostrzeżeń o leczniczem działaniu przetworu arsenowego Ehrlicha. Kraków 1910. 3) Über die wichtigsten neuen Untersuchungsmethoden zur Prüfung der Pankreasfunktion. »Wiener klin. Wochens.« 1910. — Schalit: Noxolith, ein neues zahnärztliches Präparat. »Zahnärztl. Runds.« 1910. — Beck: 1) Napoleon Cybulski. Lwów 1910. 2) O galwanotropizmie. »Tyg. lek.« 1910. — Beck i Bikeles: 1) Rozprzestrzenianie się łuku odruchowego w rdzeniu pacierzowym stwierdzone badaniem prądów czynnościowych. »Tyg. lek.« 1910. 2) Die sog. Berührungsreflexe Munk's und die reflektorische Zehenbeugung bei Reizung der Fusssohle. 2) Über die Bewegungen bei Rückenmarksreflexen und Gemeinschaftsbewegungen. »Biul. Akad. Umiej.« 1910. — Pamiętnik jubileuszowy, wydany w 25. rocznicę działalności Prof. Cybulskiego. Lwów 1910. — Hornowski: Nowsze poglądy na miażdżycowe twardnienie tętnic. »Tyg. lek. 1910. — Wrzosek i Maciesza: 1) W sprawie dziedziczności padaczki świnek morskich. »Nowiny lek«. 1910. 2) Experimental Studies on the hereditary transmission of »Brown-Sequards Epilepsy« etc. »Biul. Akad. Um.« 1910. — Wrzosek: 1) Robert Koch. Kraków 1910. 2) Stefan Gaden, lekarz nadworny carów moskiewskich. »Tyg. lek.« 1910. 3) Życie płciowe studentów uniwersytetu moskiewskiego. »Tyg. lek.« 1910. — W. Puławski: Chata wiejska a choroby zakaźne. »Zdrowie« 1910.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w listopadzie 1910. (Dokończenie).

Postęp okulist. Nr 10. Majewski: Punctum lacrymale quadruplex. — Bychowski: W sprawie anisokoryi.

Zdrowie Z. 11/12. Bujwid: Treściwe uwagi o badaniuwody z podaniem sposobów. — W. Puławski(dok.).— Knappe (dok.). — J. Jaworski: N. Cybulski. — Dominikiewicz: Próba redukcyjna jako środek oceny higienicznej mleka. — Palmirski: Istota zarazka wścieklizny, jego umiejscowienie w ustroju oraz seroterapia wścieklizny. — Bujwid: Samopomoc młodzieży w walce z gruźlicą w Galicyi.

Przegląd higieniczny Nr 10. Kaczorowski: Ecole communale w Brukseli. — Nr 11. Panek: Niebezpieczeństwo i pomoc w nagłych wypadkach rażenia prądem elektrycznym.

Kronika dentyst. Nr 11. Wilga (c. d.).

Głos lekarzy Nr 21—23. Mikołajski: 1) Hata »606« (Refleksye). 2) I. Zjazd przemysłowo-balneologiczny. 3) Działalność lekarzy w Radzie miejskiej (1905—1911) i postęp sanitarny w mieście Lwowie. — Rosenberg: 1) Prof. Ehrlich i Dr Hata. 2) Czy preparat Ehrlicha »606« zmniejszy dochody lekarzy wogóle, a specyalistów w szczególności. — Gilnreiner: W sprawie taryfy dla lekarzy na prowincyi. — Honorarya lekarskie przed stu laty. — Ankieta międzynarodowa w sprawie kary śmierci (c. d.).

Nasze zdroje Nr 21—22. I. Krajowy Zjazd przemysłowo-balneologiczny. — Akcya w sprawie asanacyi zdrojowisk krajowych. — VI. kongres balneologów austr. w Solnogrodzie. — Szumowski: Nowe ujęcie źródeł Wandy i Szymona w Szczawnicy. — Po sezonie w Krynicy. — Dodatek: Dziennik I. kraj. Zjazdu przemysłowo-balneologicznego. — Po I. krajowym Zjeździe przemysłowo-balneologicznym we Lwowie. — Krytyczna ocena I. Zjazdu przemysłowo-balneologicznego. — Bandrowski: Rzekome zanikanie źródeł mineralnych w Krynicy w świetle prawdy i nauki.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 21. grudnia 1910 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: Wybory Zarządu Towarzystwa na r. 1911.

Posiedzenie Sekcyi jarosławskiej Towarzystwa lek. gal. odbędzie się w poniedziałek **d. 19. grudnia 1910** o g. 6 w Szpitalu powszechnym w Jarosławiu z następującym porządkiem dziennym: 1) Demonstracya chorych, kol. Dr Fechter. 2) Stan obecny nauki o kile i próby poronnego leczenia, kol. Dr Turzański. 3) Kilka przypadków ciąży zamacicznej z własnego doświadczenia, kol. Dr Haendel.

O liczne zebranie się upraszamy.

Z biura Sekcyi jarosławskiej Towarzystwa lekarzy galicyjskich.
Sekretarz: Dr Feldman. Przewodniczący: Dr Czyżewicz.

Collargol

(wlewania, wstrzykiwania) 2 c

leczy przy dostatecznem dawkowaniu i konsekwentnie przeprowadzonem leczeniu wiele przypadków

najcięższych zakażeń ogólnych,

ropowicę (szczególnie połogową), **ostry gościec stawowy** (zwłaszcza postacie opierające się salicylowi), **dur, zakażenie gonokokowe, zakażenia mieszane** przy suchotach etc.

Creosotal „Heyden“,
Duotal „Heyden“,

dawno wypróbowane leki przy wszelkich chorobach zakaźnych dróg oddechowych.

Próbki i piśmiennictwo bezpłatnie.

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Dresden.

Zakład dla epileptyków

w kąpielach BALF pod Ödenburgiem, dwie godziny od Wiednia,

zezwolony reskryptem król. węg. ministerium dla spraw wewn. L. 56.445/1908 z dnia 17 VI. 1908. na 250 łóżek dla mężczyzn i kobiet.

Utrzymanie przy przyjęciu na klasę I K. 1600·—
„ „ „ „ „ II „ 1000·— 140

Prospektami i innemi wyjaśnieniami służy chętnie właściciel Dr STEFAN WOSINSKI w kąpielach Balf. Poczta, stacyakolejowa, telefon.

Gelonida Aluminii subacetici

Rozległe doświadczenia w hygienicznym instytucie w uniw. Halle, w berlińsk. bakteryolog. instytucie Dra Aufrechta, w instyt. patologii doświadcz. uniwersytetu w Berlinie dowiodły silnej bakteryobójczej własności sproszkowanego trudno rozpuszczalnego octanu glinu.

Wielkie znaczenie posiadają doświadczalne badania Prof. Dra Bickela (Königl. Charité, Berlin), który wykazał silne odkażające działanie na bakterye jelitowe a zarazem pobudzające wydzielanie na błonę śluzową jelit. Do tych badań przyłączają się dalsze Dra Dreuw w jego poliklinice, w której wyniki doświadczalne na zwierzęta przez Prof. Bickela potwierdzone zostały na człowieku. — „Gelonida-Aluminii subacetici“ są w obrocie w trzech odmianach: 1. z zawartością siarkanu (najsilniej odkaża. pobudza wydzielinę i słabo przeczyszcza; zwykłe stosowanie); 2. bez siarkanu (dla tych przypadków, w których działanie przeczyszczające nie pożądane); 3. z dodatkiem Phenolphtaleiny (dla tych przypadków, w których pożądane działanie silniej przeczyszczające).

Wskazania:

A. Środek odkażający jelita.

1. Wszystkie pasorzyty jelitowe (Oxyuris vermicularis, tasiemce, ameby).
2. Nieżyty żołądkowo-jelitowe przyrody drobnoustrojowej, dur i paratyphus, dysenterya, ev. cholera, gruźlica jelit, perityphlitis chronica, nieżyty żołądkowo-jelitowe wskutek nieprawidłowych procesów rozkładowych, dyspepsya fermentacyjna, colica flatulenta, cholelithiasis, zaparcie, sigmoiditis et proctitis acuta sive chronica.
3. Furunculosis, acne, pruritus, szczeg. przy cukrzycy, pokrzywka.

B. Środek odkażający mocz.

4. Bacteriuria, cystitis, pyelitis. 162 I

Zapisywania:

Rp. 20 Gelonida Aluminii subacetici Nr I à 1,00 g (2.25 M.)
Rp. 20 Gelonida Aluminii subacetici Nr I à 0,5 g (1.25 M.)

Gelonida Nr I zawierają siarkan o **lekko** przeczyszczającem działaniu (zwykły sposób zapisywania).

lub

*) Rp. 20 Gelonida Aluminii subacetici Nr II à 1,00 g (2.50 M.)

Gelonida Nr II nie zawierają siarkanu (o ile technicznie możliwe), dla tych przypadków, w których siarkany są przeciwwskazane.

lub

Rp. 20 Gelonida Abuminii subacetici Nr III (2.50 M.)

Gelonida Nr III zawierają 0,1 phenolphtaleiny (silniejsze działanie przeczyszczające).

Dawkowanie: Trzy do pięciu Gelonida Aluminii subacetici dziennie; dzieciom 1/4—1/2 Gelonid. (Gelonida dają się łatwo dzielić).

Obszerne piśmiennictwo i próbki panom lekarzom do rozporządzenia.

Chemische Fabrik Goedecke & Co., Leipzig u. Berlin N. 4.

Serravallo

Wino chinowe z żelazem.

Przez powagi lekarskie polecane ozdrowieńcom i niedokrewnym. Z powodu swego dobrego smaku używane chętnie

przez dzieci i kobiety

Wystawa hig. Wiedeń 1906: **Nagroda państw. i dypl. hon. do medalu złotego.**

Odznaczone kilkakrotnie. — **Przeszło 7000 orzeczeń lekarskich.** Na żądanie przesyłamy PP. lekarzom literaturę i próbki.

J. Serravallo. c. i k. dostawca Dworu

Triest-Barcola. 43



Kto raz posłyszy Patefon, staje się gorącym jego zwolennikiem.

Niczem nie sprawicie większej uciechy tak sobie, jak i dzieciom, jak nabywając na

PODAREK GWIAZDKOWY

Patefon

który jedynie daje reprodukcyę muzyki i głosu zupełnie czystą i silną. Gra bez igły, szafirem, nie niszczy płyt. Aparaty salonowe, koncertowe bez tuby. — Ceny już od K 25 wyżej.

Bogaty repertuar płyt. — Co miesiąc nowości. — CENNIKI DARMO I OPŁATNIE.

Najlepiej przekonać się o doskonałości patefonu, odwiedzając nasz magazyn bez zobowiązania do kupna. Zamawiający z prowincyi mogą w razie niepodobania się zwrócić odwrotnie i fco. — Naprawy. — Przerabia się gramofony przez dodanie membrany Pathé. 225

Stefan Grudziński i Tadeusz Berger Kraków, ul. Szewska 10. Telefon 305.

SŁOWNIK LEKARSKI POLSKI

Do nabycia w Administracyi »Przeglądu Lekarskiego« Kraków, w Tow. lek. w Krakowie i Lwowie, i we wszystkich księgarniach.

Rok XLIX. Kraków, dnia 24. grudnia 1910. Nr 52.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z Zakładu patologii ogólnej i doświadczalnej Uniw. Jagiell. (Dyrektor Prof. K. Klecki).

O warunkach powstawania przerzutów makroskopowych u myszy rakowatych.

(Część pierwsza badań eksperymentalnych nowotworów złośliwych).

Przez

Adama Wrzoska.

W patologii eksperymentalnej i porównawczej nowotworów złośliwych, która dopiero przed kilku laty zaczęła się szybko rozwijać, do badań używa się ze wszystkich zwierząt najwięcej myszy białych. Jest to rzecz całkiem zrozumiała z wielu względów. Wobec bowiem krótkości życia tych zwierząt, nadają się one wybornie do badania wpływu wieku na powstawanie i przebieg nowotworów. Wobec wielkiej mnożności myszy i łatwej ich hodowli, nie trudno badaczowi rozporządzać dużym materyałem, do którego umieszczenia nie potrzeba zbyt wiele miejsca. Wobec wreszcie wielkiego podobieństwa nowotworów złośliwych mysich do nowotworów ludzkich badanie pierwszych może mieć niemałe znaczenie dla patologii ludzkiej. Im podobieństwo rzeczone jest większe, zarówno w budowie nowotworów, jak i ich przebiegu, tem większe posiadamy prawo na zasadzie badania nowotworów złośliwych mysich do wysnuwania wniosków, oczywiście z pewnemi ograniczeniami, co do patologii i terapii nowotworów ludzkich.

Liczni badacze twierdzą, że między ludzkimi a mysimi nowotworami złośliwymi niema żadnej zasadniczej różnicy. Nie brak atoli przeciwników takiego zapatrywania. Utrzymują oni, iż między wspomnianymi nowotworami zachodzi spora różnica. Na dowód tego przytaczają okoliczność, że nowotwory złośliwe mysie rzadko tworzą przerzuty, gołem okiem widzialne, natomiast nowotwory ludzkie tworzą je często.

Przerzuty makroskopowe powstają w rzeczy samej rzadko zarówno u myszy, u których nowotwory powstawały samoistnie, jak i u takich, którym z innych myszy zostały przeszczepione.

U myszy, u których nowotwory powstały samoistnie, najczęściej przerzuty makroskopowe spotykał Murray, gdyż na 68 myszy u 16. Inni badacze przerzuty takie spotykali znacznie rzadziej: Apolant na 221 myszy u 6, Michaelis stwierdził przerzuty tylko u jednej myszy, Borrel i Haaland również u jednej, Jensen nie spostrzegł ich ani razu. Przerzuty rozwijały się zwykle w płucach, rzadko w innych narządach.

Aczkolwiek przerzuty makroskopowe rzadko powstają u myszy z samoistnymi nowotworami, to jednak u myszy takich Borrel i Haaland bardzo często znajdowali przerzuty mikroskopowe w płucach, co przez innych badaczów potwierdzone zostało.

U myszy, którym nowotwory przeszczepiano z innych myszy, przerzuty, gołem okiem widzialne, zauważył Haaland tylko pięć razy w płucach i raz w trzustce, Michaelis raz w płucach, Apolant w płucach w 3—30%, ale wyłącznie u myszy, którym szczepił jeden nowotwór i tylko do dwudziestego przeszczepienia, natomiast nie zauważył Apolant, aby inne przeszczepialne nowotwory tworzyły przerzuty makroskopowe, jak również, aby tworzył je nowotwór wspomniany wyżej po dwudziestokrotnem przeszczepieniu. Jensen nie zauważył przerzutów ani razu u myszy, którym przeszczepiał nowotwory [1]).

Przyczyna, dlaczego nowotwory złośliwe mysie, które z małymi wyjątkami są rakami, nie tworzą przerzutów makroskopowych, nie została dotychczas eksperymentalnie wyjaśniona. Wypowiadano jeno rozmaite przypuszczenia w tym względzie. Gierke [2]) np. jest zdania, że u myszy z nowotworami dlatego nie powstają przerzuty makroskopowe, gdyż myszy po zaszczepieniu im nowotworów nie żyją dostatecznie długo, aby przerzuty mogły się rozwinąć. Przeciwko temu zdaniu występuje Lubarsch [3]). Nie zauważył on u myszy, które żyły 9—13 miesięcy po zaszczepieniu im nowotworów, przerzutów, choć rozwinęły się u nich olbrzymie nowotwory, natomiast stwierdził 4 razy przerzuty u myszy, które po zaszczepieniu nowotworów żyły krócej, bo od 3—7 miesięcy. Lewin [4]) upatruje przyczynę rzadkiego rozwijania się przerzutów w sposobie powstawania ich

---

[1]) Wiadomości o przerzutach nowotworów mysich zebrał C. Lewin w monografii p. n. »Die bösartigen Geschwülste vom Standpunkt der experimentellen Geschwulstforschung dargestellt«. Leipzig 1909. Tam też zestawione jest piśmiennictwo, dotyczące badań eksperymentalnych nowotworów złośliwych.

[2]) Gierke E. Die hämorrhagischen Mäusetumoren mit Untersuchungen über Geschwulstresistenz und — dispositon bei Mäusen. Ziegler's Beiträge 1908. Bd. 43.

[3]) Lubarsch. Allgemeine Biologie und Pathologie. Jahreskurse für Ärztliche Fortbildung. 1910. H. I.

[4]) Lewin o. c.

u myszy, mianowicie głównie za pośrednictwem naczyń krwionośnych, a nie limfatycznych; krew zaś według badań M. B. Schmidta posiada zdolność niszczenia w wielu przypadkach komórek nowotworowych. Ehrlich[5]) przypuszcza, że nowotwory zaszczepione, rosnąc bardzo szybko, pochłaniają ze krwi w zupełności substancye, potrzebne do ich rozwoju i w ten sposób uniemożliwiają rozwijanie się przerzutów.

Badając eksperymentalnie nowotwory mysie od lat blizko czterech, zauważyłem, podobnie jak inni badacze, że nowotwory te rzadko tworzą przerzuty makroskopowe. Miałem w swojem rozporządzeniu 17 myszy z nowotworami, które samoistnie powstały. Myszy, o których mowa, pochodziły z krakowskich Zakładów uniwersyteckich, głównie z Zakładu patologii ogólnej i doświadczalnej. U żadnej z tych myszy nie rozwinęły się przerzuty makroskopowe. Natomiast u myszy, którym szczepiłem nowotwory podskórnie na grzbiecie lub na brzuchu w okolicy pachwinowej, aczkolwiek powstawały przerzuty, gołem okiem widzialne, to jednak rzadko.

Zakreśliwszy sobie, jako zadanie pracy, zbadanie, o ile możności jaknajbardziej wszechstronne, warunków rozwoju nowotworów złośliwych, zwróciłem między innemi rzeczami baczną uwagę na warunki powstawania przerzutów makroskopowych u myszy białych, zaszczepionych nowotworami złośliwymi. Do badań eksperymentalnych używałem głównie dwóch nowotworów, oznaczonych Nr 1. i Nr 4., pochodzących z myszy białych.

N o w o t w ó r Nr 1. powstał w prawej pachwinie samicy, której wiek niewiadomy. Ciemna barwa guza przeświecała przez nadmiernie rozciągniętą skórę. Gdy guz powiększył się do wielkości wiśni, po uśpieniu myszy eterem, wyłuszczyłem go doszczętnie dnia 20. lutego 1907. Ranę operacyjną zaszyłem i zalepiłem kollodium. Zabliźnienie rany nastąpiło doraźnie. Atoli 9. marca 1907 w miejscu, oddalonem o $^1/_2$ cm od blizny ku przodowi, powstał guzek wielkości łebka szpilki. Guz zaczął się stopniowo rozwijać i dosięgnął dużych rozmiarów. Prócz tego guza d. 6. kwietnia 1907 zauważyłem drugi guz na grzbiecie w tylnej części po stronie lewej. Guz znajdował się pod skórą. Wreszcie d. 16. maja 1907 r. zauważyłem trzeci guz w przedniej części ciała tuż obok nasady przedniej lewej kończyny. Dnia 19. maja 1907 mysz padła Sekcya wykazała, iż przerzutów makroskopowych w narządach jamy brzusznej i klatki piersiowej nie było. Nowotwory ważyły 9,5 gr. a mysz po wycięciu nowotworów 15,55 gr. Największy nowotwór był w pachwinie prawej, mniejszy na grzbiecie, a najmniejszy koło nasady lewej przedniej kończyny.

Wyłuszczony w czasie operacyi d. 20. II. 1907 nowotwór był barwy ciemnej. Po przekrajaniu go wylało się ze środka trochę gęstego ciemnego płynu. Małą część nowotworu wziąłem do badania histologicznego, a znacznie większą użyłem do przeszczepienia. Zaszczepiłem dwom myszom na grzbiecie podskórnie po kawałku nowotworu wielkości ziarna grochu. Resztę nowotworu pokrajałem drobno nożyczkami na miazgę, którą zaszczepiłem pipetą Pasteura ośmiu myszom podskórnie na brzuchu. Wszystkim zaszczepionym myszom nowotwór się przyjął. Później szczepiłem wyłącznie miazgą nowotworową, otrzymaną w sposób wyżej wspomniany. Do jedenastego przeszczepienia włącznie (d. 30. XII. 1907), czyli, jak mówią autorowie niemieccy, do jedenastego pokolenia, zaszczepiona miazga przyjmowała się wszystkim bez wyjątku myszom niezależnie od tego, w jakiem miejscu ustroju była zaszczepiona. Lecz, poczynając od dwunastego przeszczepienia (30. I. 1908), nowotwór przyjmował się nie wszystkim myszom, a nieraz tylko znacznej mniejszości zaszczepionych myszy. I tak, po 21-em przeszczepieniu na 45 zaszczepionych myszy nowotwór przyjął się u 17, a po 27-em przeszczepieniu na 19 zaszczepionych myszy tylko u jednej. Potem znów przeszczepialność jego wzmogła się, albowiem po 29-em przeszczepieniu nowotwór przyjął się u 14 z pośród 69 zaszczepionych myszy, po 30 em u 14 z pośród 16 zaszczepionych, a po 31-em (d. 13. IX. 1910) u wszystkich piętnastu zaszczepionych myszy. W miarę przeszczepiania obraz nowotworu na przekroju zmieniał się: po pierwszem przeszczepieniu z ciemnofioletowego stał się miejscami szarym, miejscami ciemnym, a po kilku następnych przeszczepieniach szaro-bladym, poczem już barwy nie zmieniał. Zbitość nowotworu z początku była nieznaczna, potem po kilkakrotnem przeszczepieniu większa, lecz wogóle niezbyt wielka. Budowa histologiczna nowotworu w miarę przeszczepiania go nie uległa znacznym zmianom. Badanie histologiczne wykazało, że nowotwór wyłuszczony u myszy, u której powstał samoistnie, był gruczolako-rakiem, w którym tkanka rakowa silniej była rozwinięta, aniżeli gruczolakowa. Po kilkakrotnem przeszczepieniu tkanka gruczolakowa nie mniej wybitnie była rozwinięta, aniżeli rakowa i to zarówno w zaszczepionych nowotworach, jak ich przerzutach makroskopowych w płucach. Wielkość tych przerzutów ulegała znacznym wahaniom: od wielkości łebka szpilki do wypełnienia prawie całej klatki piersiowej, przyczem z miąższu płuc niewiele pozostawało.

N o w o t w ó r Nr 4. jest również gruczolako-rakiem Różni się wszakże od nowotworu Nr 1 tem, że utkanie rakowe więcej jest w nim rozwinięte, aniżeli gruczolakowe. Przypomina on bardzo z budowy histologicznej gruczolakoraka, odrysowanego w atlasie Apolanta[6]) (tabl. II. rys. 9). W miarę przeszczepiania budowa histologiczna nie ulegała wyraźnym zmianom. Nowotwór ten powstał w pasze lewej u starej samicy, mającej przeszło dwa lata. W ciągu dwóch miesięcy dosięgnął znacznych rozmiarów. Po zabiciu myszy chloroformem (d. 9. IV. 1907), nowotwór wyłuszczyłem. Ważył on 3,4 gr., mysz zaś bez nowotworu ważyła 25,6 gr. Nowotwór na przekroju miejscami był ciemnofioletowo zabarwiony, a miejscami miał szarą barwę. Miejsca szaro zabarwione były większej zbitości, aniżeli ciemnofioletowej barwy. Po kilkakrotnem przeszczepieniu nowotwór stał się szarobladym. Miazgę nowotworu szczepiłem myszom w ten sam sposób jak miazgę nowotworu Nr 1. Po pierwszem przeszczepieniu z pośród sześciu zaszczepionych myszy nowotwór przyjął się tylko jednej. Po następnych przeszczepianiach przyjmował się znacznie częściej, a nieraz wszystkim zaszczepionym myszom.

Miazgę nowotworów tak Nr 1 i Nr 4 szczepiłem przeważnie myszom młodym 2—3 miesięcznym. Najczęściej szczepiłem podskórnie na grzbiecie, albo na brzuchu w okolicy prawej lub lewej pachwiny, rzadziej do ogonów, najrzadziej do jamy brzusznej, do jamy opłucnej lub do uszu. W każdym nowym szeregu myszy przeszczepiałem zwykle jednakowe dawki miazgi nowotworowej bądź nierozrzedzonej, bądź rozrzedzonej fizyologicznym roczynem soli kuchennej. Dawki czystej miazgi, po odliczeniu wagi rozczynu soli kuchennej, jeśli miazga była rozrzedzona, były rozmaite w rozmaitych szeregach myszy: od 2 mgr. do 65,4 mgr. Szczepiąc miazgę podskórnie na grzbiecie lub brzuchu, robiłem nożyczkami małą dziurkę w skórze, wkłuwałem w nią koniec pipety Pasteura i w ten sposób wprowadzałem miazgę pod skórę. Podobnie wprowadzałem miazgę nowotwo-

[5]) Ehrlich P. Experimentelle Carcinomstudien an Mäusen. Arbeiten aus dem königlichen Institut für experimentelle Therapie zu Frankfurt a. M. H. I. 1906.

[6]) Apolant H. Die epithelialen Geschwülste der Maus. Arbeiten aus dem königlichen Institut für experimentelle Therapie zu Frankfurt a. M. Heft I. 1906.

rową do jamy brzusznej lub opłucnej z tą tylko różnicą, że zrobiwszy uprzednio otworek w skórze, koniec pipety wkłuwałem do tych jam, a nie pod skórę. Inaczej postępowałem, szczepiąc nowotwór do ogona. Po lekkiem znieczuleniu myszy mieszaniną narkotyczną, składającą się z alkoholu, eteru i chloroformu w równych częściach, wkłuwałem do ogona, jak najdalej od nasady, igłę strzykawki Pravaza, potem igłę wyjmowałem, w to samo miejsce wprowadzałem cienki koniec pipety Pasteura i miazgę nowotworową wdmuchiwałem. Tak samo szczepiłem do uszu. Wszelkie narzędzia, używane do szczepienia, były wyjałowione, a skóra w miejscu, w którem wkłuwałem pipetę, była wystrzyżona i należycie eterem oczyszczona. Do przeszczepienia nowotworu każdemu nowemu szeregowi myszy używałem tej samej pipety, na której oznaczałem miejsce, do którego miazga była wciągana. Po zaszczepieniu każdej myszy koniec pipety, przed ponownem nabraniem miazgi, przeprowadzałem kilkakrotnie przez płomień.

Jedną część zaszczepionych myszy, u których nowotwór się przyjął, zabijałem po pewnym czasie chloroformem, a wyłuszczone nowotwory brałem do przeszczepiania i badania mikroskopowego. Drugą część myszy z zaszczepionymi nowotworami obserwowałem do końca życia. Gdy która padła, robiłem jej sekcyę, zwracając szczególną uwagę, czy niema w jakim narządzie przerzutów, i notowałem płeć zwierzęcia, wagę jego i wagę nowotworu. W zestawieniu niżej podanem uwzględniłem te tylko myszy, które obserwowane były do końca życia, nie były zabite, lecz same padły, a którym zaszczepiłem nowotwór albo podskórnie na grzbiecie lub brzuchu, albo do ogona. Do klatki piersiowej, do jamy brzusznej i do uszu zaszczepiłem dotychczas nowotwór zbyt małej liczbie myszy, aby módz już teraz posługiwać się wynikami tych szczepień jako materyałem statystycznym.

Przerzuty makroskopowe spotykałem tylko w płucach. Powstawały one rzadko po zaszczepieniu miazgi nowotworowej pod skórę na grzbiecie lub brzuchu. Natomiast powstawały daleko częściej po zaszczepieniu nowotworu do ogona. I tak z pośród 211 myszy, którym nowotwór Nr 1 przyjął się po zaszczepieniu go pod skórę brzucha lub grzbietu i które do końca życia obserwowałem, rozwinęły się przerzuty zaledwie u 4, a więc w 1·9%, natomiast z pośród 25 myszy, które padły po rozwinięciu się im w ogonie zaszczepionego nowotworu Nr 1, aż 9 miało przerzuty, a więc 36%. Podobny stosunek zachodzi co do przerzutów nowotworu Nr 4. Z liczby 245 skutecznie zaszczepionych tym nowotworem pod skórę na grzbiecie lub brzuchu u 12 znalazłem w czasie sekcyi przerzuty, a więc u 4·9%, z 36 zaś myszy, które padły po skutecznem zaszczepieniu im nowotworu Nr 4 do ogona, 15 miało przerzuty, a więc 41,7%.

Obydwa nowotwory, które myszom przeszczepiałem odznaczały się wielką złośliwością: myszy zaszczepione skutecznie nowotworem Nr 1 podskórnie na grzbiecie lub brzuchu padały średnio 59-ego dnia po zaszczepieniu im nowotworu, a zaszczepione w ten sposób nowotworem Nr 4 52-go dnia. Myszy, którym przyjęły się nowotwory w ogonie, żyły znacznie dłużej, gdyż po zaszczepieniu nowotworu Nr 1 padały średnio 83-go dnia, a po zaszczepienium im nowotworu Nr 4 127-ego dnia.

Przeciąg czasu, który żyły myszy po zaszczepieniu im nowotworów do ogona, nie miał widocznego wpływu na częstość powstawania przerzutów makroskopowych w płucach. Przerzuty te zdarzały się zarówno u tych myszy, które żyły wyjątkowo długo po zaszczepieniu im nowotworu, jak i u takich, które stosunkowo bardzo rychło po zaszczepieniu padały. Raz np. znalazłem przerzut w płucach u myszy, która padła 30-ego dnia po zaszczepieniu jej nowotworu Nr 1 do ogona, drugi raz u myszy, która żyła 50 dni po zaszczepieniu nowotworu Nr 4 do ogona, trzeci raz u myszy która żyła aż 131 dni po zaszczepieniu do ogona Nr 1. Nieraz myszy, mimo że po skutecznem zaszczepieniu im nowotworów do ogona żyły bardzo długo, nie miały przerzutów; nie miały ich np. dwie myszy, zaszczepione nowotworem Nr 4 do ogona, choć jedna mysz żyła po zaszczepieniu 289 dni, a druga 316. Czasem właśnie znajdowałem przerzuty u myszy, które żyły krócej, aniżeli te, u których przerzutów nie było, innym razem wprost przeciwnie. Jako przykład przytaczam dwa wyciągi z protokołów eksperymentów.

Raz zaszczepiłem do ogona miazgę nowotworu Nr 4 dwom myszom; u obydwu myszy nowotwór przyjął się. Jedna padła 117 dnia po zaszczepieniu, druga 144-go. U pierwszej nie było przerzutów, druga je miała. Innym razem zaszczepiłem czterem myszom jednego miotu po 5,7 mgr. miazgi nowotworu Nr 4 do ogona. Nowotwór wszystkim się przyjął. Dwie myszy padły 80-ego dnia po zaszczepieniu i te miały przerzuty w płucach; z dwóch innych, które przerzutów nie miały, jedna padła 109-go dnia, a druga 112-go.

Z tego wynika, że w powstawaniu przerzutów makroskopywych u myszy z zaszczepionymi nowotworami, obok innych czynników odgrywa pewną rolę indywidualne usposobienie.

Największy atoli wpływ na powstawanie przerzutów makroskopowych u myszy, ma podłoże, na którem się rozwija zaszczepiony nowotwór. Nowotwory, szczepione do ogona, rzadziej się przyjmowały, miały dłuższy utajony okres rozwoju, wolniej się rozwijały, i znacznie mniejszych rozmiarów dosięgały, aniżeli nowotwory szczepione pod skórę grzbietu lub brzucha, natomiast daleko częściej tworzyły one przerzuty.

Na zasadzie własnych eksperymentów i spostrzeżeń doszedłem do przekonania, że do częstego powstawania przerzutów makroskopowych u myszy zaszczepionych nowotworami złośliwymi potrzebne są następujące trzy warunki:

1) aby nowotwór, którego się używa do szczepienia, miał skłonność do szybkiego rozwoju;

2) aby był zaszczepiony w miejscu, które nie sprzyja szybkiemu rozwojowi nowotworu;

3) aby był zaszczepiony myszom, których ustrój sprzyja powstawaniu przerzutów makroskopowych.

Z oddziału Docenta Dra med. Wł. Janowskiego w Szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie.

O barwiącej się za życia ziarnistości krwinek czerwonych (substantia granulo-reticulo-filamentosa)

jej pochodzeniu i stosunku do nakropień zasadochłonnych.

Podał

Dr Ryszard Hertz,
asystent oddziału.

(Dokończenie).

Widzimy więc, jak sprzeczne są poglądy, wygłaszane co do natury nakrapiania zasadochłonnego i jak rozmaite zarzuty stawiano każdej teoryi. Wszystkie te poglądy możemy uszeregować w następujący sposób:

1. Nakropienie zasadochłonne jest natury plazmatycznej:

a) degeneracyjnej (Grawitz),

b) odrodczej. a mianowicie:

α) jest zjawiskiem odrodczem o charakterze chorobowym (zarodkowym) — (Pappenheim).

β) rozwija się z polichromatofilii (Askanazy);

2. Nakropienie zasadochłonne jest natury jądrowej:

a) odrodczej (Nägeli, Meyer, Sabrazès),

b) przechodzi w polichromatofilię (P. Schmidt).

B) Wszystkie te teorye zostały przeniesione i na substancyę ziarnistą, barwiącą się za życia, albo też zostały wyprowadzone zupełnie samodzielnie co do niej, bez związku ze sprawą nakropienia zasadochłonnego. Są wreszcie tacy badacze, którzy świadomie lub nieświadomie mieszają oba rodzaje ziarnistości. Jedni badacze, uważający, że nakropienie utrwalonego preparatu jest pochodzenia jądrowego, ten sam pogląd stosują i do ziarnistości, barwiącej się za życia (Arrigoni); inni, dla których punktem wyjścia była ziarnistość, barwiąca się za życia, a uważana przez nich za wytwór protoplazmy, tak samo tłómaczą sobie i nakropienie zasadochłonne [Cesaris Demel (11), Rosin i Bibergeil (52)].

Postępowanie to jednak nie jest właściwe; można przecież twierdzić, że oba rodzaje ziarnistości nie mają ze sobą nic wspólnego, przyznając obu jednocześnie naturę jądrową, czy plazmatyczną, młodzieńczą, czy degeneracyjną, — i odwrotnie, gdyby obydwa zjawiska były n. p. natury plazmatycznej i młodzieńczej, nie dowodziłoby to jeszcze ich materyalnej tożsamości.

Aby usprawiedliwić utożsamienie obydwóch rodzajów ziarnistości i przenoszenie wniosków, wysnutych z badania n. p. ziarnistości za życia się barwiącej, na nakropienie zasadochłonne w preparacie utrwalonym, — podnoszono, że substancyę ziarnistą znajdować można w młodocianych ciałkach krwi, w szpiku kostnym, we krwi przy niedokrwistości w erytroblastach i przy polichromatofilii. Tak samo szereg autorów przypisuje naturę odrodczą i prawdziwemu nakropieniu zasadochłonnemu, które znajdowano również w ciałkach polichromatycznych, w erytroblastach, we krwi przy niedokrwistości i w blednicy.

Liczne fakty przemawiają jednak przeciw temu utożsamieniu.

1) Przedewszystkiem różnice morfologiczne i mikrochemiczne pomiędzy ziarnistością, barwiącą się za życia i nakropieniem zasadochłonnem: aby spostrzegać nakropienie zasadochłonne, niezbędne jest utrwalenie krwi, gdy ziarnistość barwiącą się za życia, można barwić tylko we krwi świeżej osobną metodą.

2) Brak nakropienia zasadochłonnego w zmienionym chorobowo szpiku kostnym [z wyjątkiem przypadków Nägeliego, Lutosławskiego i Ferraty (18)], bardzo skąpe występowanie jego we krwi prawidłowej i zupełny brak jego w czerwonych krwinkach zwierząt, których krwinki stale zawierają jądra, nawet przy utaczaniu krwi lub zatruciu ołowiem [E. Meyer (38), P. Schmidt], w których to stanach jednak wszędzie można napotkać barwiącą się za życia substancyę ziarnistą.

3) Obecność jednego rodzaju ziarnistości przy równoczesnym braku drugiego. Może się zdarzyć, że u jednego i tego samego osobnika, względnie zwierzęcia, znajdują się we krwi obydwa rodzaje ziarnistości — nakropienie widoczne w preparacie utrwalonym, substancya ziarnista przy barwieniu krwi żywej. Ale i w tych przypadkach stosunek ilościowy pomiędzy obydwoma rodzajami ziarnistości bywa tak różny, że pojęcie różnicy jakościowej nasuwa się samo przez się. Gdy mianowicie czerwone ciałka z nakropieniami zasadochłonnemi można spotkać co najwyżej pojedynczo w każdem polu widzenia, to ciałka z barwiącą się za życia ziarnistością stanowić mogą 60—70% wszystkich ciałek czerwonych.

V. Wnioski.

Na podstawie wszystkich tych faktów pozwalam sobie wyprowadzić wniosek, zgodny z poglądami Pappenheima (48), Blocha (8), Fiessingera i Abramiego (20), że b a r w i ą c a s i ę z a ż y c i a s u b s t a n c y a z i a r n i s t a i n a k r o p i e n i e z a s a d o c h ł o n n e n i e m a j ą z e s o b ą a b s o l u t n i e n i c w s p ó l n e g o.

Jeżeli obydwie ziarnistości — każda zapomocą odpowiedniej metody barwienia — mogą być uwidocznione w jednej i tej samej krwi i obydwie mogą być uważane za wyraz młodzieńczości, nie upoważnia to bynajmniej do utożsamiania obu tych ziarnistości ze sobą, w szczególności substancyi ziarnistej, barwiącej się za życia, niepodobna uważać za wytwór jądra.

Już Pappenheim (48) wyraził zdanie, że barwiąca się za życia substancya ziarnista stale towarzyszy polichromatofilii, na zasadzie jednak przesłanek czysto teoretycznych nie przypuszcza, żeby pomiędzy obu temi zjawiskami istniał bezpośredni związek genetyczny. Zdaniem mojem, ziarnistość barwiąca się za życia jest co do swej natury identyczna z polichromatofilią, a zdanie to opieram na następujących danych:

1) Barwiąc n. p. krew psa, zatrutego toluylendiaminą, najpierw jako krew żywą, a następnie po utrwaleniu, w pierwszym preparacie znajduje się czerwone ciałka krwi z ziarnistością barwiącą się za życia w ilości odpowiadającej polichromatycznym ciałkom drugiego preparatu. Znam fakty tego rodzaju i z literatury francuskiej: we wszystkich prawie przypadkach żółtaczki hemolitycznej z bardzo zna-

czną liczbą czerwonych ciałek krwi, zawierających ziarnistość, barwiącą się za życia. Abrami i Brulé zdołali wykazać równocześnie w preparacie utrwalonym niemniej liczne czerwone ciałka krwi polichromatyczne. Na fakt ten słusznie kładzie nacisk Sabrazès (59),

2) Jeżeli preparat, zabarwiony jako krew żywa wielobarwnym błękitem metylenowym Unny według metody Widala i zawierający liczne ciałka z ziarnistością barwiącą się za życia, zabarwimy następnie barwikiem May-Grünwalda lub Fleischmanna, to różowy kolor przybiorą, między innemi, i czerwone ciałka krwi, zawierające ziarnistość, barwiącą się za życia, gdy znowu w preparacie, barwionym tylko tymi drugimi barwikami, bez uprzedniego barwienia krwi żywej, znajdziemy odpowiednią liczbę ciałek polichromatycznych (por. Fig. Nr 2 i 3).

3) W jednym przypadku zatrucia psa toluylendiaminą, w preparacie ze krwi, wziętej z serca przy obdukcyi w 28 godzin po śmierci, udało mi się zabarwić, po poprzedniem utrwaleniu preparatu lub wprost barwnikiem Fleischmanna substancyę ziarnistą, barwiącą się zazwyczaj tylko we krwi żywej. Preparat wyglądał, jakby był zabarwiony jako krew żywa. Ponieważ krew tego zwierzęcia i za życia zawierała obficie czerwone ciałka krwi z ziarnistością barwiącą się za życia, przypuszczam więc, że w ciągu 24 godzin po śmierci substancya ziarnista zdołała ściąć się tak, że mogła być zabarwiona w zwykły sposób.

4) Wprawdzie nie przy pomocy zwykłych odczynników chemicznych, ale przy użyciu metody Fleischmanna (22), o której mówiłem poprzednio, udało mi się, naturalnie tylko w przypadkach chorobowych, strącać substancyę ziarnistą, barwiącą się za życia (podłoże polichromatofilii) i zabarwić ją po poprzedniem utrwaleniu preparatu.

Według mego poglądu na istotę i znaczenie substancyi ziarnistej, barwiącej się za życia, należy przyjąć, że nie chodzi tu o preformowane pierwiastki morfologiczne, lecz o osady, powstałe od działania barwników, poniekąd więc o produkty sztuczne. Mimo to jednak upoważniają one do pewnych wniosków, gdyż ukazują się stale w tych tylko przypadkach, w których barwione równolegle preparaty utrwalone zawierają czerwone ciałka krwi polichromatyczne, przyczem zachodzi stosunek prosty liczbowy pomiędzy liczbą ciałek polichromatycznych, a liczbą krwinek, zawierających ziarnistość barwiącą się za życia. O rozpoznawczem i rokującem znaczeniu tego zjawiska można powiedzieć tylko tyle, że obfitość czerwonych ciałek krwi, zawierających ziarnistość barwiącą się za życia, wskazuje na ożywioną działalność wytwórczą, wzgl. odrodczą szpiku kostnego.

Co się zaś tyczy występującego w utrwalonym preparacie nakropienia zasadochłonnego, to nie widzę żadnych danych, któreby pozwalały utożsamiać je z polichromatofilią czerwonych ciałek krwi. Przyznaję, że nakropienie zasadochłonne często występuje w ciałkach polichromatycznych, nie upoważnia to jednak do twierdzenia, że podłożem jego jest ta sama substancya, od której zależy zasadochłonność ciałka polichromatycznego, gdyż niema prostego stosunku między stopniem polichromatofilii czerwonych ciałek krwi, a liczbą ciałek zawierających nakropienia zasadochłonne.

Grawitz (27) sądzi, że nakropienie zasadochłonne nie jest wogóle preformowane w czerwonych krwinkach, lecz zostaje w nich strącone pod wpływem barwików. Poparcie swego twierdzenia autor ten widzi w tem, że jeżeli świeżą i niezabarwioną kroplę krwi, zawierającej po utrwaleniu i zabarwieniu liczne nakropione czerwone ciałka, badać w świetle ultrafioletowem, przy którem najdrobniejsze ziarenka białych ciałek krwi występują bardzo wyraźnie, to rzeczone czerwone ciałka przedstawiają się zupełnie jednolicie i żadnej ziarnistości nie wykazują. Nie rozporządzając przyrządem do badań przy świetle ultrafioletowem, bardzo zresztą drogim, złożonym i wymagającym wielkiej umiejętności w obchodzeniu się z nim, nie mogłem sprawdzić twierdzeń Grawitza. Sądzę jednakże, że o ile spostrzeżenia Grawitza okażą się w przyszłości słuszne, to sprawę pochodzenia protoplazmatycznego nakropień zasadochłonnych można będzie uważać za ostatecznie rozwiązaną w sensie dodatnim, gdyż niewidoczność nakropienia w świetle ultrafioletowem zdaje się dostatecznie zaprzeczać jego pochodzeniu jądrowemu.

Nie widzę jednak na razie możności rozwiązania pytania, czy występowanie we krwi nakropień zasadochłonnych jest objawem zwyrodnienia, czy też odradzania się. Za pierwszem przemawia występowanie nakropienia zasadochłonnego przy zatruciu ołowiem, częstsze występowanie jego przy niedokrwistości złośliwej, niż przy niedokrwistościach wtórnych, oraz brak jego w szpiku kostnym nawet w tych przypadkach, w których występuje ono obficie we krwi. Za znaczeniem zaś odrodczem tego nakropienia przemawia dość częste występowanie jego we krwi zarodków, oraz ten fakt, że występuje ono przy doświadczalnem zatruciu ołowiem tylko w przypadkach stosowania tej trucizny w mniejszych dawkach.

Streszczając więc ostatecznie wyniki mej pracy, twierdzę, co następuje:

1) Nakropienie zasadochłonne i ziarnistość, barwiąca się za życia, nie są identyczne.

2) Niema dostatecznych danych do rozstrzygnięcia ostatecznego sprawy pochodzenia, oraz znaczenia odrodczego, wzgl. degeneracyjnego, nakropienia zasadochłonnego.

3) Przeciwnie co do ziarnistości barwiącej się za życia twierdzić można stanowczo, że jest ona identyczna z substancyą polichromatyczną i że jest zjawiskiem odrodczem.

Piśmiennictwo.

1. Agasse-Lafont et Heim F. Les réactions hematiques du saturnisme latent. Comptes rend. de l'Assoc. franc. pr. l'Avanc. des Sciences. 1908, p. 925. — 2. Askanazy S. Ueber einen interessanten Blutbefund bei rapid letal verlaufender perniz. Anämie. Zeitschr. f. kl. Med. 1893. Bd. 23. — 3. Askanazy S. Ueber die Körnung der rothen Blutkörperchen bei Anämie-Zuständen. Zeit. f. kl. Med. 1907. Bd. 64. S. 289, — 4. Aubertin. Réactions sanguines dans le saturnisme expérim. Arch. des mal. du coeur. 1908. Vol. II. — 5. Belli. Cytow. według C. Demela. — 6. Behrend. Cyt. według Sabrazèsa. — 7. Bidone i Gardini. Cyt. według C. Demela. — 8. Bloch E. Beiträge zur Hämatologie. Zeit. f. kl. Med. 1901. S. 420. — 9. Blumenthal u. Morawitz. Experimentelle Untersuchungen über posthämorrhagische Anämie und ihre Beziehungen zur aplastischen Anämie. Deut. Arch. f. kl. Med. Bd. 92. — 10. Boellke O. Ueber die klinische Bedeutung der wichtigsten morphologischen Veränderungen an den rothen Blutkörperchen. Virchows Arch. 1904. Bd. 176. S. 47. — 11. Cesaris Demel A. Studien über die rothen Blutkörperchen mit den Methoden der Färbung im frischen Zustande. Folia haemato-

log. 1907. IV. Supplem. H. 1. — 12. Chauffard A. Pathogénie de l'ictère congenit. de l'adulte. Sem. méd. 1907. Nr 3. — 13. Chauffard A. et N. Fiessinger. Nouvelles recherches sur la genèse des hématies granuleuses. Compt. rend. de la Soc. d. Biologie. 1907. p. 672. — 14. Chauffard A. et N. Fiessinger. Recherches expériment. sur les rapports entre l'hémolyse et les hémat. granuleuses. Bullt. de la Soc méd. des Hôpit. 1907. 29. XI. — 15. Chauffard A. et N. Fiessinger. Hémoglobinurie hemolysinique avec ictère polycholique aigu. Soc. méd. 1909. Nr 51. — 16. Dunin T. O stanach anemicznych. Odczyty klin. Wyd. Gaz. lek. 1896. Serya VII. — 17. Ehrlich Lazarus. Die Anämie. 1898—1910. I. Abt. I. T. — 18. Ferrata A. Ueber einige normale und pathologische Blutbefunde beim Meerschweinchen (Kurloffkörper und basophile Punkte). Folia haemat. 1909. Bd. VIII. H. 5. — 19. Fiessinger N. et Abrami S. Les hématies granuleuses dans les ictèrus de l'adulte. Compt. rend. de l'Assoc. franc. pr. l'Avanc. des Sciences. 1908. p. 841. — 20. Fiessinger N. et Abr mi S. Les hematies à granulations. Revue de médecine. 1990. Nr 1. — 21. Fiessinger N. et Peigney A. Des altérations des globules rouges au cours de la colique de plomb. Arch. des malad. du coeur et du sang. 1909. Nr 8. — 22. Fleischmann P. Ueber gewisse bei vitaler Färbung auftretende basophile Körnchen in den roten Blutkörperchen. Mediz. Klin. 1905. Nr 11. — 23. Foa i Cesaris Demel. Cyt. według Ces. Demela — 24. Giglio Tos. Cyt. według Pappenheima. — 25. Grawitz E. Ueber körnige Degeneration der roten Blutzellen. Deut. med. Wochs. 1899. Nr 36. — 26. Grawitz E. Pathologie des Blutes. 1906. — 27. Grawitz E. Diskussionsbemerkungen. Berl. hämat. Gesellsch. Folia haem. 1909. Bd. VII. H. 5. — 28. Hammel. Deut. Arch. f. kl. Med. 1900. Nr 3—4. — 29. Horseley. Münch. med. Wochs. 1897. Nr 23. S. 625. — 30. Israel A. und Pappenheim. Ueber die Entkernung der Säugethiererythroblasten. Virchows Arch. Bd. 143. S. 419, 444. — 31. Jolly. Sur les granulations basophiles des hématies. Arch. des mal. du coeur et du sang. 1908. p. 289. — 32. Jovane. Cyt. według Ces. Demela. — 33. Klejn S. Własności regeneracyjne ustroju w stosunku do rozmaitych stanów niedokrwistości złośliwej; w »Przyczynkach do anat. patolog. i medycyny klinicznej«, ofiarowanych Prof. Brodowskiemu. 1893. — 34. Landau H. Zur Lehre von der sogen. »körnigen Degeneration« der Erythrozyten 1908. Folia haemat. Bd. V. Nr 6. — 35. Le Gendre et M. Brulé. Deux observations d'ictères hémolytiques. Bullt. et Mémoires de la Soc. médic. des Hôpit. 1909. Nr 3. — 36. Lutosławski K. Die basoph. Granula der Erythrocyten. Dissertation. Zürich. Füssli. — 37. Maximow A. Ueber die Structur und Entkernung der rot. Blutkörperchen der Säugethiere und über die Herkunft der Blutplättchen. Arch. f. Anat. u. Physiol. 1899. S. 33. — 38. Meyer u. Speroni. Ueber punctierte Erythrozyten. Münch. med. Wochs. 1906. S. 796. — 39. Michaelis L. Die vitale Färbung, eine Darstellungsmethode der Zellgranula. Arch. f. mikroskop. Anat. 1900. p. 558. — 40. Michaelis L. Die Theorie der histologischen Färbemethodik. Die deut. Klinik. 1906. — 41. Naegeli. Blutkrankheiten und Blutdiagnostik. 1908. — 42. Negri. Cyt. według C. Demela. — 43. Pappenheim A. Inaugur. Dissert. 4. 59. — 44. Pappenheim A. Einige Bemerkungen über Methoden und Ergebnisse der sogen. Vitalfärbung an den Erythrozyten. Folia haemat. 1907. Supplem. Nr 1. — 45. Pappenheim E. Zur Kenntniss und Würdigung der Methylgrün-Pyronin Reaktion. Folia haemat. — 46. Pappenheim A. Ueber lymphoide basophile Vorstufen der Erythroblasten. Folia haemat. 1908. Bd. V. Nr 6. — 47. Pappenheim A. Bemerkungen zur Kenntnis und Bedeutung der basophilen Punctierung der rothen Blutkörperchen. Folia haemat. 1908. Bd. V. Nr 6. — 48. Pappenheim A. Ueber die Beziehung der sogen. basophilen Punctierung der rothen kernhaltigen und kernlosen Blutkörperchen zur vital darstellbaren Substantia reticulofilament. u. zur Polychromatophilie. Folia haemat. 1909. Bd. VII. — 49. Pappenheim A. Diskussionsbemerkungen. Folia haemat. 1910. Bd. IX. H. 1. S. 86. — 50. Poggi. Cyt. według C. Demela. — 51. Renaux. Les diverses espèces d'hématies granuleuses et leur signification. Journal méd. de Bruxelles 1909. 2. XII. Vol. XIV. Nr. 48. p. 757. — 52. Rosin und Bibergeil. Ueber vitale Blutfärbung und deren Ergebnisse bei Erythrocyten und Blutplättch. Zeit. f. kl. Med. 1904. S. 197. — 53. v. Ruzicka. Cytol. Untersuchungen über die rothen Blutkörperchen. Arch. f. mikrosk. Anat. 1906. Bd. 67. P. 82. — 54. Sabrazès, Bourret, Léger. Les hématies a granulations basophiles dans le saturnisme expérimental et clinique. XIII. Congr. intern. de méd. 1900. — 55. Sabrazès. Polychromatophilie et hématies à granulations basophiles dans le sang de sujets ayant du plomb dans l'organisme à la suite de coups de feu. Gaz. hebd. d. Soc. méd. de Bordeaux. 1907. 14. VII. — 56. Sabrazès et Muralet. Réactions colorantes des granulations basophiles et du reste nucléaire pycnotique vis-à-vis du melange de Pappenheim. Gaz hebd. d. Soc. de Bordeaux. 1907. Nr 20. — 57. Sabrazès et Leuvet E. Hématies granuleuses et polychromatophilie dans l'ictère des nouveau-nés. Comptes rendus de la Sóciete de Biol. 1908. p. 423. — 58. Sabrazès. A propos du sang des saturnins et de la question de la polychrom. des hématies granulo-reticulo-filamenteuses et des hém. gran. basophil. Gaz. hebd. des Soc. méd. de Bordeaux. 1909. 12. IX. — 59. Sabrazès d. et Benech B. Ictère hémolytique chronique avec splenomégalie. Gaz. hebd. des Sc. med. de Boredaux. — 60. Sacquépée M. Formule sanguine des ictères hémolyt. acquis avec réaction granuleuse retardée. Bullt. et Mém. de la Soc. méd. des Hôpitaux. 1909. Nr 5. — 61. Schmidt P. Ueber Jugendstadien der rothen Blutkörperchen. Arch. f. mikroskop. Anat. u. Entwicklungsgeschichte. Bd. 72. — 62. Schmidt B. Untersuchungen bei experimenteller Bleivergiftung. Deut. Arch. f. kl. Med. 1909. Nr 96. — 63. Schmidt P. Ueber den diagnostischen Wert der Bluturtersuchung bei Bleivergiftung. Deut. med. Wochs. 1909. Nr 27. — 64. Starkiewicz. O żółtaczce hemolitycznej w związku z kwestyą ziarnistości czerwonych krążków krwi. Gaz. lek. 1909. Nr 12. — 65. Strauss. Diskussion zu den Mitteilungen der H. Litten und Borchardt. Deut. med. Wochs. 1899. Nr 44. S. 268. — 66. Trautmann A. Zur Diagnose der Bleivergiftuug aus dem Blute. Münch. med. Wochs. 1909. 6. VII. — 67. Vast A. Action de la toluylendiamine sur les glob. rouges. Thèse. Paris. 1899. — 68b. Weidenreich. Studien über das Blut und die blutbildenden und zerstörenden Organe. Arch. f. mikroskop. Anat. u. Entwickelungsl. 1905. Bd. 66. S. 270. — 68a. Weidenreich. Form und Bau der rot. Blutkörperchen. Arch. f. mikroskop. Anat. u. Entwicklungsl. 1902. Bd. 61. — 69. White i Pepper. Cyt. według Askanazyego. — 70. Widal F. et Abrami P. Types divers d'ictères hémolytiques non congénitaux avec anémie. Bullt. et Mém. de la Soc. méd. des Hôpit 1907. 8. XI. — 71. Widal F. Abrami et Brulé. Anémie grave mortelle. Hémat. granuleuses. Bullt. et Mém. de la Soc. méd. des Hôpitaux. 1907. 13. XII. — 72. Widal F. Abrami et Brulé. Pluralité d'origine des ictères hémolytiques. Bullt. et Mém. de la Soc. méd. des Hôpitaux. 1907. 29. XI. — 73. Widal F. Abrami et Brulé. Diversité de types des hématies granuleuses. Comptes rendus de la Soc. de Biol. 1908. p. 496.

Sprostowanie. W Nrze 51. str. 770, szpalta II, wiersz 5-ty od góry, po słowach: »autorów francuskich« należy dodać: »również kol. Starkiewicz spostrzegał i dokładnie opisał przypadek wrodzonej żółtaczki hemolitycznej, w którym czerwone krwinki z barwiącą się za życia ziarnistością występowały bardzo obficie«.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Rieder. **Przewlekły wrzód żołądka i jego rentgenologiczne wykazanie.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 48). W dziedzinie nauki o wrzodzie żołądka zmieniło się w ostatnich czasach wiele poglądów. Tak n. p. wiemy już, że wrzód żołądka nie powstaje przez samostrawienie, bo spostrzega się go i przy braku kwasu solnego, a nawet przy alkalicznej treści żołądkowej. Dokładne statystyki nie wykazują, by wrzód występował częściej znacznie u kobiet, niż u mężczyzn, jak to dawniej sądzono. Znamy pewne ulubione siedziby wrzodu w żołądku i przedewszystkiem należy tu tak zwana »rynna pokarmowa« wzdłuż małej krzywizny. — Badanie rentgenowskie rozjaśniło wiele zagadnień. Przy wrzodach płaskich niema ono znaczenia, natomiast oddaje niezmiernie cenne usługi przy wrzodach drążących i przy chorobowych kształtach żołądka. Zapomocą promieni X. stwierdzono również, że tak ważny objaw przy ostrym wrzodzie, jak bolesność w nadbrzuszu, nie pochodzi wcale od wrzodu, bo często nawet wogóle w tem miejscu żołądek nie leży. Spotyka się tę bolesność przy opadnięciu trzew i niestrawności, a pochodzi ona prawdopodobnie od tkliwości

zwoju trzewnego. Spotykane przy wrzodach zwiększone i przyspieszone wydzielanie zapomocą prześwietlania często stwierdzić się daje. — Wreszcie zapomocą rentgenoskopii udaje się często odróżnić wrzód od raka, n. p. w przypadkach wyczuwalnego guza. K.

D'Amato i Cuomo. **Badania kliniczne i doświadczalne nad wartością próby Cammidgea.** (Ztrbl f. inn. Med. 1910, Nr 41). Na podstawie dwuletnich badań, przeprowadzonych na bogatym materyale klinicznym dochodzą autorowie do przekonania, że odczynu Cammidgea nie spotyka się nigdy u osób zdrowych, i że nie jest on wyłączną właściwością schorzeń trzustki, gdyż spotyka go się również przy schorzeniach innych narządów jamy brzusznej. Zachodziło pytanie, wśród jakich warunków odczyn ten powstaje? Aby odpowiedzieć na to pytanie i wykazać wpływ trzustki na częstość pojawiania się dodatniego odczynu, uciekli się autorowie do badań doświadczalnych. Zapomocą wstrzykiwań adrenaliny, florydzyny, lub zupełnego usunięcia trzustki wywoływali cukrzycę u psów i przekonali się, że w moczu tych psów odczyn Cammidgea był zawsze ujemny. Zaburzenia w wydzielaniu soku trzustkowego, wywołane podwiązaniem przewodu Wirsunga, nie dały dodatniego wyniku. Podwiązanie przewodu żółciowego wspólnego dało w jednym przypadku odczyn ujemny, w dwóch dodatni, mimo, że na sekcyi tych psów znaleziono trzustki niezmienione. Wstrzykiwania rozczynu chlorku cynku do trzustki wywoływały w niej wprawdzie rozległą martwicę tkanki tłuszczowej, jednak odczyn Cammidgea był ujemny. Wstrzykiwania hodowli prątka okrężnicy do trzustki dały ujemny wynik odczynu, zaś wstrzykiwania gronkowców 2 razy wynik dodatni. Badania doświadczalne potwierdziły spostrzeżenia kliniczne, że odczyn Cammidgea nie jest jednak dla schorzeń trzustki właściwym i że nie zjawia się u osób zdrowych. — Dalsze badania autorów zmierzały do wykazania z jakiej, względnie z jakich substancyi powstaje odczyn Cammidgea. Cammidge sam przypuszczał początkowo, że odczyn powstaje dzięki glicerynie, która dostaje się do moczu przez rozpad tłuszczów obojętnych. Podali więc autorowie 7 chorym, u których odczyn był ujemny, 50 gr. czystej Merckowskiej gliceryny i znaleźli przy wykonaniu próby C. 5 razy kryształki, różniące się jednak kształtem i ułożeniem od typowych kryształków Cammidgea. Dodawali potem do moczu wprost gliceryny, i tu odczyn był ujemnym. Ponieważ Cammidge, po odrzuceniu swej pierwszej teoryi, twierdził, że w odczynie chodzi o pentozy, zawarte w trzustce, a zjawiające się w moczu wtedy, kiedy czynność trzustki jest upośledzona, uzyskali autorowie sposobem Salkowskiego pentozy z trzustki i wykonywali w otrzymanym płynie odczyn Cammidgea. Kryształki były bardzo zbliżone do kryształków typowych. Po dodaniu do masy sakcharozy, która według Smoleńskiego ma być owem ciałem, dającem dodatni odczyn, otrzymali autorowie kryształki długie, inne o ułożeniu promienistem. Podobne kryształki otrzymali po wprowadzeniu sakcharozy do żołądka psów z podwiązanym przewodem Wirsunga. Z tego doświadczenia wynika, że obecność sakcharozy w moczu, lub wprowadzenie dawki sakcharozy, przekraczającej tolerancyę, daje przy próbie Cammidgea kryształki bardzo podobne do opisanych przez samego autora. Wyniki swych badań streszczają autorowie w następujący sposób. Odczyn Cammidgea jest odczynem patologicznym, pojawienie się jego w moczu osób zdrowych jest wyjątkowem lub przypadkowem zjawiskiem. Odczyn ten nie jest właściwym dla chorób trzustki, chociaż zjawia się częściej przy jej schorzeniach. niż przy schorzeniach innych narządów jamy brzusznej, a przy schorzeniach narządów jamy brzusznej częściej, niż przy schorzeniach innych narządów ciała. Rosenfeld.

Prof. Tamburini. **O ramieniu lombardzkim** (pelagra). (Mediz. Klinik 1910, Nr 48). Choroba ta, nieznana w krajach środkowej i północnej Europy, jest klęską na południu. Powstanie jej łączą ze spożywaniem zepsutego ryżu, a faktem jest, że zjawiła się ona w Europie przed 200 laty, t. j. po wprowadzeniu uprawy ryżu. Zmiany usadawiają się w skórze, przewodzie pokarmowym i układzie nerwowym. Na skórze, zwłaszcza na grzbiecie ręki, tworzą się wypryski, ew. pęcherze lub owrzodzenia, gojące się pod zimę, a otwierające się na wiosnę. W przewodzie pokarmowym spotykamy objawy nieżytów, czasem nawet obrazy podobne do duru, a prócz tego charakterystyczny nieraz wstręt do jadła, a chęć pożywania drzewa, kredy i t. p. Najważniejsze są zmiany psychiczne i nerwowe: Zwidywania, chęć do samobójstwa (zwłaszcza topienie się), drżączka, apatya, czasem kurcze lub tężec, znieczulenia lub przeczulice, katatonia i t. p. Cechujące tę chorobę są nasilenia wiosenne, zwykle co roku silniejsze. Często zjawiają się prócz tego zmięknienia kości, przypominające osteomalacyę. K.

Prof. Henkel. **O wpływie wlewań soli kuchennej.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 48). W ostatnich czasach podnoszą się coraz to częściej głosy przeciwko stosowaniu podskórnych, czy też śródżylnych wlewań fizyologicznych rozczynów soli kuchennej. Jedni twierdzą, że wlewania te wpływają źle na nerki, inni znów, że wlewania działają źle na serce. Thiess n. p. kategorycznie twierdzi, że wlewań »nie wolno« stosować przy chorych nerkach (n. p. w rzucawce) u osób wyniszczonych, przy zmianach w naczyniach i sercu. Na dowód tych twierdzeń przytacza się zgubne skutki wlewań u zwierząt przy doświadczeniach. Dlatego niektórzy starają się zobojętnić działanie soli kuchennej przez dodatek soli potasowych, lub stosowanie rozczynów hypotonicznych. — Henkel przeprowadził liczne badania na położnicach zdrowych i chorych na nerki i serce i twierdzi stanowczo, że wlewania wcale u człowieka złych skutków nie wywołują. Doświadczenia na zwierzętach nie mają wartości, bo tam stosuje się wlewania w innych warunkach i w dawkach o wiele większych, niż u ludzi. Nikt też chyba nie zaprzeczy, że w tysiącach i setkach tysięcy przypadków jedynie wlewaniom zawdzięczamy uratowanie życia chorych. Co więcej, według H., wlewania odkażają ustrój. H. twierdzi, że według obecnego stanu wiedzy wlewania i nadal stosować można i należy, i to nawet przy powikłaniach nerkowych, obrzękach, rzucawce porodowej, wadach i złym stanie serca i naczyń. K.

Pedyatrya.

J. R. Clemens. **Nowa oznaka gośćca u dzieci.** Archives of Pediatrics. (Maj, 1910).

Autor (profesor pedyatryi w St. Louis) ogłosił przed trzema laty seryę przypadków gośćca w wieku dziecięcym, w których gruczoł tarczowy był powiększony. Od tego czasu autor tak często napotykał powiększenie tego gruczołu w przebiegu gośćca u dzieci, że uważa je za jedną z oznak gośćca. Czas występowania tego objawu bywał rozmaity: w niektórych przypadkach powiększenie gruczołu tarczowego wyprzedzało wszelkie inne objawy tego cierpienia, w niektórych towarzyszyło im, w innych spostrzegać się dawało obok przewlekłego zapalenia wsierdzia, już po zniknięciu wszystkich objawów gośćca Powiększenie to gruczołu nie jest znaczne, ale przy oglądaniu z przodu uwydatnia się dość wyraźnie pewnem obrzmieniem (pełnością) szyi. Notatkę autora uzupełniają wzmianki o spostrzeżeniach Orda, Vlawthorna, Weila, Westa, Chibreta i F. Müllera, dotyczących związku między gośćcem a chorobą Gravesa. B. Polikier.

Poenaro-Caplesco. **W sprawie nowego objawu klinicznego ułatwiającego wczesne rozpoznanie gruźlicy (objaw powieki górnej).** (Soc. de sc. méd. de Bukarest. Czerwiec, 1908). Objaw ten, polegający na obrzęku powieki górnej, spostrzegał autor u osobników gruźliczych ze zmianami bardziej lub mniej utajonemi, szczególnie w przypadkach zajęcia gruczołów, stawów i płuc. Dokładne badanie serca i moczu w takich przypadkach pozwalało wyłączyć zmiany chorobowe w układzie krążenia, oraz w ner-

wach. Z pośród 61 chorych z objawem powyższym w okresie gruźlicy, nie dającej się stwierdzić klinicznie, 23 osoby, według autora, znajdowały się w wieku, w którym najczęściej rozwija się gruźlica. U pewnej liczby chorych z wyraźnym obrzękiem powiek górnych spostrzegał autor również objawy, przypominające lekką postać choroby Basedowa: lekkie przyspieszenie czynności serca i przerost tarczycy. Objawy, dopiero co wymienione, można zdaniem autora, wytłómaczyć oddziaływaniem jadów gruźliczych na gruczoł tarczowy lub na nerwy współczulny i błędny; w ich czynności istotnie zachodzą zaburzenia przy chorobie Basedowa.

S. Łyskawiński.

Forsner. **Badanie następcze po 15—20 latach w 28 przypadkach pląsawicy.** (Jahrbuch für Kinderheilk. Styczeń 1910). Już niejednokrotnie stwierdzono związek, zachodzący pomiędzy pląsawicą, chorobami stawów i serca u dzieci. Autorowi chodziło o przekonanie się, jak często chorzy, którzy przebyli pląsawicę, podlegają innym chorobom, nie występującym jako powikłanie pląsawicy. Z 34 chorych na pląsawicę w klinice w Sztokholmie w latach 1885—1892 udało się o losach 28 otrzymać dokładne wiadomości, a mianowicie: 7 zmarło na chorobę serca, 5 było chorych na serce, w 5 przypadkach rozwinęła się gruźlica, w 7 stwierdzono białkomocz, w 1 wól (chorobę Basedowa?), jedna osoba była upośledzona moralnie i jedna wątła i mizerna, a tylko w jednym przypadku, którego autor nie mógł zbadać, stan zdrowia wydał się dobrym. Z badań tych autor wnosi, że na pląsawicę zapadają przeważnie osobniki słabe, które też w późniejszym czasie często podlegają rozmaitym przewlekłym chorobom.

T. Mogilnicki.

Schick. **O wysypce popłoniczej wywołanej urazem (erythema postscarlatinosum).** (Jahrb. f. Kindh. Luty 1910). Powstawanie wysypek w przebiegu zdrowienia po płonicy zdarza się rzadko. Pięć przypadków takich wysypek, spostrzeganych przez autora, miały tę dziwną właściwość, że najmniejszy uraz, jak zdrapanie nabłonka lub ukłucie igłą, wywoływało nowe ogniska wysypkowe. Tą też właściwością objaśnić można i usadowienie wysypki na łokciach, pośladkach i wogóle w miejscach, które najłatwiej podlegają uciskowi. Prócz tego zauważono symetryczność powstawania wyprysków, początkowo na jednej, później na drugiej połowie ciała w tem samem miejscu. Wysypki te prawdopodobnie należałoby zaliczyć do zapaleń angioneurotycznych.

T. Mogilnicki.

Fedyński. **Wpływ surowicy Mosera na przebieg i śmiertelność z płonicy.** (Jahrbuch für Kinderh. Nr I. II. 1910). Badania autora dotyczyły 317 chorych na płonicę dzieci, którym wstrzykiwano surowicę przeciwpłoniczą, przygotowywaną w instytucie bakteryologicznym w Moskwie, i 920 dzieci, leczonych bez surowicy. Surowicę stosowano w pierwszym okresie choroby, t. j. przed upływem pierwszych 5 dni od zachorowania. Stale wstrzykiwano surowicę tylko w postaciach wyjątkowo ciężkich III i IV kategoryi, w lżejszych II kateg. stosowano ją niezawsze, a najlżejsze postacie I kateg. pozostawiano przeważnie bez leczenia swoistego. Najwybitniejszy wpływ wywierała surowica na zmniejszenie się śmiertelności, szczególniej wyraźnie w przypadkach najgroźniejszych (IV kateg.): 42,2% śmiertelności wobec 100% nieleczonych surowicą. Wstrzykiwanie surowicy wpływało również na przebieg samej choroby, a więc w ogromnej większości przypadków po zastosowaniu surowicy następował szybki spadek ciepłoty, polepszenie się stanu ogólnego i działalności serca, oraz zmniejszenie się wyrazistości wysypki. Powikłania zdarzały się rzadziej, trwały krócej, a przebiegały łagodniej, niż w przypadkach nieleczonych swoiście. Wogóle autor należy do gorących zwolenników surowicy, radzi ją stosować we wszystkich cięższych przypadkach możliwie wcześnie i w dużych dawkach po 100—200 gr.

T. Mogilnicki.

Götzky F. **O białkomoczu ortotycznym.** (Jahrbuch für Kinderheilkunde. Kwiecień. 1910).

Już oddawna zwrócono uwagę na to, że białkomocz występować może i u ludzi zupełnie zdrowych. W 1885 r. Pary, spostrzegłszy pewną prawidłowość powstawania takiego białkomoczu, nazwał go »cyklicznym«, a w r. 1887 Stirling wykazał, że czynnikiem wywołującym jest postawa stojąca w przeciwieństwie do położenia leżącego, przy którem białkomocz znika. Badania te zostały przez późniejszych autorów potwierdzone. Białkomocz taki nazwano »posturalnym«, później »ortostatycznym«, wreszcie Heubner dał mu nazwę »ortotycznego«. Przez dłuższy czas nie udawało się stwierdzić, czy białkomocz może się zjawiać przy nerkach zdrowych. Rzecz tę wyjaśnili Langstein i Heubner, gdy po 1½-rocznej obserwacyi 11-letniego dziecka z białkomoczem ortotycznym, które zmarło wskutek innej przyczyny, badanie nerek nie wykazało najmniejszych zmian chorobowych. W jaki sposób przy nienaruszonych nerkach powstać może białkomocz, jest rzeczą dotychczas niewyjaśnioną. Edel, Erlanger, Hoozer jako przyczynę podają zaburzenia w krążeniu krwi, podczas gdy Jehle uzależnia powstawanie białkomoczu od czynnika mechanicznego, mianowicie od skrzywienia kręgosłupa w okolicy lędźwiowej ku przodowi. Jehle białkomocz ten nazwał »lordotycznym«. — Badania własne autora opierają się na dłuższej obserwacyi 12 przypadków białkomoczu, z których w 7 nie było żadnych zmian w osadzie i te zalicza do białkomoczu ortotycznego, a w 5 zjawiały się w osadzie wałeczki lub czerwone ciałka krwi i te uważa za przewlekłe zapalenie nerek. Co się tyczy częstości powstawania białkomoczu ortotycznego, to statystyki, opierające się na tysiącach przypadków, podają ją na 5%, przyczem częściej mają zapadać dziewczęta, niż chłopcy. Białkomocz ortotyczny prawie nigdy nie bywa u dzieci do lat 5; liczba przypadków, zaczynając od lat 5, zwiększa się z wiekiem. Z badanych przez autora 346 dzieci od 5 do 13 lat stwierdzono białkomocz u 14·5% (u dziewcząt 17%, u chłopców 12%). Kliniczne objawy u dzieci z białkomoczem ortotycznym nie mają jakichbądź specyalnych cech charakterystycznych Przeważnie są to osobniki słabe, źle odżywione, zapadające często na bóle głowy; nierzadko stwierdzić można częste bicie serca i zmiany w sercu, chociaż zdarza się białkomocz ortotyczny i u dzieci zupełnie zdrowych. Francuzcy autorzy dowodzą istnienia związku pomiędzy tym białkomoczem a gruźlicą. Wśród badanych przez autora 346 dzieci z białkomoczem ortotycznym spostrzegano i osobniki zupełnie zdrowe i neuropatyczne, a wogóle słabe i wątłe. Z badanych 51 tylko 10 oddziaływało na próbę Pirqueta dodatnio, co wcale nie wskazuje na zbytnią częstość gruźlicy u chorych na białkomocz ortotyczny. Wyjątkowo często stwierdzano u ortotyków wybitny dermografizm. Omawiając niejasną dotąd patogenezę białkomoczu ortotycznego, autor zbija teoryę mechaniczną Jehlego na tej zasadzie, że po pierwsze często spostrzegać można białkomocz ortotyczny u osobników bez przedniego skrzywienia kręgosłupa (lordosis), powtóre u ortotyków białko wydziela się w postaci tak zw. ciał kwasu octowego (Essigsäurekörper), gdy przy białkomoczu sztucznie wywołanym przeważa albumina; po trzecie białkomocz ortotyczny znika zaraz po zmianie położenia, a sztucznie wytworzony utrzymuje się jeszcze kilka godzin pomimo pozycyi leżącej i wreszcie Jehle przy sztucznie wywołanym białkomoczu znajdował w osadzie składniki chorobowe (wałeczki, ciałka czerwone krwi), czego nie bywa przy ortotycznym białkomoczu. Leczenie białkomoczu ortotycznego jest wyłącznie zapobiegawcze i wzmacniające i polega na unikaniu przeziębienia i wysiłków.

T. Mogilnicki.

Higiena.

Prof. Burri. **O pozornem nagłem odzyskiwaniu określonych własności fermentacyjnych przez bakterye należące do grupy bakteryi okrężnicy.** (Centbl. f Bacter. I. Abt. Tom. 28. Nr 12—15). Niektóre bakterye z grupy bakteryi okrężnicy wyróżniają się tem, że wobec pewnych rodzajów cukrów posiadają utajone własności fermentacyjne. Własności te można obudzić przez hodowanie tych gatun-

ków bakteryi na pożywce zawierającej odpowiedni cukier. Obudzenie to ujawnić się może na wszystkich komórkach bakteryjnych hodowli, jednak zależnie od indywidualnych własności osobników nie u wszystkich jednakowo szybko. Raz rozbudzone komórki przekazują swe własności fermentacyjne wobec pewnego gatunku cukru swemu potomstwu, które zachowuje je w szeregu generacyi przeszczepianych nawet na pożywki pozbawione odnośnego cukru. Przejście to ze stanu utajonej do czynnej właściwości fermentacyjnej jest dosyć szybkie, jednak nie nagłe. Między stanem utajonym a czynnym istnieją tak dla poszczególnych komórek, jak i kolonii, stadya przejściowe. Objawu powyższego nie można uważać za zmianę własności — mutacyę — według teoryi de Vriesa, lecz jako szczególnego rodzaju przystosowanie się, cechujące się tem, że bakterya w przeciągu krótkiego czasu uzyskuje zdolność zużytkowania dla siebie pewnego gatunku cukru, rozwijając w sobie pod wpływem cukru zdolność wytwarzania pewnego enzymu swoistego, a własność tę przekazując swemu potomstwu. Swoisty przebieg rozwoju tych własności zniewala do twierdzenia, że objaw ten najprawdopodobniej nie jest regeneracyą dawniej już istniejącej własności fermentacyjnej, lecz tylko dowodem, że żadna z poprzednich generacyi w okresie rozwojowym danego gatunku nie miała jeszcze sposobności zetknąć się z odnośnym cukrem. Takie tłómaczenie wyklucza także twierdzenie, jakoby objaw powyższy tłómaczyć należało jako nabycie nowych własności. Jest on obudzeniem i rozwojem funkcyi w pewnem stadyum przygotowanej, lecz dotychczas niewykonywanej. L. Bier.

Dąbrowski. **Drożdżaki w mleku i przetworach mlecznych.** (Ctblt. f. Bacter. 2 Abt. Tom 28 Nr 12—15). Obok bakteryi należy do stałych składników biologicznych w mleku zaliczyć również i drożdżaki, pojawiające się w niem w licznych gatunkach i rodzajach. Najczęściej pojawia się rodzaj »Torula«, mniej często właściwe drożdże, najrzadziej rodzaj »Mycoderma«. Działalność drożdżaków w mleku nie ogranicza się tylko do wytwarzania alkoholu i kwasu węglowego. Obok fermentacyi alkoholowej, wytwarzają one nieco kwasu, niektóre rodzaje wytwarzają ferment proteolityczny, inne mogą wywoływać zmianę smaku lub barwy. Obok drożdży rozkładających cukier mogą w mleku pojawiać się i takie, które nie rozszczepiają cukrów. Te pojawiają się w mleku w produktach mleczarskich najczęściej, należy je przeto uważać za stałych mieszkańców mleka. Drożdże mleczne, przystosowane do swoistych warunków, istniejących w mleku, różnią się od drożdży używanych w przemyśle fermentacyjnym. Różnica ta polega na: 1) objawiającej się u wielu gatunków zdolności rozszczepiania cukru mlecznego, a braku zdolności tych wobec cukru słodowego, 2) na wrażliwości wobec alkoholu, z której wynika niewielki stopień fermentacyi alkoholowej; 3) na większem przystosowaniu się do przyswajalności wyższych produktów rozkładu białka. Prócz tego cechują się drożdże mleczne powolną fermentacyą i w porównaniu do drożdży piwnych większą odpornością wobec soli kuchennej i kwasu mlecznego. L. Bier.

Laszczenko P. **Własności bakteryobójcze i antyseptyczne białka kurzego.** (Zeitschr. f. Hygiene Tom 64 str. 419). Przy przechowaniu białka jaja kurzego razem z żółtkiem lub też oddzielnie zasycha białko, nie wydzielając zapachu gnilnego, a badanie co do bakteryi wykazuje jego jałowość; gdy zaś doda się doń nieco bulionu mięsnego, pojawią się w niem bakterye i mieszanina poczynie po 2—3 dniach cuchnąć gnilnie. Zabezpieczone przed wyschnięciem pozostaje białko przez czas blizko dwumiesięczny jałowem, zaś na żółtku pojawiają się dopiero po 2 do 3 tygodniach pleśnie. Dodatek małej ilości wody nie zmienia tych własności, dodatek większy, 2 cm., sprzyja rozwojowi bakteryi wodnych na białku. Małe ilości hodowli bulionowych, zawierające setki i tysiące bakteryi siennej, wąglika, megatherium, proteus Zopfii i Zenkeri, przeniesione na białko kurze, już po 4 do 5 godzinach, w każdym zaś razie po 1—2 dniach nie zawierały bakteryi. Tak samo zachowywały się bakterye te w hodowlach bulionowych, wprowadzone cieniutkimi otworami do nakłutych surowych jaj kurzych. Badając objaw ten w kropli wiszącej, spostrzegał L. najpierw zanikanie swoistych ruchów bakteryi, następnie zanikanie zarysów, w końcu ziarnistość i rozpad.

Własności te w białku wywołuje obecność fermentów proteolitycznych, na które nie oddziałuje woda przekroplona i fizyologiczny rozczyn soli; osłabia je zaś znaczniejsze rozrzedzenie bulionem mięsnym. Niszczy je ciepłota, przy której ścina się białko, 65—70 C., stosowana przez $^1/_2$ godziny; w tym względzie zachowują się podobnie do ciał bakteryobójczych, zawartych w świeżem mleku kóz i krów, a ginących przy ogrzaniu do 70—75 C. Własności te nie ujawniają się jednakowo wobec wszystkich rodzajów bakteryi, zachowując się podobnie, jak wobec wymienionych powyżej, również i wobec drożdżaków i pleśniowców, nie ujawniają się natomiast wobec bakteryi: proteus vulgaris i mirabilis, b. prodigiosus, fluorescens liquefaciens, bakteryi okrężnicy, duru brzusznego i cholery. Domieszka żółtka do białka osłabia jego własności bakteryobójcze. L. Bier.

J. Langer. **Ocena miodu pszczelnego i jego zafałszowań zapomocą biologicznego różniczkowania białka.** (Arch. f. Hygiene Tom 61. str. 308). W Niemczech rozróżnia się miód pszczelny naturalny i denaturowany, miody mieszane i rozmaite wyroby podobne do miodu. W Europie środkowej zbierają pszczoły miód z około 100 gatunków rozmaitych roślin, z których niektóre rosną gromadnie, tak że można mówić o miodzie lipowym, akacyowym, hreczanym, leśnym, szpilkowym i t. p. Prócz cukru inwertowego i wody, 2 głównych składników miodu, zawiera miód ślady albo bardzo nieznaczne ilości innych rodzajów cukrów, rozmaite sole, kwasy, ciała białkowe, pyłki roślinne, wosk i olejki lotne. Sok kwiatów roślin, dostarczających pszczołom miodu, zawiera 6.6% cukru gronowego i 0,048% azotu, zaś w miodach młodych spotyka się 66,6% cukru inwertowego i 0,2—0,87% azotu. Zamiana słodkiego soku roślinnego na miód objawia się przeto znaczną utratą wody i przemianą cukru przez rozszczepienie pod wpływem swoistego fermentu, którego zawartość nie jest jednolitą, wytwarzanego najprawdopodobniej przez pszczoły. Celem rozróżniania białka, zawartego w miodzie, zapomocą próby surowiczej, wstrzykiwał je L. królikom, otrzymując je z miodu przez dializę, wysolenie siarkanem amonowym i przesączenie. Co 6 dni otrzymywał królik nową — coraz większą — dawkę białka, po 5-tej lub 6-tej dawce uzyskiwano zeń surowicę. Surowica ta zawierała ciała swoiste, które z ciałami białkowatemi miodu wytwarzały strąty. Tym sposobem zyskuje się do szeregu metod, pozwalających na ocenę miodu, nową biologiczną, surowiczą. L. Bier.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Akademia Umiejętności w Krakowie.

Wydział matematyczno-przyrodniczy.

Posiedzenie d. 5. grudnia 1910 r.

Czł. K. Kostanecki przedstawił pracę p. E. Godlewskiego iun.: **O wpływie spermy pierściennicy Chaetopterus na jaja jeżowców i o antagonistycznem działaniu spermy obcych klas zwierzęcych na zdolność zapładnienia elementów płciowych.** Autor stwierdził, że jaja jeżowców w zwykłej wodzie morskiej tworzą pod wpływem działania spermy pierściennicy błonę zupełnie tak, jak po zapłodnieniu spermą własnego gatunku. Jaja takie jednak zaledwie wchodzą w pierwsze okresy rozwoju, a potem obumierają. Temu wpływowi spermy pierściennicy ulegają wszystkie jaja jeżowca, mieszczące się w danem naczyniu i działanie

to ujawnia się odrazu w kilkadziesiąt sekund po dodaniu tej spermy. Autor zastosował metodę podwójnego pobudzenia jaj do rozwoju: po zaplemnieniu jaj obcą spermą przenosił je mianowicie, gdy tylko utworzyły błonę, do płynu hypertonicznego. Część zarodków dosięgała stadyum pluteusa. Wiadomo, że spermą własnego gatunku można zapłodnić stale wszystkie jaja jeżowców, mieszczące się w danej hodowli. Gdy autor stwierdził, że wszystkie jaja można pobudzić do początku rozwoju spermą pierścienicy, co się odrazu ujawnia utworzeniem błony, przeto można było się spodziewać, że mieszanina sperm jeżowca i pierściennicy będzie miała ten sam wpływ. Tymczasem okazało się, że spermy tych dwóch daleko stojących od siebie klas zwierzęcych działają antagonistycznie i kiedy każda z nich osobna może spowodować utworzenie błony, obie razem zmieszane zupełnie zatracają tę zdolność. Autor wykazuje, że mamy tu do czynienia nietylko z oddziaływaniem na siebie substancyi spermatycznych, ale także z oddziaływaniem tej mieszaniny na jaja, które po pewnym czasie tracą zdolnośc zapładniania. Do spermy dostają się te substancye według wszelkiego prawdopodobieństwa z krwi tych zwierząt, gdyż dodatek krwi do spermy znosi jej zdolność zapładniającą. Badania autora będą uzupełnione przez cytologiczne poszukiwania, które zostaną ogłoszone w pracy późniejszej.

(Na posiedzeniu tem przedstawiono oprócz tego 6 prac, których treść przekracza ramy »Przeglądu lekarskiego«).

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie d. 7. listopada 1910 r.

Przewodniczy R. dw. Prof. Dr Wicherkiewicz. — Obecnych członków 18.

1. Protokół poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2. Dr Bernard Englander został przyjęty do grona członków Towarzystwa.

3. Dr Eiger wygłosił wykład p. t.: **Metoda elektrokardyograficzna, jej kliniczne znaczenie i zastosowanie** (cz. II).

W dyskusyi zaznacza Prof. Dr N. Cybulski, iż metoda elektrokardyograficzna posiada już poważne znaczenie w rozpoznawaniu wad serca i na dowód okazuje szereg elektrokardyogramów z przypadków różnych chorób serca. — Dr Weissglas: Ponieważ równocześnie ze stanem czynnym serca znajdują się i inne narządy w stanie czynnym, np. układ mięśniowy, przewód pokarmowy i t. d., wskutek czego i w tych narządach powstają prądy czynnościowe, przeto zapytuję, w jaki sposób można być bezwzględnie pewnym, że przedstawiony elektrogram jest rzeczywiście wyrazem prądu czynnościowego serca, a nie wypadkową prądów czynnościowych różnych narządów. (Streszcz. wł.).— Prof. Dr Cybulski odpowiada, iż rytmiczność krzywych wskazuje, że zależą one tylko od czynności serca. — Dr Eiger wskazuje, iż typowe krzywe kardyograficzne otrzymuje się z wyciętego serca żaby lub z psa zatrutego kurarą.

Sekretarz: Dr Bujak

---

82 Zjazd niemieckich przyrodników i lekarzy

(Królewiec od 18—24 września 1910 r.).

Sekcya chirurgiczna.

streścił **Dr Adolf Klęsk.**

1) Garrè, (Bonn). **Przyczynek do etyologii przerywanego wysięku stawowego i rwy stawowej.** Przewlekłe postacie zapalenia szpiku kostnego, przebiegające bez tworzenia się martwaków i ropienia, a usadowione w nasadach kości blizko stawu, wywołują często przerywane wysięki stawowe i bóle neuralgiczne. Operacya, o ile uda się wykazać siedlisko cierpienia, pomaga odrazu. Garre przytacza odpowiednie przypadki chorobowe.

2) Bergeman, (Królewiec). **Leczenie złamań kości promieniowej i kostek.** B. leczy złamania kości promieniowej jedynie zapomocą zawijania ręki opaską flanelową podług Lexera w poprawionem położeniu, a złamanie kostek zapomocą opatrunku plastrowego. Wyniki bardzo dobre; stopa płaska następowo nie występuje nigdy.

3) Samter, (Królewiec). **Wyłuszczenie stopy z powodu zgorzeli cięciem okrężnem.**

4) Joachimsthal, (Berlin). **Wrodzone nieprawidłowości kręgów i ich stosunek do skrzywień kręgosłupa.** Wrodzone skrzywienia kręgosłupa powstają zwykle wskutek wad kręgów, jakoto: żeber szyjnych, szpar w kręgach, kręgów podwójnych, zrostów kręgów, braku kręgów i t. p. Natomiast skrzywienia wrodzone, bez wad kręgów są bardzo rzadkie.

5) Wrede, (Królewiec). Demonstracye: 1) Rodzina dotknięta wrodzonem zwichnięciem rzepek. 2) Dwa przypadki naczyniaka limfatycznego kości.

6) Sohler, (Królewiec). **Leczenie gruźlicy chirurgicznej trypsyną.** Leczenia tego S. nie zachwala. Jest ono bardzo bolesne, przetwór rzadko bywa czysty, nieraz wywołuje objawy zatrucia, niszczy nietylko tkanki gruźlicze, ale także okoliczne zdrowe tkanki, zwłaszcza chrząstki, a wybitnie na samą chorobę wcale nie działa.

7) Port, (Norymberga). **Opatrunek klejowy.** P. zaleca gorąco ten sposób opatrywania.

8) Rehn, (Królewiec). **Wolne przeszczepianie tkanki tłuszczowej.** Przy dużych bliznach i ubytkach twarzy dokonał R. w 5 przypadkach wolnego przeszczepienia tkanki tłuszczowej. Z małego cięcia wytwarza R. w bliźnie lub pod skórą ubytku kieszonkę i z brzucha lub uda, o ile możności tego samego osobnika, zabiera płat tkanki tłuszczowej, który umieszcza w kieszonce. Płat powinien być ze względu na następowe kurczenie się odpowiednio wielki.

Dyskusya: Branau podług Stiedy przeszczepiał już dawno w ten sposób tkankę tłuszczową w sutek po usunięciu z niego włókniako-gruczolaka.

9) Hagemann, (Greifswald). **Trwałe sączkowanie obrzęków limfatycznych.** H. czynił doświadczenia z sączkowaniem wodogłowia, słoniowaciny i t. p. zapomocą tętnic cielęcych ustalonych w formolu, a następnie traktowanych ksylolem i parafiną. Wyniki wcale dobre.

10) Lexer. Demonstracye: Przeszczepianie przełyku, stawu kolanowego w całości, kości, i. t. p., a wreszcie sposób zawieszania kończyny po operacyi raka podług Ebnera.

11) Garrè, (Bonn). **W sprawie operacyi akromegalii.** Przypadek akromegalii, operowany dwukrotnie; w końcu zejście śmiertelne. Eiselsberg operował 8 razy. Bardzo często nie udaje się doszczętnie usuwać guzów.

12) Leischner, (Wiedeń). **Przyczynek do sprawy przeszczepiania gruczołów przytarczycznych (ciałek nabłonkowych) u zwierząt.** Przeszczepianie gruczołów przytarczycznych, tak z tego samego osobnika, jak i obcych, w końcu kończy się zawsze wessaniem ciałek. Zwykle dzieje się to zwolna i przez czas ten z pozostawionych na miejscu resztek (n. p. po operacyi wola) mogą się gruczoły przytarczyczne odrodzić, natomiast tam, gdzie resztek tych gruczołów już wcale niema, skutek przeszczepienia będzie złudny.

(Dok. nast.)

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Z walki z kasami chorych. Państwowy Związek organizacyi lek. austr. ogłasza m. i. bojkot posady w Kasie chorych w Luzan na Bukowinie. Kasa ta wypowiedziała bowiem swemu

wieloletniemu lekarzowi posadę dlatego, iż nie chciał on przyjąć następujących »nowych warunków« kontraktu: »1) Lekarz kasy ma do członków zarządu Kasy zwracać się zawsze z uszanowaniem (Ehrerbietung). 2) Lekarzowi nie wolno pod żadnym warunkiem leczyć członków drugiej kasy chorych (konkurencyjnej). 3) Lekarz zobowiązuje się nigdy nie żądać podwyższenia obecnej swej płacy — 1200 koron. 4) Bez względu na przyczynę nieobecności w kasie ma lekarz zawsze dostarczyć na własny koszt zastępcę«. (!) R.

Z walki z gruźlicą w Galicyi. Akademickie Stowarzyszenia filantropijne we Lwowie postanowiły wspólnemi siłami zbudować w uzdrowisku leśnem lwowskiego Koła Towarzystwa walki z gruźlicą barak dla młodzieży kosztem 20.000 kor. i oddać go do użytku w czerwcu 1911. (Kuryer lw.).

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 11. XII. do 17. XII. 1910 zgłoszono przypadków: błonicy 9 † 3 (w tem obcych 5 † 1), krztuśca 13 † 2, ospy wietrznej 9, płonicy 2, odry 46 † 1 (6), duru brzusznego 2 † 1 (1), róży 1 † 1.

Dr Janiszewski.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dn. 21. b. m. posiedzenie, na którem dokonano wyboru Zarządu na rok 1911. Zostali wybrani: prezesem Prof. Dr Napoleon Cybulski, wiceprezesem Prof. Dr Krzyształowicz, sekretarzem dorocznym Dr Grzybowski, skarbnikiem Dr Akerman, gospodarzem Doc. Dr Seńkowski, redaktorem »Przeglądu lekarskiego« Prof. Dr Ciechanowski, administratorem Dr Wojciechowski, członkami komisyi redakcyjnej: Dr Blassberg, Prof. Browicz, Krzyształowicz, Pareński i Rutkowski, przewodniczącym komisyi przemysłowo-lekarskiej Dr Bielański, a komisyi bojkotowej Dr Zanietowski junior; do komisyi kontrolującej Towarzystwa lek. krak. wybrani zostali Dr Bielański i Cercha; wreszcie wybrano delegatów na Walne Zgromadzenie, do Rady zawiadowczej i do komisyi kontrolującej Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

— Krajowy Związek zdrojowisk uchwalił na Walnem Zebraniu we Lwowie w d. 17. XII. b. r. zmiany statutu, postanowił zwrócić się do Sejmu i Wydziału krajowego z prośbą o utworzenie funduszu asanacyjnego dla zdrojowisk z podatków wpływających ze zdrojowisk przez lat 10 i wybrał nowy Zarząd. Prezesem Zarządu wybrany został Jan hr. Potocki, I wiceprezesem Dr Krzyżanowski, II wiceprezesem Dr Cercha, skarbnikiem Dr Westreich, jego zastępcą Dr Zakrzewski, sekretarzem Dr Praschil.

— Prof. Dr Kader i Prof. Dr Ciechanowski mianowani zostali przez Towarzystwo lekarskie wileńskie członkami honorowymi.

— »Towarzystwo Wzajemnej Pomocy Uczniów Uniwersytetu Jagiellońskiego« prosi nas o ogłoszenie następującej wiadomości: »Od szeregu lat istnieje w Towarzystwie Wzaj. Pom. Uczn. Uniw. Jagiell. w Krakowie komisya informacyjna, której celem jest pośredniczenie w wyszukiwaniu posad dla niezamożnych akademików, zmuszonych własną pracą zapewnić sobie środki utrzymania. Komisya ta, jak w latach poprzednich, tak i w roku bieżącym zwraca się do społeczeństwa z gorącą prośbą o poparcie jej działalności przez zgłaszanie posad guwernerów, korepetytorów, pomocników biurowych i kancelaryjnych i t. d., na które polecać będzie gorliwych i sumiennych kolegów. Wszelkie zgłoszenia i informacye nadsyłać należy pod adresem: Kraków, ul. Jabłonowskich 10, Dom akademicki, Komisya informacyjna«.

— Z przesłanego nam IV. dorocznego Sprawozdania »Koła medyków Wszechnicy lwowskiej« wynika, że Towarzystwo to rozwija się nader pomyślnie. Oprócz 35 członków wspierających liczy Towarzystwo 173 członków zwyczajnych. Dochody Towarzystwa w r. 1909/10 wynosiły 5605 kor., rozchody 4678 kor.; zawiązki funduszów stałych wynoszą: w funduszu żelaznym 546 kor., gruźliczym 208 kor., »Domu medyków« 114 kor. Biblioteka Towarzystwa obejmuje 748 dzieł (droższych podręczników), a zwiększyła się w roku ostatnim o 110 tomów. Towarzystwo pośredniczyło w zakupnie dzieł dla słuchaczy medycyny; obrót w tym dziale doszedł 3132 kor. Towarzystwo rozporządza 8 stypendyami (z Królestwa) dla swych członków, udziela krótkoterminowych pożyczek, ogłosiło konkurs na pracę naukową z nagrodą 100 koron, urządza odczyty naukowe dla członków i zorganizowało publiczne kursa samarytańskie, odbywające się corocznie z rosnącem powodzeniem. Z grona członków Towarzystwa, słuchaczy medycyny, ogłosiło w r. z. czterech prace naukowe. Na rok 1910/11 obrany został prezesem Towarzystwa p. Kożuchowski, wiceprezesem p. Pospischil, sekretarzem p. Gorczyński.

Warszawa. »Medycyna i Kronika lekarska« (Nr 51) przypomina z powodu przyszlorocznego Zjazdu lekarzy prowincyonalnych, że zjazd taki przygotowywano z inicyatywy Dr J. Jaworskiego w r. 1896; wówczas jednak Zjazd nie mógł się odbyć z powodów niezależnych od przygotowującego go komitetu.

— W pracowni naukowej warszawskiego Towarzystwa lekarskiego, kierowanej przez Dr S. Serkowskiego, wykonano w latach 1909 i 1910 35 prac naukowych, urządzono 6 wieczorów demonstracyjnych dla członków, urządzono wykłady (w r. 1909 słuchaczy 44, w r. 1910 — 47), przyrządzano rozmaite szczepionki i wykonano liczne rozbiory środków spożywczych.

— Dr Teodor Heryng wybrany został członkiem honorowym Towarzystwa oto-laryngologicznego w Petersburgu.

— »Gazeta lekarska« (Nr 51) wspominając o wyjściu niemieckich przekładów dzieł Dr Bregmana, Janowskiego i Sokołowskiego, zaznacza słusznie, że podobnie, jak w tych książkach, powinno się w dziełach naszych autorów, wydawanych w przekładzie, zaznaczać wyraźnie, iż są one tłómaczone z polskiego. Zaznaczenie w ten sposób pochodzenia pracy nie natrafia bowiem co do dzieł na te trudności, jak co do artykułów ulotnych.

— Towarzystwo pielęgniarek im. św. Józefa w Warszawie założyło sanatoryum na 26 chorych, dotkniętych chorobami chirurgicznemi. Zakład, pomieszczony przy ul. Hożej, ma 3 sale operacyjne i wszelkie nowoczesne urządzenia. Kuratorem zakładu jest Dr Chrostowski, lekarzem głównym Dr Kizler, miejscowym Dr Zbierzchowski. Zakład jest zarazem szkołą dozorczyń chorych.

— Zakład dla obłąkanych w Kochanówce pod Łodzią stale się rozwija. W r. z. doszła liczba leczących się w nim chorych — 246; śmiertelność w Zakładzie nie jest większa, niż w najlepiej urządzonych zakładach zagranicznych i wynosi 5·97%. Zakład jest ogniskiem żywego ruchu naukowego.

Z różnych stron. Na posiedzeniu ogólnem »Polskiego Związku lekarzy i przyrodników« w Petersburgu w d. 26. XI. 1910 (st. st.) miał prof. Zaleski odczyt p. t. »Biały krzyż i jego działalność w walce z zafałszowaniami środków żywności«, poczem w obszernem przemówieniu skreślił zasługi naukowe i społeczne prof. N. Cybulskiego, mianowanego na tem posiedzeniu członkiem honorowym.

— Dr J. Poznańska, ordynatorka szpitala dziecięcego ks. Oldenburskiego w Petersburgu, rodem Warszawianka, obchodziła 28. XI. (st. st.) b. r. jubileusz 25-letniej pracy lekarskiej.

— V. Zjazd lekarzy i przyrodników czeskich odbędzie się w Pradze w r. 1913.

— VIII. Zjazd Związku stomatologów austryackich odbył się 8—11. XII. b. r. w Gracu przy udziale 200 uczestników; na zjeździe wygłoszono 28 wykładów i uchwalono rezolucye, oświadczające się za utworzeniem klinik dentystycznych dla młodzieży szkolnej i przeciw rządowemu projektowi ustawy o dentystach.

— W Monachium odbyła się z końcem października rewizya procesu Dr Scholla o fałszywy sok mięsny »Puro«. Mimo tego, że wielu z lekarzy chemików broniło jak mogło tego przetworu (a zarazem swych poprzednich pochwał o tym przetworze), sąd skazał Dr Scholla na 1000 marek grzywny i zapłacenie kosztów sądowych. X.

— W sprawach udzielania tytułów »profesorów« lekarzom praktycznym, uchwaliła Izba lekarska saska przestrzegać, by tylko ludzie rzeczywiście zasłużeni w nauce otrzymywali ten tytuł i to po poprzedniem porozumieniu z Wydziałem lekarskim i Izbą lekarską. X.

— Niedawno odbyty we Lwowie I. Zjazd przemysłowo-balneologiczny nie daje spokoju Niemcom. W sprawozdaniach twierdzą dzienniki niemieckie np., że wartość naukowa Zjazdu jest mała i że obraduje się na każdym Zjeździe (a ile ich było?) tylko nad propagandą wód krajowych, a bojkotem niemieckich. A lepiejby było, zdaniem dzienników niemieckich, pomyśleć nad wyparciem wód sztucznych, głównie (!) używanych w Galicyi. Wyzyskali też Niemcy szyderczo notatkę naszych dzienników o skutkach bojkotu zdrojowisk niemieckich przez lekarzy Polaków, którzy wysłali swych chorych do zdrojowisk polskich stosunkowo w niezłym stanie, a otrzymali rzekomo... z chorobami zakaźnemi. — A tymczasem jednakże zdrojowiskom niemieckim nie najlepiej się dzieje. Ischl upada coraz więcej, a wpływy

z taksy zdrojowej zmniejszyły się w tym sezonie o 7000 koron. Gleichenberg ma być wystawiony na sprzedaż. Nie najlepiej także sprawie balneologii niemieckiej posłużyły oszustwa z wodą mineralną »Achaz« pod Wasserburgiem. Wodę tę, prawie bez składników, zaprawiano sztucznie solą, magnezyą i bezwodnikiem kwasu węglowego i silnie reklamowano; po niejakim czasie jednak wszystko się wykryło. X.

Zmarli. Słynny chirurg Prof. Dr Fr. König w Berlinie.

Bibliografia.

Nowy tygodnik lekarski francuski o ramach znacznie obszerniejszych, niż ramy większości tygodników francuskich, zbliżony więcej do typu wielkich tygodników angielskich, rozpoczął wychodzić pod redakcyą naczelną prof. Dr Gilberta nakładem księgarni »J. B. Baillière et fils« (Paryż, rue Hautefeuille 19), pod tytułem »Paris medical«. Treść Nru 1-go jest następująca: »La méningite ourlienne, par C. Dopter. — Traitement des accidents dus à l'électricité industrielle, par Bergonié. — Actualités: Le typhus exanthématique; Métastase cancéreuse. — Société médicale des hôpitaux; Société de biologie; Académie de médecine; Société de chirurgie; Société anatomique; Société de psychiatrie. — Libres propos: (G. Linossier).— Choses du jour: Les femmes à l'Institut. — La Médecine au Théâtre: »L'homme mystérieux«. — Diététique et Formules: Recettes de potages végétariens. — Traitement médical des hémoroïdes. — La vie pratique: Les pourquoi de l'hiver. — Curiesités: Les méfaits du corset. — La Caricature médicale. — Médicaments nouveaux: Appareils nouveaux. — Chronique des livres. — La vie médicale: Cours, congrès. — Actes de la Faculté«. Przedpłata roczna jest bardzo nizka (15 fr. zagranicą, 12 we Francyi).

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Octan glinowy (sproszkowany) jako środek do odkażenia jelita poleca Dr Goichi Hirata (Okayama) z oddziału eksperymentalno-biologicznego król. Instytutu patologicznego uniwersytetu berlińskiego (Internationale Beiträge zur Pathologie und Therapie der Ernährungsstörungen Bd. 2. Heft 2). Doświadczeń dokonano pod kierownictwem Prof. Bickela na 5 psach, którym założono stałą boczną przetokę jelitową według metody, jaką podał Bickel celem badania losu i działania leków w przewodzie pokarmowym (Therap. Monatshefte 1909, Heft 9). Badano treść dwunastnicy i końcowej części jelita cienkiego, przyczem najpierw określono ilość bakteryi normalnie tam się znajdujących, a następnie zapomocą zgłębnika żołądkowego podawano zwierzęciu lek odkażający jelita i badano co godzinę zmiany w ilości drobnoustrojów. Oprócz **octanu glinowego** stosowano bismuthum subsalicylicum, acidum salicylicum, salol, kreosot, thymol, resorcynę i kalomel. Wszystkie te środki, z wyjątkiem kalomelu, odkażały dobrze treść dwunastnicy, nie działały jednak już podobnie na treść dolnej części jelita cienkiego. Polland i Dreuw wykazali, że odkażenie jelita zapobiega zakażeniu pęcherza, powstającego często na tle działania prątka okrężnicy, a w razie istnienia nieżytu pęcherza przyspiesza jego wyleczenie.

Sproszkowany octan glinowy wprowadziła w handel w postaci **»Gelonida aluminii subacetici«** firma Goedecke & Co. w Berlinie i to w 3 różnych odmianach:

1) Nr I. à 1 gr. działa lekko przeczyszczająco.
2) » II. » wywołuje lekkie zaparcie.
3) » III. » działa silnie przeczyszczająco przez dodatek fenolftaleiny (używana przy pasorzytach). Hr. W.





Rok XLIX. Kraków, dnia 31. grudnia 1910. Nr 53.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z oddziału chorób wewnętrznych (I. B.) krajowego szpitala Św. Łazarza w Krakowie.

Powikłanie duru brzusznego z odmą powietrzną podskórną

opisał

Prym. Dr Antoni Krokiewicz.

Odma powietrzna podskórna (emphysema subcutaneum) może wystąpić w przebiegu różnych spraw chorobowych. Najczęściej powstaje ona przez wniknięcie powietrza 1) od zewnątrz do ustroju, t. j. przez aspiracyę (Aspirations-Emphysem) lub 2) przez przedostanie się powietrza z narządów powietrznych, znajdujących się na szyi, w klatce piersiowej i w jamie brzusznej; rzadziej 3) wskutek nagromadzenia się gazów z tkanek, dotkniętych zgorzelą. Powstawanie odmy przez aspiracyę powietrza zewnętrznego do ustroju wydarza się zazwyczaj przy powikłanych złamaniach kości lub przy ranach w pasze, skoro przez nieodpowiednie rękoczyny przy poruszaniu odłamka kostnego nakształt dźwigni lub przez ruchy mięśni ramieniowych i długich klatki piersiowej wpędza się powietrze do rany, a temsamem i do sąsiedniej tkanki podskórnej. Podobnie przy nieoględnem cewnikowaniu i przedmuchiwaniu trąbki Eustachego w razie nadwerężenia sąsiedniej błony śluzowej można wywołać odmę powietrzną, niekiedy bardzo rozległą, na szyi i tułowiu. Nawet i działania ssące warg, przez dłuższy czas trwające, lub nagłe silne wydechy przy zamkniętych ustach, w przypadkach zranienia warg lub błony śluzowej jamy ust, mogą wytworzyć odmę podskórną powietrzną, jak to np. spostrzegano na szyi po wyrwaniu zęba.

W przypadkach, w których odma powietrzna podskórna powstaje wskutek przedostania się powietrza lub gazów z narządów oddechowych a względnie powietrznych, napotykamy podskórne pęknięcie ściany krtani, lub pęknięcie tchawicy, złamanie podskórne żeber i zranienie miąższu płucnego przez odłamek żebra, rany postrzałowe w miąższu płucnym, a często nawet brak zmian urazowych zewnętrznych i tylko mechaniczne pęknięcie pęcherzyków płucnych wskutek silnego kaszlu, jak to się zdarza u rodzących lub chorych na dławiec, błonicę i krztusiec. Rzadko względnie przyczyna odmy powietrznej leży w nieprawidłowościach przewodu pokarmowego, jak np. w przedarciu ściany gardzieli, pęknięciu podskórnem ściany żołądka lub odcinka jelita, np. odbytnicy.

W piśmiennictwie, odnoszącem się do tego przedmiotu, uwzględniony jest jeszcze czwarty rodzaj powstawania odmy powietrznej podskórnej w następstwie pourazowych rozległych wybroczyn podskórnych wskutek wytwarzającego się naówczas CO_2 (t. zw. spontanes traumatisches Emphysem). Mianowicie Fischer (Über das traumatische Emphysem. Sammlung klinischer Vorträge p. 68) wspomina o odmie podskórnej, spowodowanej przez CO_2, która się wytworzyła w rozległem ognisku wybroczynowem wskutek zadziałania kwasu mlecznego, przedostającego się z poszarpanych mięśni, na skrzepy krwi.

W czerwcu r. b. miałem sposobność spostrzegania klinicznego na moim oddziale bardzo rozległej odmy powietrznej podskórnej w przebiegu duru brzusznego, a skoro wogóle ten przypadek chorobowy przedstawiał niezwykły przebieg kliniczny, pozwalam sobie podać go do szerszej wiadomości

W. G., lat 28 liczący, rolnik z S. (pow. Kraków) został przyjęty do szpitala w dniu 22. VI. b. r. w stanie znacznego odurzenia. Według wywiadów, zaczerpniętych od rodziny, choroba rozpoczęła się przed 10 dniami dreszczami i silnym bólem głowy, kłuciem w bokach, uporczywym kaszlem, przyczem chory miał odpluwać plwocinę ropną. Badanie chorego w dniu 23. VI. wykazało:

Budowa ciała dobra, odżywienie mierne. Skóra na twarzy zaczerwieniona, pałająca. W tkance podskórnej na szyi, całej klatce piersiowej, górnej części brzucha i kończynach górnych rozległa odma powietrzna, zwłaszcza na całej klatce piersiowej nasilenie jej największe. Badanie narządów wewnętrznych klatki piersiowej niemożebne, gdyż przy wszelkim dotyku występują wszędzie na klatce piersiowej liczne trzeszczenia, które przygłuszają w zupełności szmery oddechowe i tony serca. Ciepłota ciała 40·4° C. Kościec prawidłowy.

Klatka piersiowa wdechowo ustawiona. Granica dolna płuc nie da się dokładnie oznaczyć; toż samo i wymiary serca. Liczba oddechów 48 na minutę. Tętno 80, regularne, drobne, miękkie.

Brzuch miernie wzdęty. Na skórze brzucha w okolicy pępka dwa guzki różowawe. Język suchy, blado czerwony. Okolica kiszki ślepej tkliwa; tamże kruczenie. Stolec zaparty. Wątroba i śledziona bolesne; z powodu odmy podskórnej wymiary ich nie dadzą się dokładnie oznaczyć. Moczenie bezwiedne. Badanie moczu, wypuszczonego cewnikiem, dokonane w Zakładzie chemii lekarskiej Uniwersytetu Jagiellońskiego, wykazuje: Barwa winowo-żółta, mocz przeźroczysty; c. g. 1.022; oddziaływanie kwaśne; osad

skąpy. Urochrom, indykan prawidłowe. Mocznik, kwas moczowy prawidłowy, chlorki zmniejszone; fosforany ziem alkalicznych i potasowców zwiększone. Białka 0·6%. Odczyn dwuazowy Ehrlicha dodatni. W osadzie pojedyncze leukocyty i bardzo skąpe wałeczki szkliste, obok wałeczków pokrytych leukocytami.

Chory podniecony i odurzony; doznaje częstych napadów uporczywego suchego kaszlu.

24. VI. Ciepłota ciała rano 40° C.; wieczorem 40·4° C. Tętno drobne, 120. Silny krwotok nosowy; zresztą stan takisam.

25. VI. Ciepłota ranna 38·7° C.; wieczorem 39·1° C. Tętno bardzo słabe, ledwie wyczuwalne. Silny kaszel, duszność. Trzy stolce o wejrzeniu grochowianki. Oddawanie moczu wraz ze stolcem. Odma podskórna na klatce piersiowej w tem samem nasileniu. Chory niespokojny, rzuca się, krzyczy, ucieka z łóżka, tak, iż dla wszelkiego bezpieczeństwa został umieszczony w łóżku siatkowem. Odczyn Fickera dodatni przy rozcieńczeniu $^1/_{100}$. Choremu podano wewnętrznie salol z kofeiną i zastosowano okłady lodowe na głowę i okolicę ślepej kiszki, a na klatkę piersiową suche bańki z powodu znacznej duszności.

26. VI. Ciepłota rano 38·1° C., a wieczorem 38·8° C. Silny krwotok nosowy nad ranem, który ustał dopiero po zatamponowaniu jamy nosowej. Objawy odmy podskórnej ustępują. Chory nieprzytomny, bardzo osłabiony, oddaje mocz i kał bezwiednie; tętno prawie niewyczuwalne; duszność nieco mniejsza.

Wśród ogólnego znacznego zapadu następuje zejście śmiertelne o godz. 10. wieczorem.

Rozpoznanie kliniczne opiewało: Typhus abdominalis. Emphysema subcutaneum insigne colli, thoracis, superioris partis abdominis et extremitatum sup. Nephritis acuta. Epistaxis.

Oględziny pośmiertne, dokonane w c. k. Zakładzie anatomii patologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego, wykazały:

Typhus abdominalis in stadio incipientis ulcerationis. Hyperplasia typhosa gl. mesaraicarum. Tumor lienis acutus permagnus. Pneumonia lobularis in suppurationem tendens utriusque pulmonis praecipue ad lobos inferiores. Emphysema pulmonum majoris gradus. Bronchitis catarrhalis diff. Degeneratio adiposa hepatis et renum.

Objawów odmy podskórnej na stole sekcyjnym nie stwierdzono.

Jak widzimy, przypadek powyższy przedstawiał za życia dość poważne trudności rozpoznawcze. Na pierwszy rzut oka odnosiło się wrażenie, iż sprawa chorobowa usadowiła się w narządzie oddechowym. Przemawiała za tem rozległa odma podskórna, głównie do klatki piersiowej i górnej części tułowia ograniczona, kłucie w bokach, kaszel, znaczna duszność (48 oddechów na minutę), silna gorączka. Wobec braku plwociny nie można było rozstrzygnąć, czy należy przypuścić tło gruźlicze, czy też sprawę ropniczą, a względnie rozsianą zgorzelinową w miąższu płucnym, wśród którego przyszło do pęknięcia powierzchownych pęcherzyków płucnych i dostania się powietrza w tkankę śródpiersia, a następnie w tkankę podskórną na szyi i górnej części tułowia. Przy bliższem jednak rozpatrzeniu się i uwzględnieniu całokształtu objawów klinicznych odstąpiliśmy odrazu od tego twierdzenia i rozpoznanie nasze skierowaliśmy ku durowi brzusznemu, jako głównej sprawie chorobowej, uważając odmę powietrzną podskórną za niezwykłe powikłanie wtórorzędne. Za durem brzusznym prócz ogólnego silnego odurzenia, właściwego zresztą każdej ciężkiej chorobie zakaźnej, przemawiały: bardzo znaczna i charakterystyczna suchość języka, wyraźne dwa guzki bladoróżowe na skórze w okolicy pępka, bolesność i kruczenie nad kiszką ślepą, bardzo znaczna bolesność w podżebrzu lewem, tudzież stolce o wejrzeniu grochowianki. Rozpoznanie nasze zyskało za życie upewnienie, skoro odczyn Fickera wypadł dodatnio w rozcieńczeniu $^1/_{100}$. Wobec tego przypuszczaliśmy, iż odma powietrzna podskórna spowodowana została najprawdopodobniej przerzutowemi ogniskami ropnemi w miąższu płucnym, które w następstwie wywołały przedarcie powierzchownych pęcherzyków płucnych podopłucnych i dostanie się powietrza do jamy opłucnej, śródpiersia, a wreszcie i tkanki podskórnej górnej części tułowia. Oględziny pośmiertne potwierdziły nasze rozpoznanie kliniczne w całej pełni co do istoty głównej sprawy chorobowej; nie wykazały już jednak obecności odmy powietrznej podskórnej, co jest zresztą dość częstem zjawiskiem, gdyż objawy odmy powietrznej na stole sekcyjnym bardzo prędko zwykły ustępować. Natomiast obraz anatomiczny wskazuje, iż z największem prawdopodobieństwem o d m a powietrzna podskórna za życia s t a n o w i ł a p o w i k ł a n i e c z y s t o m e c h a n i c z n e w przebiegu duru brzusznego, podobnie, jak się to wydarza przy krztuścu po silnych napadach kaszlu, gdy na zwłokach można było stwierdzić rozległą rozedmę płuc i ogniska początkowe ropne w dolnych i tylnych częściach płuc, a brak jakichkolwiek obrażeń urazowych. To też wobec bardzo silnego i uporczywego kaszlu u naszego chorego łatwo daje się wytłómaczyć powstanie odmy powietrznej podskórnej w myśl teoryi Lanecka i Traubego, — a mianowicie, że wskutek silnego kaszlu nastąpiło pęknięcie pęcherzyków płucnych, przez co powietrze dostało się w przestwory tkanki łącznej międzypęcherzykowej (emphysema interstitiale) i utorowało sobie drogę następnie wzdłuż naczyń i drobnych oskrzeli do tkanki łącznej około grubych oskrzeli i do śródpiersia, a stąd do tkanki podskórnej w dołku obojczykowym (fossa jugularis) i górnej części tułowia. Zaznaczyć przytem wypada, iż zazwyczaj powietrze, które za życia dostaje się do przestworów tkanki łącznej międzypęcherzykowej, okazuje dążność do gromadzenia się w częściach podopłucnych miąższu płucnego i unosi opłucną w postaci perełkowatych pęcherzyków (emphysema subpleurale), — a o wiele rzadziej rozpościera się wzdłuż tkanki łącznej naokoło naczyń i oskrzeli, torując sobie drogę do wnęki, a tem samem następnie do jamy śródpiersia i tkanki podskórnej około dołka obojczykowego i tułowia, jak to nastąpiło w naszym przypadku.

82 Zjazd niemieckich przyrodników i lekarzy

(Krolewiec od 18—24 września 1910 r.).

Sekcya chirurgiczna.

streścił **Dr Adolf Klęsk.**

(Dokończenie).

13) H a b e r e r, (Wiedeń). **Przeszczepienie kości piszczelowej w miejsce wyciętej ramieniowej.** Kostkę zewnętrzną umieszczono w stawie ramieniowym. Wynik czynnościowy po 6 miesiącach wcale dobry.

14) Stieda, (Halle). **Przyczynek do plastyki kości.** Kazuistyka.

15) Braun, (Göttingen). **Groźne dla życia krwotoki przy zranieniu przedniej ściany brzusznej i ich leczenie.** Opis krwotoków z powłok brzusznych. Przy nakłuciach należy zawsze trzymać się linii środkowej brzucha.

16) Hoffmann, (Greifswald). **Przyczyny napięcia powłok brzusznych.** Napięcie powłok jest odruchem, pochodzącym z nerwów międzyżebrowych i lędźwiowo-krzyżowych, lub z podrażnienia otrzewnej ściennej. Przy zdrowej otrzewnej powstać może napięcie przy zapaleniu płuc lub opłucnej i przy poprzecznem uszkodzeniu rdzenia na wysokości górnego i średniego odcinka piersiowego.

17) Fritsch, (Wrocław). **Doświadczalne badania nad jednostronnem zatrzymaniem oddechu przeponowego i wycinaniem nerwów błędnych.**

18) Eiselsberg. **Przyczynek do kazuistyki wrzodu trawiennego.** E. przytacza własne przypadki wrzodu jelita czczego, powstałe w następstwie gastroenterostomii tylnej z powodu wrzodów, lub niezłośliwych zwężeń odźwiernika.

19) Noetzel, (Völklingen). **W sprawie wydzielania bakteryi w moczu i żółci.** Wydzielanie to uważa N. za objaw patologiczny nawet mimo obecności drobnoustrojów we krwi.

20) Völcker, (Heidelberg). **Sączkowanie przewodu wątrobowego przez dwunastnicę na zewnątrz.** V. sączkuje przewód do dwunastnicy, a stąd wyprowadza sączek nowym otworem na zewnątrz, założywszy przy nim kanał Witzla.

21) Läwen, (Lipsk). **Znieczulenie krzyżowe.** L. wstrzykuje 20 cm^3 2% nowokainy z dodatkiem sody choremu siedzącemu. Znieczulenie obejmuje krocze, odbyt, narządy płciowe i moczowe (z wyjątkiem jąder) i nadaje się znakomicie do operacyi krwawnic, przetok i ropni koło odbytu i t. p., jakoteż do operacyi na zewnętrznych częściach rodnych kobiecych i prąciu. Powikłań nie było żadnych.

22) Frangenheim, (Królewiec). **Trwałe wyniki po plastyce kości u zwierząt.** Po przeszczepieniu kawałków kości z okostną, wytwarza się na nowem miejscu z przeszczepionej okostnej dalej tkanka kostna. Żywa kość, przeszczepiona w inne miejsce, zostaje wkrótce obrośnięta tkanką kostną podstawy macierzystej. Natomiast martwa kość nie ulega nigdy całkowitemu wgojeniu, lecz tylko zastąpieniu tkanką macierzystą.

23) Na posiedzeniu wspólnem z sekcyą medycyny wewnętrznej omawiano badanie narządów wewnętrznych i ich ruchów zapomocą promieni Röntgena, gruźlicę nerek (Kümmell) i korzystne wyniki operacyjne w tych przypadkach, stosunek krążenia krwi do spraw gruźliczych (Meinertz) i chirurgię móżdżku (Tilman).

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 18. XII. do 24. XII. 1910 zgłoszono przypadków: błonicy 9 † 4 (w tem obcych 2 † 1), krztuśca 11 † 1, ospy wietrznej 1, płonicy 8 † 2 (2 † 1), odry 53 † 1 (4 † 1), duru brzusznego 2, róży 1, tężca 1 (1).

Dr Janiszewski.

Wiadomości bieżące.

Kraków. »Przegląd pedyatryczny«, wydawany od lat dwu w Krakowie, będzie, jak donosi »Gazeta lekarska« (Nr 52), w roku przyszłym wychodzić łącznie z »Gazetą lekarską«, zachowując swoją autonomię, a przez swoich redaktorów, którzy są zarazem współwłaścicielami »Gazety« (Dr L. Anders i J. Brudziński) będąc w stałem zetknięciu z »Gazetą lekarską«, uzupełniając ją niejako przez podawanie czytelnikom doborowego materyału pedyatrycznego. Prenumeratorzy »Gazety lekarskiej« mogą otrzymywać »Przegląd pedyatryczny« za połowę ceny, podobnie, jak prenumeratorzy »Przeglądu lekarskiego«.

— C. k. krajowy referent sanitarny Dr Józef Merunowicz, posiadający tytuł i charakter Radcy dworu, został Najwyższem postanowieniem z 30. paźd. 1910 mianowany Radcą dworu ad personam.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Ignacy Pietrzycki, rodem z Wadowic.

Warszawa. Prace I. Zjazdu neurologów, psychiatrów i psychologów polskich ukazały się z druku w postaci ogromnego tomu (1003+XV stron), zredagowanego przez komitet, który tworzyli Dr Ciągliński, Gajkiewicz (przewodniczący), Męczkowski, Radziwiłłowicz, Rotstadt, Wizel i Biszofswerder.

— Komitet badania i zwalczania raka, działający przy warszawskiem Towarzystwie higienicznem, ogłasza konkurs na oryginalną pracę naukową z dziedziny badania raka, mianowicie na »Przyczynek do wczesnego rozpoznawania raka na zasadzie własnych badań«, z nagrodą 300 rbs., terminem do 1 lipca 1912. Przedmiotem pracy konkursowej mogą być: badania kliniczne, mikroskopowe, chemiczne lub biologiczne. Sąd konkursowy składają: Drowie J. Jaworski, Fr. Kijewski, M. Rejchman, S. Serkowski, J. Steinhaus i Prof. E. Przewoski. Prace konkursowe nadsyłać należy z zachowaniem zwykłych form do Komitetu badania i zwalczania raka (Warszawa, Towarzystwo higieniczne, Krakowskie Przedmieście 66).

Z różnych stron. Budowa schroniska lekarskiego w Marienbadzie (Ärztlicher Erholungsheim), rozpoczęta w r. b., została doprowadzona pod dach i będzie ukończona z wiosną roku przyszłego.

— Kursa lekarskie, odbyte w Grudniu na Wszechnicy lwowskiej powiodły się bardzo dobrze. Przy zakończeniu kursów złożyło 15 uczestników kwotę 125 kor. na budowę domu Lwowskiego Towarzystwa lekarskiego.

— Jeden z największych tygodników lekarskich świata. »Münchener medizinische Wochenschrift« kończy w r. b. 25 lat istnienia pod tym tytułem (dawniej miał tytuł »Ärztl. Intelligenzblatt«; wogóle wychodzi lat 57). Jestto jedyne pismo lekarskie niemieckie, nie będące przedsiębiorstwem księgarskiem, lecz — na podobieństwo naszych czasopism — wydawnictwem grona lekarzy, które z czystych dochodów ofiarowało dotąd na cele filantropijne (fundusze wdów po lekarzach i t. p.) i naukowe 147.000 marek.

— Hamburskie Towarzystwo ginekologiczne postanowiło wydać nietylko do lekarzy i położnych, ale i do szerszej publiczności odezwę, pouczającą o objawach raka macicy i zachęcającą kobiety do częstego badania przez lekarzy w razie podejrzanych objawów. Nie brakło jednak głosów protestu; niektórzy twierdzili nawet, że odezwa taka odstraszy publiczność od operacyi.

X.

Mianowani: w służbie rządowej w Galicyi Dr Wurst i Filewicz krajowymi inspektorami sanitarn., Dr Skibicki, Obtułowicz, Dębowski, Bielański. Pietrzycki i Czyżewicz posunięci do VII kl. rangi; starszymi lekarzami powiatowymi mianowani Dr Ciepielowski, Miecz. Kramarzyński, Sobolewski, Głowiński, Witkowski, Kownacki, Löwy, Lebedowicz, Ściborowski, J. Bednarski, Peters, Friedberg, Opieński, Momidłowski, Gawlikowski, Warzycki, Slączek, Teodorowicz; Dr Mieczysław Kramarzyński inspekcyonującym lekarzem urzędowym;

asystentami-eksternami szpitali warszawskich Dr W. Kowalski, M. Denel, M. Konarzewska, T. Markowski, A. Fiszberg, asystentami-internami Dr A. Ambrożewicz i Lichtensztajn, lekarzem ambulatoryum Dr Kronkowski.

profesorem neurologii w Salpetrière (jako następca Raymonda) Dr Déjerine.

Zmarli. Neurolog Prof. Binswanger w Kreuzlingen, psychiatra Prof. Fritsch w Wiedniu, chirurg Prof. Alexander w Nowym Yorku.

Redakcya otrzymała: Bednarski: 1) Kilka słów o oddziale ocznym przy szpitalu dla dzieci im. św. Zofii we Lwowie i sprawozdanie z tegoż oddziału za r. 1908 i 1909. »Postęp okulistyczny 1910. 2) Przypadek ospicy krowiankowej powiek. 3) O przyczynach ślepoty u dzieci. 4) O zwiotczeniu tarczek powiekowych z następowem zwróceniem rzęs ku oku. »Tyg. lek.« 1910. — Wł. Janowski: 1) O nerce ruchomej i wędrującej. 2) O tłómaczeniu krzywej przedsionkowo-przełykowej w zestawieniu jej z krzywą elektrokardyograficzną. »Gaz. lek.« 1910.

Bibliografia.

Powszechny Kalendarz lekarski na rok 1911 Popularny naukowy poradnik leczniczy. opracował Dr A. Wątorek. Lwów. Wydawnictwo »Wzajemnej Pomocy«. Cena 1 kor. 80 h.

Wydany w formie książki »Powszechny Kalendarz lekarski« nie jest właściwie kalendarzem »lekarskim«, t. j. dla lekarzy przeznaczonym, ale popularnym poradnikiem leczniczym. Poradnik ten obejmuje wskazówki, dotyczące pielęgnowania niemowląt, dalej najpospolitszych chorób wieku dziecięcego, następnie rozdziały o chorobach płciowych, chorobach narządu krążenia, przewodu pokarmowego, nerek, układu nerwowego i t. d., o pierwszej pomocy w chorobach chirurgicznych, wreszcie o aptece domowej, o zdrojowiskach i prywatnych zakładach leczniczych krajowych. Prócz tego znajdują się w Kalendarzu zwykłe wiadomości informacyjne. O ile pożytecznem być może popularyzowanie wiadomości z zakresu anatomii, fizyologii i higieny, oraz pierwszej pomocy w nagłych wypadkach, o tyle jednak podawanie wskazówek »leczniczych« ma w książce, dla ogółu przeznaczonej, wartość wątpliwą. Pod tym względem w każdym razie byłyby znaczne zmiany w »Powszechnym Kalendarzu« pożądane. Z.

Redaktor odpowiedzialny:

Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 11. stycznia 1910 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: Sprawozdanie Zarządu z czynności w r. 1910.

Po posiedzeniu odbędzie się wieczerza koleżeńska, na którą zechcą się koledzy zgłaszać do Zarządu Towarzystwa ile możności wcześnie.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Mapa linii kolejowych, wydana przez firmę »G. Freytag i Berndt k. u. k. Hof-Kartographische Anstalt« (Wien VII. Schottenfeldgasse 62), obejmująca Austro-Węgry i kraje bałkańskie, podaje wszystkie linie kolejowe z oznaczeniem, czy są one jedno- czy dwutorowe, czy mają ruch pospieszny, dalej linie automobilów pocztowych, wszystkie stacye kolejowe i pocztowe z oznaczeniem odległości. Cena mapy na r. 1911 — 2·40 kor., (na płótnie 5 kor.).